



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

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

Pedro Joel da Silva Pereira

**CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO ASSOCIADO AO
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO**

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

**CONTRIBUTO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA
AVALIAÇÃO DO RISCO DE LESÃO ASSOCIADO AO
POSICIONAMENTO CIRÚRGICO**

Relatório Final de Estágio

Pedro Joel da Silva Pereira

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 Isabel Maria de Sousa Miranda

Oliveira de Azeméis | 2023

“Some men see things as they are and ask why. Others dream things that never were and ask why not.”

George Bernard Shaw

AGRADECIMENTOS

À minha orientadora, Professora Mestre Isabel Miranda, por todo o apoio, orientação, colaboração, disponibilidade, sugestões e críticas para que a construção de conhecimento durante este percurso fosse alcançada de forma plena.

Às tutoras, Enfermeira Mestre Glória Gonçalves, Enfermeira Especialista Ana Sofia e Enfermeira Especialista Ida Ribeiro, pela disponibilidade, lucidez na orientação, reflexão e vivências partilhadas que tanto contribuíram para o desenvolvimento das competências humanas e profissionais durante este percurso.

Aos Conselhos de Administração dos hospitais onde decorreram os estágios pelo acolhimento demonstrado e pela excelência nos cuidados que prestam à população.

À Sr.ª Enfermeira Filomena Maia e ao Sr. Dr. José Tulha, por terem possibilitado o desenvolvimento profissional mantendo sempre uma atitude de cooperação ao longo de todo o percurso.

À Sr.ª Enfermeira Sónia Soares, pela compreensão, auxílio na gestão de horários e facilidade para cumprir os objetivos traçados.

Aos Enfermeiros e restante equipa multiprofissional, dos Blocos Operatórios onde foram realizados os estágios ao longo do curso de mestrado, pelo acolhimento e apoio prestado ao longo do estágio.

Aos meus pais e ao meu filho Tiago, por serem a minha luz, por me terem mantido focado, ensinado a nunca desistir e nunca cobrarem a minha ausência.

À Joana, por teres sido o refúgio, o meu lar, por teres suportado o meu *stress* em dias difíceis e por acreditares sempre em mim. Obrigado por todo o teu amor.

Aos meus colegas e equipa multiprofissional pela compreensão nas trocas de horário e por estarem lá para me apoiar mesmo quando eu estava mais cansado.

À Marisa e à Sofia por terem sido pilares no desenvolvimento profissional e companheiras de percurso, por todas as conversas que tivemos e que ajudaram a seguir o caminho de forma linear e assertiva.

À minha família, aos meus amigos e a todos os que estiveram sempre a meu lado, por toda a força e apoio incondicional.

A todos... Muito Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACM - Análise de Correspondências Múltiplas

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of periOperative Registered Nurses

ASA - American Society of Anesthesiologists

BO - Bloco Operatório

CHKS - Caspe Healthcare Knowledge Systems

CPRE – Cirurgia Plástica Reconstrutiva e Estética

CSSV – Cirurgia Segura Salva-Vidas

DGS - Direção-Geral de Saúde

EMC – Enfermagem médico-Cirúrgica

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEMCEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

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

ELPO-PT – Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico – Versão Portuguesa

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

GCL-PPCIRA - Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

HQS - Health Quality Service

IASIST - International Association for Social Science Information Service and Technology

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

IMC – Índice de Massa Corporal

IPO – Instituto Português de Oncologia

IPSS - Instituição Privada de Solidariedade Social

ISBAR - Identification, Situation, Background, Assentment, Recommendation

ISO - International Organization for Standardization/Organização Internacional de Padronização

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PO – Pós-operatório

PPCIRA - Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde SNS - Serviço Nacional de Saúde

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

STAI - State-Trait Anxiety Inventory

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

UPP – Úlceras por pressão

URDM - Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos

VS - Versus

WHO - World Health Organization

RESUMO

A segurança do doente é um tema central nos cuidados à pessoa em situação perioperatória. O enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na prevenção e gestão do ambiente perioperatório para que os riscos inerentes aos cuidados sejam mitigados e minimizados. O presente relatório de estágio visa demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermagem avançada no âmbito da especialização com atribuição do título de mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica, com maior foco na segurança do doente, e em particular na avaliação do risco para o desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico estando organizado em duas partes: estágio e investigação. Na componente de estágio, através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, apresenta-se o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação perioperatória, descreve-se e reflete-se sobre as atividades desenvolvidas e a sua contribuição para o desenvolvimento do conhecimento no serviço onde se realizou o estágio. A componente de investigação emerge da necessidade de aumentar a segurança dos doentes no Bloco Operatório, sobretudo na prevenção de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico que acarretam consequências nefastas para o doente, aumentam os custos em saúde e consequentemente impossibilitam uma equidade de acesso aos cuidados de saúde por parte da população em geral. Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal com uma amostra não probabilística de conveniência composta por 131 doentes com idades superiores a 18 anos submetidos a cirurgia eletiva nas especialidades de Cirurgia Plástica e Ortopedia num hospital da região norte. Dados da *World Health Organization* (WHO) (2017) mostram que mais de 50% das complicações associadas aos cuidados perioperatórios poderiam ser evitadas. Entre elas estão as lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico – Versão Portuguesa (ELPO-PT), demonstra ser preditiva da determinação do risco para o desenvolvimento de lesões. Após aplicação da ELPO-PT, no presente estudo, verificou-se a sua utilidade para avaliar o risco para desenvolvimento de lesões em contexto intraoperatório, fornecendo aos enfermeiros a possibilidade de utilizar uma ferramenta para avaliar e minimizar o risco.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória; Enfermeiras e Enfermeiros; Comunicação em Saúde; Posicionamento do Paciente; Período Perioperatório; Segurança do paciente

ABSTRACT

Patient safety is a central theme in the care of people in the perioperative situation. The perioperative nurse plays a fundamental role in preventing and managing the perioperative environment so that the risks inherent to care are mitigated and minimized. This internship report aims to demonstrate the development of advanced nursing skills within the scope of specialization with the award of a master's degree in medical-Surgical nursing, with greater focus on patient safety, particularly on assessing the risk for the development of injuries associated with surgical positioning and is organized into two parts: internship and investigation. In the internship component, through a descriptive, analytical and reflective methodology, the process of developing specialized skills in caring for people in a perioperative situation is presented, describing and reflecting on the activities developed and their contribution to the development of knowledge in the service where the internship took place. The research component emerges from the need to increase patient safety in the Operating Room, especially in the prevention of injuries caused by surgical positioning that have harmful consequences for the patient, increase healthcare costs and consequently make it impossible to have equal access to healthcare by the general population. This is a quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sample composed of 131 patients over the age of 18 undergoing elective surgery in the specialties of Plastic Surgery and Orthopedics in a hospital in the northern region. Data from the World Health Organization (WHO) (2017) show that more than 50% of complications associated with perioperative care could be avoided. These include injuries associated with surgical positioning. The Risk Assessment Scale for the Development of Injuries Resulting from Surgical Positioning – Portuguese Version (ELPO-PT), proves to be predictive of determining the risk for the development of injuries. After applying the ELPO-PT, in the present study, its usefulness was verified to assess the risk of developing injuries in an intraoperative context, providing nurses with the possibility of using a tool to evaluate and minimize the risk.

Keywords: Perioperative nursing; Nurses; Health Communication; Patient Positioning; Perioperative Period; Patient safety

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Distribuição dos doentes por faixa etária	79
Tabela 2: <i>Scores</i> da Escala de <i>Braden</i> e Categorização da amostra segundo a Escala de <i>Braden</i>	80
Tabela 3: Caracterização do risco de lesão obtido da avaliação da ELPO-PT	81
Tabela 4: Estatísticas descritivas dos <i>scores</i> da escala ELPO-PT	82
Tabela 5: Frequência dos <i>scores</i> da escala ELPO-PT	83
Tabela 6: Relação entre o <i>score</i> da ELPO-PT e o género	85
Tabela 7: Relação entre o <i>score</i> da ELPO-PT e a especialidade cirúrgica	86
Tabela 8: Relação entre o <i>score</i> da ELPO-PT e a classificação do IMC dos doentes	87
Tabela 9: Relação entre o <i>score</i> da ELPO-PT e a idade dos pacientes	88
Tabela 10: Relação entre o <i>score</i> do ELPO-PT e a Presença de rubor no Pós-Operatório Imediato e primeiro dia Pós-Operatório.....	88
Tabela 11: Relação entre o <i>score</i> do ELPO-PT e a Presença de dor no primeiro dia Pós-Operatório.....	89
Tabela 12: Variáveis utilizadas na ACM	90
Tabela 13: Contribuição de cada uma das dimensões para a explicação da variabilidade ...	91

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Perioperative Patient Focused Model</i>	28
Figura 2: Doente que desenvolveu UPP Categoria II	84
Figura 3: Gráfico de extremos de quartis (<i>box-plot</i>) dos <i>scores</i> da ELPO-PT em função das comorbilidades	86
Figura 4: Gráfico <i>biplot</i> da Análise de Correspondências Múltiplas (ACM)	91

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento dos contextos de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de bloco operatório de especialidades	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	32
2.2. Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade	34
2.3. Competências do Domínio da Gestão de Cuidados.....	37
2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais	40
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	45
3.1. Domínio do cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	45
3.2. Domínio da maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	50
4. Considerações finais	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	61
1. Resumo	63
2. Abstract.....	65
3. Fundamentação/enquadramento teórico	67
4. Finalidade e objetivos	71
5. Metodologia.....	73
5.1. Desenho do estudo	73
5.2. Considerações éticas.....	76
6. Resultados.....	79

6.1. Caracterização da amostra	79
6.2. Análise inferencial	85
6.3. Análise de Correspondências Múltiplas	89
7. Discussão	93
8. Conclusão	99
CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	115
ANEXO I: Formulário de Observação – Usos de Luvas nos Cuidados de Saúde	117
ANEXO II: Certificado de participação na webinar: “Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”	121
ANEXO III: Certificado participação webinar: “Enfermagem às Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da Gestão em Enfermagem”	125
ANEXO IV: Certificado de participação na VI Conferencia Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração	129
ANEXO V: Certificado de participação no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade	133
ANEXO VI: Certificado de participação no Congresso Insular de Enfermagem Madeira/Porto Santo 2023 – Desafios da Insularidade	137
ANEXO VII: Certificado de participação no XX Congresso Nacional da AESOP	141
ANEXO VIII: Certificado de participação no Congresso “Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global”	145
ANEXO IX: Participação no XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória	149
ANEXO X: Certificado do poster “Intervenção do enfermeiro perioperatório em situações de catástrofe – Uma visão do futuro”	153
ANEXO XI: Certificado do poster “A Enfermagem Perioperatória na preservação de vestígios para investigação criminal”	157
ANEXO XII: Certificado da Comunicação Livre “Enfermagem Forense no Perioperatório – melhorar para diferenciar”	161

ANEXO XIII: Certificado de realização de “Curso Avançado de Cirurgia Laparoscópica Bariátrica”	165
ANEXO XIV: Certificado do poster “Intervenção do Enfermeiro Especialista para a Redução da Ansiedade no Perioperatório – estratégias para uma prática avançada”	169
ANEXO XV: Projeto de intervenção/melhoria “Transição de cuidados de enfermagem no perioperatório – Metodologia ISBAR”	173
ANEXO XVI: Certificado de participação no “1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório – Distrito do Porto”	223
ANEXO XVII: Certificado do poster “utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no perioperatório”	227
ANEXO XVIII: Certificado da Comunicação Livre “A importância da documentação de cuidados de enfermagem na segurança do doente”	231
ANEXO XIX: Certificado da Formação em Serviço “Ferida Cirúrgica – A importância da documentação de enfermagem”	235
ANEXO XX: Certificado da Formação em Serviço “Projeto de Investigação – Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico”	239
ANEXO XXI: Certificado do poster “Risco de lesão associado ao posicionamento Cirúrgico – Utilização da escala ELPO-PT”	243
ANEXO XXII: Certificado de participação na webinar: “Normotermia Perioperatória: Uma resposta aos porquês...!!!”	247
ANEXO XXIII: Escala ELPO-PT.....	251
ANEXO XXIV: “Instrumento de Colheita de Dados – Período Pré e Pós-Operatório”	255
ANEXO XXV: Autorização da Autora da Escala ELPO-PT	259
ANEXO XXVI: Escala Numérica da Dor	263
ANEXO XXVII: Escala de Braden	267
ANEXO XXVIII: Consentimento Informado para participação em investigação.....	271
ANEXO XXIX: Declaração de Confidencialidade	275
ANEXO XXX: Autorização do Conselho Executivo	279
ANEXO XXXI: Parecer da Comissão de Ética	283
ANEXO XXXII: Parecer da UID da ESSNorteCVP	287

INTRODUÇÃO

A globalização mundial conduziu a grandes mudanças no paradigma de vida das sociedades modernas provocando alterações profundas na forma como as pessoas gerem o seu tempo, a sua vida e a sua saúde. A industrialização e o desenvolvimento tecnológico alteraram as sociedades na sua forma de ver e agir sobre o mundo. Também a enfermagem, enquanto profissão, está intimamente ligada a estas constantes mudanças e evolução. Neste contexto, a procura pela excelência no exercício profissional em enfermagem deve ser uma constante na vida dos profissionais, considerando a permanente evolução da sociedade onde vivemos. Aqueles que procuram os cuidados de enfermagem têm o direito a receber cuidados de qualidade, prestados por profissionais habilitados e que os prestem de acordo com as mais recentes aquisições de saberes nos diferentes domínios. Cada enfermeiro tem a responsabilidade de se autodesenvolver, adquirindo competências diferenciadas e atualizando conhecimentos e saberes que contribuam para a melhoria contínua dos cuidados prestados.

Com este desígnio, a Ordem dos Enfermeiros (OE) desenvolveu um plano estruturado de especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) em diferentes áreas de atuação para o desenvolvimento de competências profissionais diferenciadas na área da enfermagem. Uma das áreas abrangidas pela especialização em EMC é a área da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. As competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) encontram-se divulgadas no Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019) sendo as competências específicas de cada área de especialidade difundidas no Regulamento de competências específicas do EEEMC 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 (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018).

Ciente que uma especialização em enfermagem, com a obtenção do grau de mestre (Regulado pelo Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março, 2006 na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto, 2018, artigo 16º) não se resume à aquisição de um conjunto de atividades e procedimentos na área em estudo, mas à capacidade de adaptar a conduta a situações complexas, utilizando os conhecimentos, habilidades e atitudes adquiridas durante o curso decidiu-se realizar o desenvolvimento das *skills* profissionais e

científicas através da realização deste curso de mestrado. Fruto do interesse pessoal, profissional e do desenvolvimento de competências, a área de estudo escolhida foi o Mestrado com Especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. O desenvolvimento constante e a complexidade dos cuidados perioperatórios obrigam os enfermeiros a estarem em constante atualização e desenvolvimento. O enfermeiro especialista tem a obrigação acrescida de detetar, avaliar e implementar soluções que possam dar resposta aos problemas encontrados.

Em contexto perioperatório a segurança do doente¹ é um tema central e uma obrigação legal para o enfermeiro especialista, devendo este desenvolver todas as estratégias possíveis para aumentar a segurança dos doentes. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026) criado e coordenado pela Direção Geral da Saúde (DGS) apela a que os intervenientes em saúde promovam de forma continua ações que incrementem uma cultura de segurança e adoção de práticas seguras na prestação de cuidados aos doentes (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, 2021). A problemática das lesões associadas ao posicionamento cirúrgico é um tema fundamental para a segurança do doente; o surgimento de lesões acarreta consequências nefastas para os doentes, aumentam os tempos de internamento, que levam ao aumento dos custos das instituições prestadoras de cuidados, concentrando os seus meios na resolução de incidentes ocorridos durante as cirurgias, não podendo distribuir equitativamente cuidados à população que necessita dos mesmos.

A ocorrência de lesões por pressão decorrentes do período intraoperatório atinge valores bastante significativos em muitos estudos realizados. Buso et al. (2021) apresentaram resultados de 37.7% de doentes com lesões por pressão decorrentes do posicionamento cirúrgico decorrentes do período intraoperatório. Destas lesões as Úlceras por Pressão (UPP) representam um problema acrescido pela complexidade que envolvem; atendendo à complexidade que envolve uma cirurgia, o doente cirúrgico apresenta uma maior suscetibilidade para as desenvolver que os doentes não cirúrgicos (Gao et al., 2018).

O posicionamento cirúrgico revela-se por isso tão importante como qualquer outro cuidado perioperatório, devendo o enfermeiro perioperatório promover intervenções adequadas para minimizar o risco de lesões (Associação do Enfermeiros de Sala de Operação Portuguesas [AESOP], 2012).

Neste sentido a existência de escalas que possam prever o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico ajudando a planear de forma adequada e

¹ No contexto deste relatório o termo “doente” será utilizado como forma de referir a pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem.

segura os cuidados de enfermagem reduzindo o risco de lesões são essenciais para que os enfermeiros possam adequar os cuidados ao doente. A escala de *Braden*, amplamente utilizada e difundida para avaliação do risco de desenvolvimento de UPP em cuidados de saúde (DGS, 2011) não parece ser sensível para determinar o risco de desenvolvimento de UPP em doentes no contexto intraoperatório (He et al., 2012).

Dada esta necessidade, vários autores procuraram desenvolver ferramentas que pudessem ser preditivas da ocorrência de lesões (entre elas as UPP) decorrentes do posicionamento cirúrgico. Lopes (2014), publicou a sua tese de doutoramento onde apresentava a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) que se verificava como sensível à aplicação no período perioperatório e preditiva para a identificação de doentes de risco para o desenvolvimento de lesões. Vários autores procederam à validação da escala para a utilização em diferentes países, com resultados significativos para a melhoria da assistência de enfermagem aos doentes em situação perioperatória. Guimarães (2022), procedeu à tradução e validação da escala para a população portuguesa. A diferença cultural promoveu alterações mínimas no instrumento de recolha de dados, mas relativamente significativas quanto à incidência de UPP nos diferentes estudos. Guimarães (2022) apresentou uma incidência de UPP de 1.7% e um risco médio para o desenvolvimento de lesões de 22.31, enquanto Lopes et al. (2016) apresentaram uma incidência de UPP de 21.7% com um risco médio de desenvolvimento de lesões de 19.53. Apesar destes valores, Guimarães (2022) também concluiu que a escala se revelava útil para a deteção dos doentes que apresentavam maior risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico auxiliando o enfermeiro na tomada de decisão. Na validação da escala para a população portuguesa foi dado o nome de Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico – Versão Portuguesa (ELPO-PT) (Guimarães, 2022).

A temática da segurança do doente perioperatório sempre foi um tema central em enfermagem. A reduzida implementação de instrumentos que sejam preditivos da ocorrência de lesões para auxiliar na tomada de decisão, e a escassa realização de estudos no nosso país, fazem com que estas ferramentas sejam pouco utilizadas. Assim, pretendeu-se com este estudo avaliar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico num hospital da região norte (nas especialidades de Cirurgia Plástica Reconstructiva e Estética [CPRE] e Ortopedia) com a finalidade de aumentar o conhecimento e informação existente, contribuindo para a divulgação da ELPO-PT, com intuito de promover a melhoria assistencial da prática de cuidados de enfermagem no intraoperatório e aumentar a segurança dos doentes.

Concomitante aos objetivos da investigação explanados na parte dois deste relatório, e através da utilização de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva, percorrendo o desenvolvimento de competências comuns e especializadas ao longo deste estágio, o presente relatório tem como objetivos:

- demonstrar o processo de desenvolvimento de competências especializadas no cuidar da pessoa em situação perioperatória;
- descrever e refletir sobre as atividades desenvolvidas e as estratégias que contribuíram para a aquisição de conhecimentos e competências no decurso do estágio efetuado, à luz das competências comuns e específicas requeridas ao enfermeiro especialista em EMC;
- demonstrar, através da investigação científica produzida, o desenvolvimento científico e o seu contributo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

A finalidade deste relatório prende-se com a necessidade de dar resposta ao momento de avaliação com vista à obtenção do grau de Mestre em EMC na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O presente relatório, é um trabalho original e divide-se em duas partes: componente de estágio e componente científica. Na parte I, referente à componente de estágio, é efetuado um enquadramento do contexto de estágio à pessoa em situação perioperatória II (realizado nas especialidades de CPRE e Ortopedia). São apresentadas as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEMCEPSP), realizando uma reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e apoiadas na evidência científica atual disponível. No final desta primeira parte são realizadas considerações finais relativamente ao desenvolvimento de competências tendo por base a visão de uma enfermagem avançada.

Na parte II, referente à componente de investigação, com o tema “Risco de Lesão associado ao Posicionamento Cirúrgico” é apresentada a fundamentação/enquadramento teórico do tema, bem como os objetivos e finalidade do estudo. A parte metodológica apresenta o desenho do estudo e a forma como este foi planeado. Seguidamente apresentam-se os resultados e uma discussão dos achados encontrados, comparando-os com dados existentes e com a evidência científica sobre o tema. Na conclusão são apresentadas as implicações do estudo para a prática da enfermagem, bem como as suas limitações e desenvolvimentos para futuros trabalhos.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O foco da enfermagem enquanto profissão e disciplina científica tem como pilar o cuidado à pessoa humana na sua condição de saúde e na oscilação do processo de saúde e doença. Cuidar a pessoa é o principal objetivo da enfermagem e nesse sentido, o enfermeiro deve contribuir para a manutenção do estado de equilíbrio da saúde das pessoas e a sua readaptação à nova condição.

Cuidar a pessoa em situação perioperatória é um enorme desafio para a enfermagem, tendo em conta que a condição a que o doente é submetido para a realização de uma cirurgia e que por força dessa condição pouco interage com a equipa de saúde, provocando uma dificuldade acrescida ao tratamento. A grande evolução da enfermagem perioperatória no nosso país começou a objetivar-se a partir dos anos noventa, tendo os enfermeiros passado a utilizar o processo de enfermagem, em substituição do modelo biomédico (AESOP, 2012). A enfermagem perioperatória centra-se no cuidado ao doente submetido a um procedimento cirúrgico ou invasivo que pode ocorrer em qualquer momento do ciclo de vida, otimizando a sua resposta de forma dinâmica em todo o período perioperatório, onde o enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na visão holística da forma de cuidar, na promoção da saúde e na recuperação da condição prévia ao evento (Benze et al., 2021). O doente é o agente central na prática clínica dos enfermeiros e por este motivo, a abordagem clínica deve estar assente em modelos teóricos que auxiliam o profissional na gestão dos cuidados e na tomada de decisão. O *Perioperative Patient Focused Model* (ver figura 1) representa de forma eficaz o cuidado prestado ao doente perioperatório. Assumindo a vulnerabilidade a que o doente está sujeito, este assume a centralidade do modelo (Benze et al., 2021; Rothrock, & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). A intervenção do enfermeiro perioperatório visa atingir resultados de alta qualidade para o doente, sendo o modelo, secundariamente à centralidade no doente, focado nos resultados (Benze et al., 2021; Rothrock, & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

O *Perioperative Focused Model* (Rothrock, & Smith, 2000) é a estrutura conceptual da prática de enfermagem perioperatória representando a relação entre o doente, a(s) pessoa(s) que prestam apoio ao doente e os cuidados prestados e garantidos pelos enfermeiros perioperatórios (Benze et al., 2021; Van Wicklin, 2020).

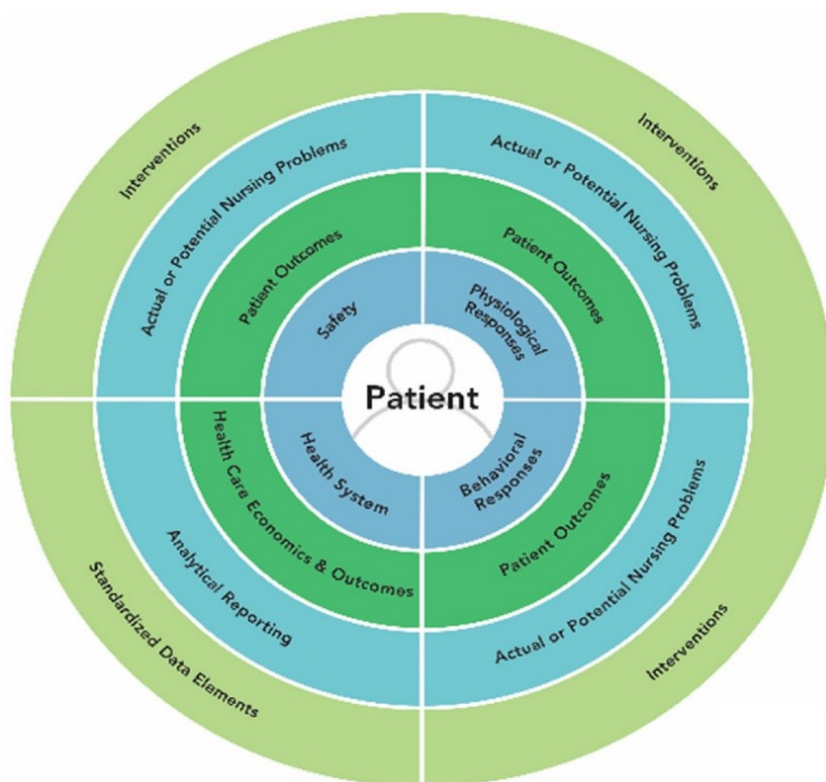


Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*

(Fonte: AORN, 2018, p. 3)

O modelo encontra-se dividido em quatro quadrantes/domínios em que destes, três representam domínios centrados no cliente: segurança do doente, respostas comportamentais do doente e pessoas de suporte e respostas fisiológicas do doente a procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos; o quarto quadrante/domínio representa os sistemas de saúde onde os cuidados perioperatórios são prestados (Benze et al., 2021; Van Wicklin, 2020). A estrutura do modelo é representada em semicírculos; o foco nos resultados dos enfermeiros perioperatórios é descrito como um semicírculo concêntrico posicionado imediatamente adjacente aos domínios centrados no doente. Os dois semicírculos adjacentes seguintes e mais externos, representam os subdomínios dos diagnósticos e intervenções de enfermagem. O modelo representa definitivamente o conceito de cuidados de enfermagem perioperatória centrados no doente retratando nos seus quatro domínios os cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios. Contudo, ao preconizar que os enfermeiros perioperatórios realizem uma avaliação do doente focada nos resultados antes de desenvolver os diagnósticos de enfermagem, o modelo desvia-se ligeiramente do processo de enfermagem bem estabelecido, onde os diagnósticos e as intervenções são desenvolvidos antes da identificação dos resultados (Van Wicklin, 2020).

O *Perioperative Focused Model* (Rothrock, & Smith, 2000) enfatiza a necessidade dos enfermeiros perioperatórios realizarem uma avaliação do doente focada nos resultados que

vão auxiliar os enfermeiros na identificação dos diagnósticos de enfermagem para uma implementação de intervenções de enfermagem individualizadas e que permitam satisfazer a necessidade do doente. O enfermeiro perioperatório deverá por isso, dentro do sistema, promover uma prática baseada na evidência que promova a segurança do doente com respostas comportamentais e fisiológicas adequadas ao contexto (Rothorck, & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

1.1. Estágio em contexto de bloco operatório de especialidades

O estágio decorreu no Bloco Operatório (BO) de um hospital da região Norte de Portugal Continental que se localiza na área do grande Porto. A unidade de saúde, sendo uma Instituição Privada de Solidariedade Social (IPSS), integra a rede Hospitalar Nacional desde a sua fundação. Fundada em 1988 a instituição tem acordos de prestação de serviços estabelecidos com o Ministério da Saúde (regulado pelo decreto-lei n.º 138/2013 de 9 de outubro, 2013) e recebe doentes do Serviço Nacional de Saúde (SNS) indicados pelo médico de família. Sendo o SNS o seu principal cliente, o hospital, sendo uma instituição privada recebe também doentes das diferentes seguradoras a operar em Portugal, doentes de subsistemas de saúde como o Instituto de Proteção e Assistência na Doença (ADSE) e doentes em regime privado. Constitui-se como um hospital de apoio ao SNS, mas com elevada diferenciação científica e técnica tendo sido o primeiro hospital IPSS em Portugal a receber Acreditação em Qualidade por um organismo nacional ou internacional.

Em 2006 foi acreditado pelo *Health Quality Service* (HQS), atual *Caspe Healthcare Knowledge Systems* (CHKS) com a Acreditação Total em Qualidade, compreendendo um total de 1679 critérios e em todas as áreas. Após esta primeira acreditação, o hospital tem realizado as recertificações exigidas, tendo a última sido realizada em 2022. A certificação pelo CHKS, confere ao hospital a certificação pela *Organização Internacional de Padronização/International Organization for Standardization* (ISO) através da norma 9001:2015 que estabelece critérios para um sistema de gestão da qualidade focado no cliente e visando a melhoria contínua na prestação dos cuidados (ISO, 2023). Em 2017, recebeu o primeiro lugar “PRÉMIO TOP 5” *International Association for Social Science Information Service and Technology* (IASIST) - EXCELÊNCIA DOS HOSPITAIS na categoria "Evolução Clínica"; está também no top nacional do Sistema Nacional de Avaliação em Saúde (SINAS) atribuído pela Entidade Reguladora da Saúde (ERS).

O BO deste hospital desenvolve a sua atividade com uma capacidade de sete salas operatórias. Trata-se de um BO com atividade cirúrgica eletiva nas especialidades de Cirurgia

Geral, Urologia, Ortopedia, CPRE, Cirurgia Vascular e Oftalmologia. A atividade cirúrgica desenrola-se no período das 8h00 às 20h00, sendo que se for necessário alguma reintervenção existe uma equipa de prevenção que é ativada. O BO tem as suas áreas de trabalho bem identificadas e definidas, encontrando-se dividido em três áreas distintas: área livre (onde se inclui a receção de doentes, pessoal e material); área semi-restrita (onde se incluem as áreas de apoio às salas de operações, armazéns de material limpo e estéril, corredores de acesso às áreas restritas, etc.); área restrita (Sala de indução, sala de operações) (AESOP, 2012). Existe também uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)/Recobro e apoio de duas camas de Medicina Intensiva em caso de agravamento e/ou necessidade. Relativamente ao tratamento e descontaminação de material, existe um circuito próprio para que não exista contaminação dos materiais antes destes serem enviados para a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM) do hospital. O BO deste hospital é dotado de equipamento comum a qualquer BO e equipamento específico para a utilização e diferenciação nas diferentes áreas de intervenção. Neste hospital existe uma elevada taxa de realização de Cirurgia de Obesidade, pelo que o desenvolvimento tecnológico neste serviço, através da utilização de equipamentos de cirurgia minimamente invasiva, está em constante atualização.

O serviço é composto por um enfermeiro gestor e quarenta e seis enfermeiros (dos quais um é EEEMC e um especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia), vinte assistentes operacionais e uma secretária do serviço.

Para a concretização deste estágio, (realizado em BO de especialidades, com foco nas especialidades de CPRE e Ortopedia) para além dos objetivos definidos no plano curricular, foram traçados os seguintes objetivos específicos:

- definir estratégias que melhorem a intervenção do enfermeiro perioperatório na prevenção de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico;
- estruturar o plano de transição dos cuidados de enfermagem no bloco operatório, garantindo a continuidade da prestação de cuidados de enfermagem de forma a aumentar a segurança do doente;
- avaliar as necessidades do serviço, e desenvolver pelo menos um projeto de melhoria continua durante o estágio;
- conhecer o modelo de gestão de recursos materiais utilizado no bloco operatório.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A realização de um estágio no contexto de Mestrado em Enfermagem com Especialização em EMC (regulado na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa [ESSNorteCVP] pelo Despacho n.º 11688/2020 de 25 de novembro, 2020) tem por objetivo garantir, a partir dos conhecimentos e habilidades adquiridas em contacto direto com o doente, a aprendizagem do planeamento, da prestação, e da avaliação dos cuidados de enfermagem prestados. Nesse processo, o enfermeiro utiliza conhecimentos específicos e desenvolve as suas aptidões profissionais, convertendo o conhecimento em saberes necessários para o desenvolvimento profissional. A integração contínua de recursos adquiridos durante o seu percurso profissional permitem a construção de competências e de um saber diferenciado que permitem agir adequadamente em cada situação.

No exercício da sua especialização, o enfermeiro procura promover benefícios efetivos na saúde da população, melhorando a condição dos doentes, favorecendo o seu processo de recuperação e assegurando a continuidade dos cuidados prestados. Gerindo de forma eficiente os recursos, o enfermeiro especialista proporciona ganhos efetivos em saúde e torna-se um pilar no sistema de saúde.

O enfermeiro especialista desenvolve a sua atividade com o objetivo de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem baseada numa capacidade crítica e reflexiva que deverá ser apoiada na melhor evidência científica (OE, 2017).

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019, p. 4744) o *“enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem, e que viu ser-lhe atribuído, nos termos do disposto na alínea i) do n.º 3 do artigo 3.º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros”*. O mesmo regulamento refere também na secção II artigo 3º (p. 4745) que 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 de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”*.

A elaboração do presente relatório espelha a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no que se refere às competências profissionais, éticas e legais, à melhoria contínua da qualidade, gestão de cuidados e

aprendizagens profissionais, refletindo também acerca dos objetivos de nível avançados delineados para a aquisição de competências em contexto da prática clínica.

2.1. Competências do Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Para Nunes (2013), uma prática competente é caracterizada por padrões éticos, morais e legais que resultam de conhecimentos, capacidades e habilidades que se desenvolvem através da experiência profissional e da formação, traduzindo-se numa melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Vieira, 2017).

Desde o início da formação de cada enfermeiro e ao longo de todo o percurso profissional, a prática de cuidados de enfermagem está regulada pelo código deontológico, pelo regulamento do exercício profissional (Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de setembro, 1996, com as alterações introduzidas pelo Decreto-lei nº 104/98 de 21 de abril, 1998), pelo perfil de competências, e pelos referenciais de qualidade; contudo, no exercício da sua prática especializada, estes regulamentos são mais evidenciados (Vieira, 2017).

A profissão de enfermagem rege-se por valores universais devendo a prestação de cuidados estar assente em princípios éticos, deontológicos e bioéticos. A Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015, p. 8078) salvaguarda que: *“As intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro”*. Para nos afirmarmos enquanto profissionais de referência, capazes de promover a excelência no cuidar, devemos promover e investir na *praxis* de enfermagem, sendo o desenvolvimento do conhecimento e das competências profissionais uma obrigação e uma responsabilidade de cada enfermeiro.

No desenvolvimento da sua ação o enfermeiro especialista deve cumprir e fazer cumprir todas as normas éticas, deontológicas e legais na salvaguarda e proteção da pessoa. Os direitos humanos são essenciais à vida e à dignidade da pessoa enquanto ser autónomo e dotado de individualidade (Griffith, 2021).

A pessoa em situação perioperatória encontra-se numa situação de vulnerabilidade e fragilidade. Este doente encontra-se imerso num contexto de receios e medos que o enfermeiro deve saber compreender e minimizar. O estabelecimento de uma relação terapêutica torna-se fundamental para ultrapassar todos estes medos e incertezas (AESOP, 2012; Ruiz Hernández et al., 2021). O enfermeiro perioperatório deverá assumir um papel de liderança na relação terapêutica, utilizando de forma eficaz todos os *soft skills* e conhecimentos adquiridos durante o seu percurso académico e profissional. Demonstrar que

o doente é o centro do cuidado em enfermagem e que toda a atenção está focada no seu atendimento de forma personalizada, vai diminuir o seu nível de ansiedade, melhorando as respostas fisiológicas com vista à obtenção de resultados de alta qualidade e centrado com o preconizado no *Perioperative Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000). Esta humanização e individualização dos cuidados demonstra, além de uma consciência cirúrgica diferenciada, respeito pela dignidade de cada indivíduo auxiliando-o no seu processo de melhoria e obtenção dos melhores resultados de saúde.

A tomada de decisão é intrínseca à ação diária do enfermeiro no desenvolvimento da sua prática de cuidados, apresentando dilemas éticos e tomadas de decisão complexas (Leal et al., 2022). O enfermeiro deve assumir a responsabilidade na defesa, respeito, segurança e promoção dos direitos da pessoa a quem presta cuidados. A responsabilidade profissional, ética e legal só pode ser atingida através de uma tomada de decisão baseada nos valores éticos e princípios deontológicos, com respeito pelos direitos e dignidade humana.

Durante o estágio e percurso profissional procurou-se respeitar a privacidade da pessoa em todas as ações realizadas. O doente perioperatório, pela condição de fragilidade a que está sujeito durante o percurso cirúrgico, carece de uma atenção especial. O enfermeiro deve assumir a advocacia nos cuidados, respeitando e fazendo respeitar a privacidade do doente (AESOP, 2012). O respeito pela dignidade e privacidade da pessoa em situação perioperatória está intimamente relacionado com a exposição corporal a que o doente está sujeito. No desenvolvimento de competências especializadas em contexto de sala de operações, refletiu-se acerca da importância da manutenção da privacidade do doente, utilizando-se estratégias de redução, limitação e controlo de pessoas nas salas operatórias; promoção de um ambiente calmo e adequado; utilização de barreiras físicas adequadas e ainda da capacidade de advocacia inerente à função do enfermeiro perioperatório.

A prestação de cuidados obedecendo a referenciais éticos e deontológicos apropriados não pode nunca descorar a liberdade e respeito pela autonomia, pelo que a obtenção do consentimento para realização de procedimentos é absolutamente fundamental. O enfermeiro especialista pela sua capacidade, conhecimento e competência diferenciada deve ser um promotor na adoção, implementação e avaliação de estratégias para que as equipas pluridisciplinares mantenham os mais elevados padrões de qualidade na prestação de cuidados. O respeito pela autonomia e liberdade da pessoa humana obteve-se através da solicitação do consentimento para a realização de todas as intervenções e do esclarecimento de dúvidas do âmbito da atuação profissional. Refletir sobre este tema permite consolidar que o consentimento informado não é apenas o ato de informar o doente/família, mas sim validar se a informação e esclarecimentos prestados foram assimilados, promovendo a

autonomia e autodeterminação na tomada de decisão (Castro et al., 2020). Nas situações que os doentes apresentem alteração da consciência e na impossibilidade de estabelecimento de comunicação, deve-se sobrepor o princípio da beneficência e não-maleficência, atendendo ao bem maior para o doente, salvaguardando sempre a vida e a dignidade da pessoa (Castro et al., 2020).

A proteção dos direitos humanos, dignidade, privacidade, segurança e autonomia da pessoa/família são fundamentais para o exercício de uma enfermagem avançada. A construção e desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista promovem a prestação de cuidados diferenciados. Na promoção das melhores práticas, o enfermeiro especialista desenvolve a sua ação tendo em conta todos os domínios de competências, sendo o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal essencial para a humanização dos cuidados de enfermagem; contribuindo para a visibilidade profissional, satisfação do doente/família e fornecendo dados relevantes como um indicador de qualidade para a obtenção de ganhos em saúde.

2.2. *Competências do Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados está intimamente ligada e relacionada com a qualidade em saúde. A melhoria da qualidade em saúde é extremamente complexa e envolve uma série de critérios no atingimento da sua garantia e certificação (Kelly et al., 2023). Vários países seguem modelos próprios e padronizados para atingir os objetivos definidos e atingir metas pré-estabelecidas, melhorando de forma significativa os padrões de qualidade na assistência às populações. De acordo com Kelly et al. (2023, p. 41), *“padrões são intervenções multifacetadas escritas para demonstrar o nível desejado de cuidado que um serviço deve ter como objetivo fornecer”*. A padronização de procedimentos apoia a tomada de decisão do enfermeiro, melhora a prestação de cuidados de saúde, aumenta a segurança para o doente e favorece a aplicação das melhores evidências científicas disponíveis no exercício da sua responsabilidade social através do desenvolvimento de uma enfermagem avançada (Sales et al., 2018).

Atualmente, as instituições de saúde procuram diferenciar os cuidados que prestam às populações através de processos de acreditação nacional e internacional. Assim, poderão ver os cuidados que prestam reconhecidos como sendo diferenciadores e alinhados com os mais elevados padrões de qualidade. Esta certificação implica que os serviços e profissionais estejam em constante atualização para que sejam capazes de acompanhar a evolução dos cuidados mantendo padrões de qualidade elevados. A *Organização Internacional de*

Padronização (2023) refere-se aos padrões como um método que apresenta a melhor maneira de se atingir um resultado. A normalização dos padrões de cuidados, atendendo à utilização das normas ISO, tende a reduzir a taxa de erro, aumentando a segurança e satisfação do doente e reduzindo a quantidade de erros relacionados com a prestação de cuidados.

De acordo com o Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021) que aprova o PNSD 2021 -2026, com o objetivo de melhoria contínua da qualidade no setor da saúde significa tudo fazer, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros e utilizando de forma adequada os recursos disponíveis e assegurando cuidados a todos os cidadãos de forma equitativa que correspondam às suas expectativas e necessidades. Ao longo dos últimos anos, as instituições de saúde têm procurado evidenciar a sua atividade através da produção e divulgação de indicadores de qualidade que espelhem o seu desempenho. A avaliação da importância dos cuidados de enfermagem através da utilização de indicadores de desempenho específicos, demonstram a qualidade dos cuidados prestados pelos enfermeiros e o seu contributo para os ganhos em saúde da população (OE, 2012).

A literatura demonstra que os indicadores de qualidade, desenvolvidos ao longo dos anos de 1960 e propostos por Donabedian, ainda são atualmente aplicados para avaliar os cuidados de enfermagem nas três dimensões reconhecidas pelo autor: estrutura, processo e resultado (Caldana et al., 2013; Fonseca et al., 2019). Cabe ao enfermeiro especialista o papel de ser um agente dinamizador e promotor deste incremento na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados aos seus doentes, mobilizando conhecimentos e habilidades adquiridos. A qualidade não deve ser vista como uma obrigação, mas sim como um dever para com os doentes, pois fomenta a valorização dos cuidados prestados e consequentemente a profissão de enfermagem.

Considerando-se tão relevante a melhoria contínua na prestação de cuidados em prol de um atendimento eficaz aos doentes em situação perioperatória, a seleção do local de estágio atendeu à escolha de um hospital que fosse detentor de acreditação internacional. O hospital onde decorreu o estágio e como já foi referido apresenta certificação internacional pelo CHKS que confere a certificação da norma ISO (9001:2015) e outras certificações nacionais e internacionais.

A existência de regulamentos, protocolos e normativos nas instituições demonstra uma boa prática para que sejam obtidos os melhores resultados em saúde, mantendo um nível de cuidados adequados aos contextos (Brás, 2023). Este foco nos resultados apresenta-se enquadrado com o preconizado no *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock, & Smith, 2000), em que o enfermeiro perioperatório deve adequar a sua prática de cuidados

atendendo às normas e procedimentos mais atualizados, focado no doente, mas sempre consciente da importância de atingir um resultado. O resultado é o objetivo do enfermeiro perioperatório, devendo adotar as melhores práticas para melhorar a segurança do doente e reduzir a ocorrência do erro. Para isso, o enfermeiro especialista perioperatório deve conhecer as normas institucionais, avaliar a sua aplicabilidade e proceder à sua revisão frequentemente, mantendo-se a si e à equipa atualizada. De forma a manter as boas práticas na procura da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados em contexto perioperatório, colaborou-se ativamente na realização de auditorias de projetos de melhoria em curso no serviço.

A segurança do doente perioperatório foi alvo de atenção ao longo de todo o percurso de construção do conhecimento durante o curso de mestrado. A segurança do doente está diretamente relacionada, como já foi referido, com o cumprimento das normas vigentes mais atualizadas e normas institucionais. A utilização sistemática na prática clínica dos profissionais das normas orientadoras emanadas pelas entidades reguladoras em Saúde, melhoram o resultado da intervenção do enfermeiro, tendo o enfermeiro especialista um papel diferenciador na sua implementação e no respeito pela sua utilização; exemplo destas são as normas de Precauções Básicas de Controlo de Infecção e Feixes de Intervenção da DGS que se destinam a realizar uma avaliação sistemática das mesmas no que diz respeito ao Uso e Gestão de Luvas através da Norma n.º 013/2014 de 25 de agosto de 2014 com atualização a 7 de agosto de 2015 (DGS, 2015), à Higiene das Mãos através da Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro (DGS, 2019), sendo estas duas normas fundamentais e intimamente ligadas ao controlo da infeção relativo à Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico redigida na Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro de 2015 com atualização a 17 de novembro de 2022 (DGS, 2022a) (Rente, 2022).

Cientes da necessidade de o enfermeiro especialista ser o elemento diferenciador dos cuidados de enfermagem e da implementação de estratégias que promovam uma melhoria contínua dos cuidados prestados, participou-se nas reuniões do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA). No hospital onde se realizou o estágio, existem diversas comissões que avaliam e organizam os cuidados prestados no sentido de melhorar a prestação dos mesmos aos doentes. O GCL-PPCIRA reúne mensalmente existindo um elo, ou mais que um, de cada serviço da instituição com o grupo coordenador, sendo no BO o elo dinamizador a enfermeira EEEMC. Nestas reuniões, são analisados os resultados da instituição, as novas orientações e as estratégias que devem ser implementadas nos serviços para melhorar os indicadores de qualidade. Durante este percurso de especialização houve a oportunidade de colaborar no

preenchimento do “Formulário de Observação – Uso de Luvas nos Cuidados de Saúde” (ANEXO I) referente à Norma n.º 013/2014 de 25 de agosto de 2014 com atualização a 7 de agosto de 2015 (DGS, 2015). A realização destas observações, a reflexão e partilha de conhecimentos e experiências entre os pares definem o trajeto do enfermeiro especialista na construção de conhecimento e na promoção da melhoria contínua dos cuidados de saúde. Sendo a infeção um dos maiores flagelos nos cuidados de saúde, esta representa em conjunto com outros fatores inflamatórios mais de dez por cento da taxa de doentes que necessitam de ser reintervencionados após Artroplastia Total do Joelho, sendo mesmo considerada como a pior das complicações (Maritati et al., 2022). Durante este percurso, com vista a adquirir e solidificar conhecimentos, participou-se no *webinar* promovido pela OE subordinado ao tema: “Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” (ANEXO II). O debate, a partilha de conhecimentos, a pesquisa e implementação de programas de melhoria referentes aos problemas que afetam os nossos doentes com um envolvimento dos enfermeiros especialistas e a sua visão diferenciada na resolução desses problemas são a melhor forma para aumentar a segurança dos doentes, promover ganhos em saúde e dar visibilidade aos cuidados dos enfermeiros especialistas.

2.3. *Competências do Domínio da Gestão de Cuidados*

De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019), o enfermeiro especialista possui competências para a gestão de cuidados e consequentemente a melhoria dos mesmos; tem um papel preponderante e ativo na otimização e supervisão das respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados, adequando os recursos às necessidades e demonstrando estilos de liderança efetivos que possam melhorar as relações entre as equipas.

É expectável que o enfermeiro especialista saiba adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados oferecendo uma resposta eficiente em termos humanos e/ou materiais face a cada situação encontrada no âmbito da sua ação. O enfermeiro especialista, pelo seu desenvolvimento técnico e científico, deverá ser um modelo para a restante equipa, demonstrando ter uma ação que seja absolutamente inquestionável para a restante equipa como modelo a seguir.

O BO apresenta-se como um ambiente altamente complexo, técnico e diferenciado. Na sua constituição, habitualmente um BO apresenta uma equipa pluridisciplinar grande, com muita diversidade de funções e por isso muito difícil de gerir. No âmbito da sua complexidade, um BO requer a detenção de equipas de trabalho altamente diferenciadas e capazes de atuar em

situações de elevado risco respondendo às necessidades da pessoa em situação perioperatória. O Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), relativa à Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, define o número de enfermeiros por sala cirúrgica deve ser de três. Durante o estágio realizado, verificou-se que esta norma era aplicada. Verificou-se também a existência de um enfermeiro com funções de gestão durante o turno da manhã e da tarde, sendo maioritariamente assegurado pela enfermeira chefe do serviço. Na ausência do enfermeiro chefe, a gestão do serviço fica atribuída a um elemento de elevada capacidade de gestão do serviço, adquirida pela grande prática acumulada, não sendo, porém, enfermeiro especialista. A existência de um elemento extra de apoio à chefia e gestão, verificou-se como uma prática comum, e sendo recomendado pelo Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019), dada a elevada complexidade na gestão e manutenção do funcionamento de um BO.

O papel dos enfermeiros gestores é extremamente importante para a sustentabilidade da prestação de cuidados nos diferentes contextos da prática de enfermagem. Estes são responsáveis pela garantia do rácio de profissionais em número e função adequados para o bom funcionamento do serviço. Cabe aos enfermeiros gestores, ou alguém a quem estes deleguem a função, gerir de forma adequada os equipamentos médicos incrementando qualidade aos cuidados prestados.

Neste estágio houve a oportunidade para conhecer e contactar com outros serviços do hospital de forma a perceber as suas dinâmicas e a sua articulação com o BO. Conhecer as dinâmicas dos outros serviços permite aos profissionais entender que todos os enfermeiros passam por dificuldades no decorrer e âmbito da sua ação. Perceber as diferentes realidades, permite ao enfermeiro aprender a situar-se no universo dos cuidados. Conhecer o funcionamento da URDM, perceber a sua funcionalidade e articulação com o BO é absolutamente fundamental. A URDM é muitas vezes percecionada como o local do hospital com menos diferenciação, que exige menos esforço físico e até mesmo o local onde se podem alocar profissionais com diminuição das capacidades físicas e com algumas limitações funcionais (Basu et al., 2020; Xavier et al., 2022). Contrariamente a estas ideias erróneas, a URDM é um serviço extremamente exigente e complexo, onde o esforço físico é elevado, bem como a concentração, o conhecimento e a responsabilidade. No hospital onde se realizou o estágio, o material é descontaminado à saída das salas operatórias e enviado em carros devidamente preparados para o efeito para a URDM. À chegada, as condições do material são verificadas, as caixas de instrumental cirúrgico analisadas e o material passa por um processo de esterilização, onde são aplicados diferentes testes que garantem a esterilidade dos mesmos, até serem enviados de novo para o BO. No serviço, e atendendo à

responsabilização do enfermeiro perioperatório pela garantia da esterilidade dos materiais e bom funcionamento da URDM, reconhecendo-se neste a função da gestão dos dispositivos médicos, todos os enfermeiros do serviço têm turnos atribuídos na URDM de forma a entender todo o processo, sempre acompanhados pela enfermeira responsável pelo serviço. Os recursos de uma instituição e consequentemente de um BO não são infinitos, pelo que a gestão e coordenação com os diferentes serviços é absolutamente fundamental. A falta de instrumentos cirúrgicos tem como consequência a paragem da atividade cirúrgica, pelo que a articulação tão estrita entre o BO e a URDM é crucial, e onde o enfermeiro especialista deve ter uma visão diferenciada, não só na garantia da continuidade da atividade cirúrgica por força da coordenação entre os serviços, mas também na assessoria e garantia das melhores práticas recomendadas na promoção e melhoria da segurança do doente.

Tendo em conta os recursos materiais, verificou-se que o serviço dispõe de diverso material clínico necessário à prestação de cuidados. A reposição de material faz-se por *stocks*, existindo enfermeiros responsáveis por áreas de especialidade pelo controlo dessa reposição. O pedido de materiais diferenciados e pontuais são da responsabilidade do enfermeiro gestor, ou a quem seja delegada a função. Embora este tipo de gestão já se possa encontrar ultrapassado, verificando-se atualmente, em muitos serviços, a reposição de material “por consumo e comunicação direta” pelos sistemas de informação para o armazém central, este sistema de reposição funcionava na perfeição para o serviço, não se verificando falta de qualquer tipo de material essencial. Uma sugestão futura é precisamente o desenvolvimento de uma ferramenta de comunicação direta entre o consumo efetuado ao doente e a reposição automática pelo armazém central. Este modelo de gestão tende a libertar os profissionais de enfermagem para os cuidados, assegurando que o material também é devidamente repostado assim que é consumido, assegurando a segurança na manutenção de cuidados. Uma desvantagem neste sistema de gestão verificou-se ser a retenção de grandes quantidades de materiais. A sustentabilidade financeira de uma instituição implica a gestão de materiais de forma eficiente (Matos et al., 2016). A necessidade de acautelar que existam sempre materiais disponíveis no serviço, tende a aumentar os *stocks*, o que leva a um maior investimento financeiro, com custos acrescidos e risco de inutilização de materiais. O armazenamento de *stocks* no serviço, provoca também uma ocupação excessiva de espaços que poderiam ser rentabilizados para outras utilizações. Os princípios *Lean* têm sido aplicados aos serviços de saúde com resultados comprovados na melhoria da eficiência do processo e gestão de recursos. Matos et al. (2016) afirmam que os princípios *Lean* aplicados à gestão de um BO melhoram a gestão de *stocks*, melhoram a organização das diferentes áreas do BO, eliminam materiais em desuso, melhoram a gestão

de equipamentos e tempos de cirurgia e consequentemente aumentam a produtividade e a segurança, com vista otimização do serviço, servindo melhor e em maior número os doentes. Estes princípios podem ser vistos pelo enfermeiro perioperatório como significativos para a sua aplicação no modelo conceptual de cuidados utilizado no *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck, & Smith, 2000); no que se refere ao quarto quadrante do modelo, este representa o sistema de saúde no qual os cuidados são prestados e todas as preocupações que a ele estão inerentes; o enfermeiro perioperatório deve adotar todas as estratégias ao seu dispor, baseadas nas melhores evidências, que promovam cuidados bem-sucedidos, com os melhores custos e incluindo os determinantes sociais da comunidade dependente dos seus cuidados (Benze et al., 2021).

Cientes desta problemática na gestão de cuidados, os enfermeiros perioperatórios devem manter-se atualizados para a implementação de técnicas que possam melhorar a prestação de cuidados, de forma equitativa e mantendo a segurança dos doentes. De forma a desenvolver esta competência, participou-se no *webinar* promovido pela OE subordinado ao tema: “Enfermagem às Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da Gestão em Enfermagem” (ANEXO III).

2.4. Competências do Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

Para a criação de identidade profissional própria, a reflexão e a interpretação das experiências individuais e acumulação de saberes são essenciais. A formação pessoal de cada enfermeiro e o processo de aprendizagem constituem uma situação privilegiada na construção dessa identidade, através da aquisição de novas experiências e das relações pessoais e interpessoais que se estabelecem. O conhecimento só pode evoluir se for partilhado, discutido, apurado e devidamente fundamentado. De nada serve ser o detentor de conhecimento se este não for útil para o desenvolvimento da profissão enquanto disciplina de conhecimento e do cuidado em benefício do doente e da sua segurança.

A enfermagem, enquanto disciplina, detém um conjunto de saberes próprios e autónomos, que são significativos para as populações. Estes conhecimentos acompanham a evolução dos cuidados de saúde num percurso sustentado pelo desenvolvimento realizado ao longo dos tempos e ao qual se aliam a formação e a investigação. A enfermagem é uma área da ciência com foco na melhoria contínua e excelência do cuidado, procurando de forma permanente as melhores evidências científicas que apoiem a sua tomada de decisão (Benner et al., 2009). A prática de uma enfermagem avançada deverá estar assente num conhecimento profundo

da disciplina, na reflexão acerca do seu contributo para a sociedade, na investigação, na pesquisa e na prática baseada em evidência usada para suportar as decisões clínicas (T. A. Peixoto & N. M. Peixoto, 2013; Silva, 2007).

Um ambiente de cuidados tão complexo como um BO requer a presença de enfermeiros com treino especializado, com conhecimentos sólidos e atualizados. É um ambiente tão único e diferenciado que, para serem capazes de acompanhar a evolução, os enfermeiros têm obrigatoriamente de se desenvolver quer pessoal, quer profissionalmente. Para se adquirir um conhecimento sustentado na evidência científica e clínica, cada um deve ser parte ativa no seu processo de aprendizagem, responsabilizando-se pela integração de novos saberes, trabalhando-os de forma significativa para melhorar os cuidados prestados e aumentar a segurança dos doentes (Cadorin et al., 2017).

Desde o início do percurso de especialização, a partilha de experiências, saberes e conhecimentos foram, seguramente, momentos de aprendizagem e de construção de conhecimentos. Mas a construção de conhecimentos não se faz, porém, apenas com a partilha de experiências. Os enfermeiros especialistas devem ser promotores na pesquisa de novas evidências científicas que permitam suprir as lacunas encontradas. O processo de construção do conhecimento é um processo ativo que provoca alterações profundas e duradouras na forma como os enfermeiros passam a apreender os saberes e a executar as tarefas (Cadorin et al., 2017; Larsson et al., 2023). Estas alterações promovem a melhoria no *expertise* do enfermeiro, melhorando a prestação de cuidados, assegurando a satisfação dos doentes e a sua segurança.

Decorrente do percurso profissional, tomou-se a decisão de enveredar pelo curso de mestrado com a especialização em EMC na vertente da Pessoa em Situação Perioperatória. Este foi o ponto de partida para um percurso de desenvolvimento do conhecimento e de aprendizagens profissionais que se pretende diversificado, e embora o foco principal tenha sido a promoção da segurança nos cuidados do doente em situação perioperatória, tomou-se consciência de que o enfermeiro deverá desenvolver conhecimentos nas mais diversas áreas, de forma a tornar-se um modelo para a prestação de cuidados e um exemplo para os restantes profissionais.

Ciente da necessidade e consciente que o desenvolvimento não se faz apenas num curso de mestrado, mas que é necessária uma busca e uma disponibilidade constante por se desenvolver, participou-se em diversos Congressos e Conferências para a aquisição dos mais recentes saberes como foram o caso da *VI Conferencia Internacional de Investigación em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração* (ANEXO IV); *2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em*

Enfermagem na Contemporaneidade (ANEXO V); *Congresso Insular de Enfermagem Madeira/Porto Santo 2023 – Desafios da Insularidade* (ANEXO VI); *XX Congresso Nacional da AESOP* (ANEXO VII); *Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global* (ANEXO VIII); *XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória* (ANEXO IX).

O desenvolvimento de conhecimentos, competências e saberes do enfermeiro especialista não se pode somente fazer da participação em congressos de forma passiva e, por este motivo, foi também objetivo ao longo do percurso deste mestrado participar ativamente em congressos e conferências, contribuindo para a atualização do estado da arte nesta área. No *Congresso Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global*, para além de outras comunicações livres que serão apresentadas neste relatório posteriormente, apresentou-se uma comunicação livre em formato de poster com o tema “Intervenção do enfermeiro perioperatório em situações de catástrofe – Uma visão do futuro” (ANEXO X). O enfermeiro especialista e com *skills* diferenciadas na sua área de intervenção tem um papel fundamental perante a ocorrência de desastres (Barboza et al., 2022). O enfermeiro especialista perioperatório é o profissional que detém o maior conhecimento sobre a organização e funcionamento de uma sala cirúrgica e tudo o que envolve o seu funcionamento. Sendo os desastres naturais cada vez mais frequentes, a necessidade de adotar medidas diferenciadas é cada vez maior, e a possibilidade da criação de hospitais de campanha com bloco operatório montados no local e geridos por enfermeiros perioperatórios é uma grande vantagem para o rápido socorro às vítimas evitando muitas mortes e fazendo uma gestão mais eficaz dos recursos de saúde de retaguarda (Barboza et al., 2022; Xue et al., 2020).

O desenvolvimento e os alicerces para uma Enfermagem Avançada são criados por esta busca incessante das melhores práticas apoiadas nas evidências científicas mais recentes, pelo que o papel do enfermeiro não pode ser passivo. Este deve procurar desenvolver o seu conhecimento e transmitir aos restantes membros da equipa, bem como divulgar os conhecimentos adquiridos para a restante comunidade. O conhecimento adquirido em benefício próprio impede o crescimento e valorização do próprio, da equipa e da Enfermagem em geral. Neste sentido, no *Congresso Insular de Enfermagem Madeira/Porto Santo 2023 – Desafios da Insularidade*, foi apresentado o póster “A Enfermagem Perioperatória na preservação de vestígios para investigação criminal” (ANEXO XI); e no *XX Congresso Nacional da AESOP* foi apresentada uma comunicação livre subordinada ao tema “Enfermagem Forense no Perioperatório – melhorar para diferenciar” (ANEXO XII). Estes dois trabalhos fazem parte de uma pesquisa efetuada com intuito de colmatar as necessidades formativas para a aquisição de conhecimentos que ajudassem a colmatar uma lacuna identificada nas equipas onde foram realizados estágios ao longo do percurso de mestrado.

Embora este estágio fosse mais direcionado para as especialidades de CPRE e Ortopedia, um enfermeiro, sobretudo o especialista deve aproveitar todas as oportunidades de crescimento para se diferenciar o mais possível nas diferentes áreas de especialização, para, como já foi referido, ser um modelo de cuidados a seguir. Atendendo a esta máxima, surgiu a oportunidade de realização de um “Curso Avançado de Cirurgia Laparoscópica Bariátrica” durante o período de estágio (ANEXO XIII), tendo sido frequentado para desenvolvimento de competências técnicas e científicas avançadas e diferenciadas. A cirurgia minimamente invasiva tem vantagens comprovadas para os doentes, sendo vista, a par com a cirurgia robótica, como o futuro da cirurgia.

A cirurgia laparoscópica apresenta vantagens, de forma indiscutível, na recuperação mais rápida e efetiva dos doentes, redução da taxa de infeção, melhores *outcomes* pós-operatórios, redução na taxa de mortalidade e morbilidade e melhores resultados estéticos (Fernandes et al., 2021). Esta visão de crescimento e diferenciação faz do enfermeiro especialista um modelo a seguir, tendo a consciência que a atualização e o aperfeiçoamento são um processo contínuo que contribuem para o crescimento pessoal, das equipas e da Enfermagem.

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

O Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018, p. 19366) refere que:

“A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença”.

O período perioperatório é um momento gerador de *stress* e quase sempre acompanhado de medos e ansiedade que podem condicionar a experiência vivenciada pelo doente, refletindo-se em repercussões hemodinâmicas (Ruiz Hernández et al., 2021). Cientes destas complicações e da especificidade de cuidados inerentes ao doente em situação perioperatória, a OE sentiu a necessidade de subdividir a Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica em diferentes áreas de intervenção, sendo uma delas a área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, formando profissionais de enfermagem diferenciados na prestação de cuidados.

O BO constituiu-se como uma unidade orgânico-funcional que envolve um conjunto de recursos diferenciados (físicos, humanos e técnicos) desenvolvendo uma ação coordenada, com vista ao tratamento cirúrgico ou realização de exames de alta complexidade, num ambiente altamente tecnológico onde a Enfermagem tem um papel muito relevante e diferenciado (Brois, 2023; Gomes, 2020). EEEMCEPSP deverá ser o profissional mais habilitado e capacitado para solucionar os constrangimentos relacionados com este período, desenvolvendo a sua *praxis* nas melhores evidências e conhecimentos atuais, sabendo antecipar e minimizar o erro, sem nunca perder o sentido de humanização da enfermagem.

3.1. Domínio do cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Para a *European Operating Room Nurses Association* (EORNA)

“Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro, enquanto estiverem numa unidade perioperatória. Esse pessoal experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e com os cuidados perioperatórios” (AESOP, 2012, p.172).

A situação de vulnerabilidade e dependência causada pelo medo do desconhecido, pela incerteza do desfecho decorrente da cirurgia e muitas vezes pela condição de alteração do estado de consciência do doente, provocam na pessoa e na família um grau elevado de ansiedade. O enfermeiro perioperatório deve advogar pela segurança, privacidade, integridade e autonomia da pessoa em situação perioperatória durante todo o percurso (AESOP, 2012). O EEEMCEPSP deve ser líder na gestão deste momento de fragilidade na perspetiva do doente e da família demonstrando estratégias facilitadoras e incentivando o doente a expressar os seus medos e as suas dúvidas.

A capacitação da pessoa em situação perioperatória deve começar muito antes da cirurgia e da entrada na sala de operações. O enfermeiro especialista em perioperatório deverá ser capaz de desenvolver uma série de estratégias e mecanismos para apoiar o doente ao longo do processo, estando a sua intervenção dividida em cinco fases distintas: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018). A área de abrangência na intervenção do enfermeiro especialista é muito ampla, iniciando a sua ação quando o cirurgião e a pessoa decidem pela realização da cirurgia e finalizando quando a pessoa está recuperada do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018).

A consulta pré-operatória, ou consulta pré-cirúrgica, é o primeiro contacto entre o enfermeiro especialista em perioperatório e a pessoa/doente que necessita de uma intervenção cirúrgica. Este é um momento crucial para o estabelecimento de uma relação terapêutica pautada pela empatia e confiança, onde o enfermeiro especialista deve atender às necessidades do doente e elaborar um plano de intervenção adequado às mesmas, bem como às suas expectativas. A intervenção do enfermeiro perioperatório, quando direcionada, demonstra uma eficácia elevada na redução da ansiedade pré-operatória, com efeitos significativas na recuperação e *outcomes* pós-operatórios (Medina Garzón, 2019; Ruiz Hernández et al., 2021). De acordo com Benze et al. (2021) o enfermeiro especialista perioperatório deve promover e formular estratégias que permitam tomar decisões para a gestão das situações de doença aguda e/ou crónica, avaliando, diagnosticando e prescrevendo terapêuticas de enfermagem que permitam obter os melhores resultados. O foco no resultado às respostas comportamentais do doente através da ação do enfermeiro especialista, enquadra-se num dos quatro domínios do *Perioperative Focused Model* (Rothorck, & Smith, 2000).

A perceção de estados de ansiedade elevados e medo associado à intervenção cirúrgica levaram a um aprofundamento da problemática durante o decorrer do estágio. No hospital onde se realizou o estágio existe uma consulta de enfermagem pré-cirúrgica que não é

realizada por enfermeiros perioperatórios e que não se demonstra eficaz na redução da ansiedade pré-operatória e intraoperatória. Percebeu-se que esta consulta é direcionada para aumentar o conhecimento do doente acerca do período pré-operatório naquilo que se refere a suspensão de medicação antiagregante, preparação cirúrgica da pele, organização institucional, início da preparação para a alta através de ensinamentos e orientações para o regresso ao domicílio. Ruiz Hernández et al. (2021) referem que a existência de estratégias que tornem o ambiente intraoperatório conhecido para o doente podem ser eficazes na redução da ansiedade. Apresentar o BO ao doente, seja através de uma visita pré-cirúrgica ou através de meios audiovisuais, podem ser estratégias eficazes para ajudar os doentes a gerir, compreender e vivenciar esta fase de uma forma mais eficaz promovendo ganhos em saúde (Pereira et al., 2016; Ruiz Hernández et al., 2021; Zarei et al., 2018).

Conscientes desta problemática participou-se no congresso *Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global*; orientado para os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros apresentou-se uma comunicação livre em formato de poster com o tema “Intervenção do Enfermeiro Especialista para a Redução da Ansiedade no Perioperatório – estratégias para uma prática avançada” (ANEXO XIV). A realização desta investigação prendeu-se com o facto de melhor compreender as estratégias para implementação futura no serviço de forma a orientar a prática para o foco no resultado da redução da ansiedade. Não existindo tempo suficiente durante o estágio para implementar um projeto de melhoria, fica a orientação para a realização de um vídeo para integração na plataforma multimédia e painéis informativos da instituição que demonstrem todo o ambiente perioperatório. Tornar conhecido o desconhecido trará benefícios significativos para os doentes, devendo o enfermeiro especialista aplicar escalas (como são o caso da Escala *State-Trait Anxiety Inventory* [STAI], validada para a população portuguesa) (Santos & Silva, 1997) que permitam avaliar estes resultados e transformá-los em indicadores de qualidade do serviço e da instituição. Tendo em conta o âmbito, abrangência e amplitude do projeto, o EEEMCEPSP deve ser capaz de realizar uma abordagem pluridisciplinar, envolvendo profissionais de áreas distintas em benefício dos cuidados prestados aos doentes.

O contexto de um BO com cirurgia eletiva onde se realizou o estágio, tendo-se optado pela vertente das especialidades de Ortopedia e CPRE, apresenta diversas vantagens para o controlo e gestão do ambiente de cuidados. Em primeiro lugar, tratando-se de cirurgia programada, já existe uma avaliação prévia por parte da equipa médica e uma consulta de enfermagem como já referido. O enfermeiro EEEMCEPSP, agindo de acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018, p. 19366), “*Garante a verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia*”. A utilização das *checklists* cirúrgicas são

ferramentas importantes para a segurança do doente perioperatório focando um resultado muito específico e que se reflete num dos domínios do *Perioperative Focused Model* (Rothorck, & Smith, 2000). O enfermeiro perioperatório deve assegurar a segurança do doente em todas as intervenções que realiza. A segurança está intimamente relacionada com o resultado da sua intervenção. A utilização das *checklists* como são o caso da verificação de itens específicos na admissão do doente no BO e da Lista de Verificação Cirurgia Segura (LVCS) são exemplos desta prática de cuidados no ambiente perioperatório.

A implementação das *checklists* apresenta-se como um elemento fundamental na cultura de segurança de um BO auxiliando a prever desfechos negativos, prevenir complicações e melhorando a comunicação entre profissionais (Alpendre et al., 2017; Poveda et al., 2021). A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2009) lançou o programa *Cirurgia Segura Salva-Vidas* (CSSV) que foi adotado em 2010 pela DGS, sendo obrigatória a sua utilização em todos os BO desde 2013 através da entrada em vigor da Norma n.º 02/2013 de 12 de fevereiro com atualização a 25 de junho (DGS, 2013). A utilização desta ferramenta, após implementação em oito hospitais de contextos e populações diferentes, demonstrou ter um impacto significativo na redução da taxa de mortalidade e complicações em doentes com menos de dezasseis anos (Haynes et al., 2009). A LVCS é até hoje uma das ferramentas mais utilizadas em questões de segurança no BO. No BO onde se realizou o estágio participou-se ativamente na construção de um projeto para melhorar a utilização desta ferramenta, que não existindo autorização efetiva para divulgação dos dados não será apresentado neste relatório. A realização de uma tabela de auditoria a observação dos momentos designados para a realização das etapas da LVCS (*Sign In, Time Out e Sign Out*) e a partilha dos resultados, permitiram a tomada de consciência da importância da realização do tempo de pausa nestes momentos para aumentar a segurança dos doentes e melhorar os processos entre a equipa pluridisciplinar. Verificou-se durante o estágio uma melhoria significativa no processo de realização do procedimento, bem como na consciencialização dos profissionais envolvidos no processo acerca da sua realização de forma correta.

A participação ativa do EEEMCEPSP apresentando-se como um elemento diferenciador na tomada de decisão e consciencialização da equipa perioperatória revelaram-se fundamentais para a mudança de *status* de toda a equipa. A melhoria nos processos não é, contudo efetiva se não existirem estratégias facilitadoras da comunicação entre os profissionais (Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho, 2018). De forma a melhorar a comunicação, atendendo a todo o contexto perioperatório, de forma a aumentar a segurança do doente foi construído um projeto de intervenção/melhoria relativo à comunicação com a utilização da metodologia *Identification, Situation, Background, Assentment, Recommendation* (ISBAR)

(ANEXO XV). A metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem é sugerida pela DGS através da Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (DGS, 2017). Nesta norma, a DGS obriga as instituições de saúde a implementar estratégias para melhorar a comunicação na transição de cuidados de saúde, devendo ser normalizada e implementando a metodologia ISBAR.

O PNSD 2015-2020 através do Despacho nº 1440-A/2015 de 10 de fevereiro (2015) definia no seu objetivo estratégico nº 2 a importância de aumentar a segurança na comunicação, sobretudo quando existe transição de cuidados. Sendo a comunicação um pilar fundamental nos cuidados de saúde, os profissionais envolvidos na prestação de cuidados devem arranjar ferramentas que minimizem os riscos da ocorrência de omissões e imprecisões que ponham em causa a continuidade dos cuidados e a segurança dos doentes. Assim, o Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021) aprova o PNSD 2021-2026 dando continuidade ao seu sucessor. O PNSD 2021-2026 reforça, no seu pilar nº 3, a importância de uma comunicação efetiva em todo o ciclo de cuidados, mas prestando especial atenção aos momentos de transição, onde se verifica uma maior perda de informação pondo em causa a continuidade de cuidados. Este despacho vem reforçar as orientações impostas pela Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (DGS, 2017), devendo as instituições elaborarem planos de melhoria para a aplicação da metodologia ISBAR na transição de cuidados de forma a melhorar a comunicação.

A complexidade do ambiente perioperatório, a imprevisibilidade dos acontecimentos, a dimensão e a rotatividade das equipas, requer uma atenção especial no desenvolvimento de ferramentas que auxiliem na tomada de decisão. No ambiente perioperatório existem vários momentos de transição de cuidados e o EEEMCEPSP deve estar atento para que não exista quebra de informação que comprometa a segurança e continuidade dos cuidados. Verificou-se que no BO onde se realizou o estágio, a metodologia ISBAR não estava implementada, tendo sido este o ponto de partida para estudar o problema e para encontrar uma solução. Decidiu-se por isso, criar um projeto para a implementação da metodologia em todo o circuito do doente no BO e UCPA/recobro.

Kitney et al. (2020) referem que a implementação de uma ferramenta estruturada para a transição de cuidados de enfermagem como a ISBAR promove a qualidade e a segurança do doente em contexto perioperatório, influenciando positivamente o trabalho em equipa. Sendo o ambiente perioperatório tão vasto e diversificado, a utilização de estratégias que auxiliem a implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados é absolutamente fundamental, mas representam um desafio para o EEEMCEPSP. A existência de ferramentas que sejam funcionais, práticas e simples, mas que auxiliem o enfermeiro na sistematização

da informação em conjunto com mudanças estruturais a nível organizacional, são elementos-chave para que a implementação da metodologia ISBAR em contexto perioperatório e que melhoram a segurança dos doentes (Kaltoft et al., 2022; Leonardsen et al., 2019).

Tendo em conta a promoção da segurança do doente no BO e orientado para a problemática da comunicação e utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados participou-se no *1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório – Distrito do Porto* (ANEXO XVI), onde foi abordada a temática da comunicação e implementação da metodologia ISBAR, tendo sido apresentado o projeto de melhoria realizado no Instituto Português de Oncologia (IPO) do Porto. A partilha de experiências entre os enfermeiros que participaram nesta “reunião” mostrou-se extremamente relevante para a aquisição de novas estratégias a serem implementadas no serviço com objetivo de melhorar a prática assistencial dos doentes e a sua segurança no percurso perioperatório. Realizou-se também uma comunicação livre em formato de poster com o tema “Utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no perioperatório” (ANEXO XVII) para participação no congresso *Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global*; orientado para os Padrões de Qualidade da Ordem dos Enfermeiros e tendo sido atribuído o primeiro prémio. A realização e estudo aprofundado acerca da problemática da comunicação e das suas consequências na transição de cuidados permitiram desenvolver a capacidade enquanto EEEMCEPSP para a melhoria dos cuidados e para uma visão diferente da atuação do enfermeiro especialista.

É esta visão mais abrangente dos problemas que tornam o enfermeiro especialista num elemento diferenciador na equipa pluridisciplinar. Este deve ser capaz de promover uma prática de Enfermagem Avançada, que apoiada, nas práticas mais recentes, nas melhores evidências científicas e na reavaliação sistemática dos cuidados prestados, serve os melhores interesses dos doentes assegurando a segurança dos cuidados e o foco nos resultados.

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

A consciência cirúrgica e a maximização da segurança do doente perioperatório devem ser um fio condutor de todo o pensamento e prática do EEEMCEPSP. De acordo com a OE (2017, p. 27), *“a consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado”*. A consciência cirúrgica pode ser interpretada como um fenómeno abstrato que tem em vista a proteção do doente, aderindo

às melhores práticas, salvaguardando a assepsia e garantindo a segurança do doente (Duff et al., 2022). Os enfermeiros, sobretudo os enfermeiros especialistas tendem a ser um líder na gestão da segurança do doente na sala operatória. Os enfermeiros quando detentores de conhecimento aprofundado acerca da segurança do paciente numa sala cirúrgica são capazes de gerir melhor os riscos associados a uma intervenção cirúrgica sendo capazes de uma prestação de cuidados mais diferenciada (Alingh et al., 2019).

O Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018, p. 19367) determina que o EEEMCEPSP é aquele que *“Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório”*. O enfermeiro especialista deve desenvolver esta consciência cirúrgica apoiada no modelo conceptual pelo qual orienta a sua prática e os seus cuidados. De acordo com o *Perioperative Focused Model* (Rothorck, & Smith, 2000), a atuação do enfermeiro foca-se no resultado, tendo o doente no centro do seu modelo conceptual. O enfermeiro perioperatório especialista deve atender os quatro domínios do modelo, como já foi apresentado ao longo deste relatório. Esta consciência cirúrgica só pode ser alcançada quando o enfermeiro atinge uma visão global de todo o sistema de saúde, definindo estratégias que possam resolver os restantes três domínios que compõem o modelo conceptual. Atuando como um modelo de referência, o EEEMCEPSP desenvolve uma atividade diferenciada e formula soluções para problemas que se vão deparando no âmbito da sua atuação, sempre suportada pelas melhores evidências científicas disponíveis.

A documentação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório é extremamente relevante para a continuidade de cuidados e para a segurança do doente. Os enfermeiros perioperatórios documentam a sua intervenção para proteger os doentes, garantir a segurança, a continuidade de cuidados, mas também para dar visibilidade à sua ação autónoma e proteger o seu *status* legal (Søndergaard et al., 2017). Sendo este um tema tão relevante, participou-se no *1º Congresso Internacional da Segurança do Doente*, onde se apresentou uma comunicação livre intitulada *“A importância da documentação de cuidados de enfermagem na segurança do doente”* (ANEXO XVIII).

Como referido anteriormente, o enfermeiro especialista deve ter um cuidado acrescido no levantamento das lacunas existentes na equipa, sendo capaz de implementar estratégias que possam corrigir. No decorrer do estágio realizado, e tendo por referência as especialidades de CPRE e Ortopedia, verificou-se a existência de lacunas relevantes na documentação da ferida cirúrgica. Sendo este um hospital de caris maioritariamente cirúrgico, percebe-se que o diagnóstico de enfermagem mais comum é a *“Ferida Cirúrgica”*. O registo rotineiro e com dados pouco relevantes e até mesmo redundantes são uma prática comum. Esta prática não

permite a continuidade dos cuidados para os enfermeiros dos serviços de internamento, tendo por isso dificuldades acrescidas em perceber as reais características da ferida cirúrgica no que diz respeito à localização, características, tamanho e mesmo apósitos utilizados. Este problema revelou-se uma janela de oportunidade para a realização de uma ação de formação no serviço (ANEXO XIX), com a duração de duas horas. Nesta formação apresentou-se evidência da importância da correta documentação para a continuidade dos cuidados. Existindo a preocupação de tornar este momento formativo numa ação de carácter prático, realizou-se uma simulação do registo informático para demonstrar como realizar um registo efetivo, pertinente e que reflete a verdadeira atuação do enfermeiro. A correta documentação de cuidados permite que os enfermeiros sejam capazes de retirar indicadores dos cuidados prestados, demonstrando a importância da sua intervenção e permitindo uma melhoria continua na assistência dos doentes em segurança.

A alta complexidade que envolve os cuidados à pessoa em situação perioperatória estão extremamente associados a um elevado risco de ocorrência de eventos adversos. A vulnerabilidade e dependência do doente são muito evidentes, devendo o EEEMCEPSP advogar em sua defesa. A promoção e maximização da segurança está em todas as ações realizadas. Atendendo à alteração do estado de consciência imposto pela condição anestésica, o doente não é capaz de promover o seu autocuidado. Assim sendo, o seu substituto deverá ser o enfermeiro perioperatório. Uma das lacunas que se verifica nos cuidados perioperatórios, e que coloca em causa a segurança e a integridade do doente está relacionada com o posicionamento cirúrgico. O doente submetido a anestesia não é capaz de gerir o seu posicionamento, ficando este a cargo da equipa cirúrgica. O EEEMCEPSP deve ter um conhecimento diferenciado das alterações anatómicas e fisiológicas causadas pelo efeito da anestesia, posicionamento e procedimentos cirúrgicos orientando equipamentos e estratégias disponíveis que permitam minimizar a ocorrência das lesões decorrentes do posicionamento (AESOP, 2012).

O posicionamento cirúrgico é uma arte, e saber posicionar um doente é tão importante como qualquer outra intervenção de enfermagem (AESOP, 2012). São vários os estudos que demonstram o risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico e a necessidade da utilização de instrumentos que permitam prever a ocorrência dessas lesões no período perioperatório. Bezerra et al. (2019) afirmam que os riscos para o desenvolvimento das lesões decorrentes do posicionamento são vários, sendo a isquemia tecidual provocada pela diminuição do fluxo capilar sanguíneo uma razão fundamental para a ocorrência de lesões por pressão. O enfermeiro perioperatório deve conhecer as alterações hemodinâmicas e fisiológicas envolvidas numa cirurgia, reconhecendo os efeitos provocados pelo

posicionamento incorreto e orientando para estratégias que promovam a diminuição da sua ocorrência (Bezerra et al., 2019). O posicionamento cirúrgico é, como já foi referido, parte fundamental do sucesso de uma intervenção cirúrgica. Verifica-se, porém, uma grande ocorrência de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. Atendendo a este facto e ao desconhecimento dos enfermeiros perioperatórios acerca da importância do posicionamento cirúrgico e da sua intervenção autónoma para a minimização da ocorrência de lesões, realizou-se uma ação de formação com a duração de aproximadamente quatro horas para os enfermeiros do BO onde se realizou o estágio.

Dada a alta complexidade envolvida no posicionamento dos doentes das valências de Ortopedia e CPRE, a realização desta ação formação apresentou-se como o momento ideal para apresentação do projeto de investigação que se pretendia desenvolver na instituição no contexto do curso de mestrado. Neste sentido, convidou-se a Enfermeira Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Especialidade à pessoa em Situação Perioperatória, e autora da validação da ELPO-PT (Guimarães, 2022) para a população portuguesa, para uma formação conjunta na instituição. A ação de formação intitulada “Projeto de investigação - Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico” (ANEXO XX) foi dividida em duas partes. Numa primeira parte apresentaram-se os riscos associados ao mau posicionamento, os objetivos dos posicionamentos, a utilização de dispositivos que auxiliam na prevenção da ocorrência de lesões e especificidades de diferentes tipos de posicionamento; numa segunda parte foi apresentado o projeto de validação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) para a população portuguesa, apresentado o projeto de investigação e a importância da utilização de escalas como instrumentos preditivos para auxiliar os enfermeiros no processo de tomada de decisão.

Ainda relativo a esta temática da importância da prevenção das lesões associadas ao posicionamento cirúrgico, apresentou-se no *XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória* um poster com o tema “Risco de lesão associado ao posicionamento Cirúrgico – Utilização da escala ELPO-PT” (ANEXO XXI), que reflete parte da pesquisa bibliográfica efetuada acerca do tema do projeto de investigação.

Este espírito reflexivo e a adoção de estratégias diferenciadoras fazem do enfermeiro especialista um elemento-chave na prestação de cuidados de um serviço e na promoção da melhoria contínua de cuidados. O EEEMCEPSP deve entender os problemas associados à prestação de cuidados, identificá-los no âmbito da sua ação e procurar as soluções apoiadas na melhor evidência científica para assegurar a segurança dos doentes e elevar os padrões assistenciais da qualidade dos cuidados de enfermagem. Este conceito identifica-se com a prestação de cuidados tendo por base uma enfermagem avançada.

A construção da identidade de um EEEMCEPSP faz-se através da mobilização de conhecimentos aprendidos durante o percurso académico e da sua aplicação na prática de cuidados. Prática sem teoria e teoria sem prática de nada servem senão articuladas de forma consciente; é necessário a assimilação de ambas a vertentes para um desenvolvimento reflexivo do próprio para a criação desta identidade. Durante um estágio, a partilha de conhecimentos com os demais profissionais, mas sobretudo com os tutores que são detentores de uma especialidade na área de formação correspondente à formação académica é absolutamente crucial. Como já foi referido anteriormente, a enfermeira tutora representava o elo de ligação com o GCL-PPCIRA e por isso a mobilização de conhecimentos, a discussão e partilha de conhecimentos e experiências foi uma constante. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018, p. 19367) o EEEMCEPSPS *“Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios”* devendo assegurar *“o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas”*.

As melhores práticas recomendadas estão apoiadas nas melhores evidências científicas e encontram-se esplanadas nas normas emitidas pela DGS, referentes aos feixes de intervenção (*Bundles*), sendo uma delas referente à prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC). O controlo da infeção em contexto operatório é um tema fulcral na prestação de cuidados em contexto perioperatório. Com os avanços tecnológicos, e mesmo com o aumento dos antimicrobianos disponíveis, continuamos a observar altas taxas de infeção associadas aos cuidados de saúde, estando também relacionadas com a ILC. Empenhada em reduzir estes altos índices de infeção, os reguladores em saúde, como a DGS, procuram sistematicamente a atualização das práticas de cuidados de forma a reduzir as taxas de infeção. Desta forma, a DGS orienta para a aplicação da Norma n.º 020/2015 de 15 de dezembro de 2015 e com atualização a 17 de novembro de 2022 (DGS, 2022a). A atualização desta norma dividiu as intervenções em três fases distintas; fase pré-operatória, fase pré e intra-operatória e fase pós-operatória (DGS, 2022a). De acordo com esta norma em cada fase devem ser respeitadas as estratégias recomendadas que quando reunidas deverão reduzir o risco de ILC (DGS, 2022a).

O EEEMCEPSP deve ter neste domínio uma atenção diferenciadora; deve atuar como líder no controlo e prevenção da infeção, responsabilizando-se pelos resultados obtidos. Neste domínio, qualquer descuido poderá ter consequências catastróficas na futura qualidade de vida do doente e no desfecho da cirurgia. Assim, o EEEMCEPSP além de ser um modelo, deverá promover todas as estratégias para que a atuação da equipa seja coordenada e inquestionável quanto ao cumprimento dos feixes de intervenção. Cabe a ele a

monitorização e auditoria de todo o processo, solucionar e desenvolver medidas corretivas, formar a equipa e reavaliar constantemente os resultados obtidos. O enfermeiro especialista deve demonstrar resiliência na implementação de medidas. Em contexto de estágio, houve possibilidade de participar nas reuniões da GCL-PPCIRA, onde os vários enfermeiros dinamizadores discutem os assuntos relevantes, analisam dados e decidem as medidas a implementar. Nestas reuniões, estudam-se as normas emitidas pela DGS e a forma como se podem implementar e monitorizar na promoção da melhoria dos cuidados prestados e redução das taxas de infeção.

A consciência da segurança cirúrgica do doente e a sua relação direta com a prevenção da infeção foram um cuidado constante durante o estágio. Neste sentido, participou-se em auditorias em conjunto com a enfermeira tutora e no planeamento das intervenções a realizar. A auditoria em enfermagem é uma ferramenta essencial para avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados, implementação das melhores práticas e necessidade de alterações que promovam um aumento da segurança nos cuidados de saúde (De Souza et al., 2022; Viana et al., 2016). O EEEMCEPSP deverá ser um auditor atento e um formador da equipa em benefício do doente. Enquanto auditor deverá estar em constante atualização dos cuidados de enfermagem e das suas práticas, reduzindo a ocorrência de inconformidades, garantindo o melhor desempenho da equipa e o seu desenvolvimento (Tiburcio et al., 2019).

Face à problemática da ILC e atendendo ao anteriormente exposto, num estágio realizado nas especialidades de ortopedia e CPRE, onde são implantados diversos dispositivos e materiais o cumprimento de todas as orientações é determinante para o sucesso final. A Norma n.º 031/2013 de 31 de dezembro de 2013 com atualização a 17 de novembro de 2022 (DGS, 2022b), diz respeito à Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto e orienta para os tipos de antimicrobianos, doses e *timings* corretos de administração. A administração correta da profilaxia antibiótica, constitui um momento importante para a atuação do EEEMCEPSP, devendo liderar o processo de implementação das normas e recomendações mais atuais. A profilaxia antibiótica é essencial para prevenir a ILC existindo fatores como a dose certa, medicamento adequado para a cirurgia a realizar e *timing* correto que contribuem diretamente para a sua eficácia (Ierano et al., 2017; Weber et al., 2008). Um estudo realizado por Ierano et al. (2017) concluíram que existem lacunas na prescrição da profilaxia antimicrobiana, apresentando-se muitas vezes inapropriada quanto ao tipo de antimicrobiano prescrito, dose e *timing* de administração. A utilização inadequada de antimicrobianos em nada favorece a prevenção da ILC, contribuindo para um aumento da resistência antimicrobiana. Bratzler et al. (2013) referem que a escolha do antimicrobiano

adequado deve ter em consideração a cobertura da flora microbiológica residente no local da incisão existindo fatores como (infecção pré-existente, tempo de hospitalização, peso, antecedentes de alergias, comorbilidades, etc.) que podem influenciar a escolha e a dose a administrar.

Durante o estágio, participou-se ativamente promoção da segurança cirúrgica do doente através da auditoria das práticas realizadas e da análise da documentação produzida. No campo da profilaxia antimicrobiana, verificou-se, tal como nos estudos apresentados que existem lacunas quanto à administração do antimicrobiano e doses adequados, pelo que a partilha de experiências e das novas evidências se verificou fundamental para a consciencialização do problema. Sugeriu-se a colocação em cada sala operatória da Norma n.º 031/2013 de 31 de dezembro de 2013 com atualização a 17 de novembro de 2022 (DGS, 2022b) para consulta dos profissionais envolvidos reduzindo as dúvidas e os erros na seleção e administração da profilaxia antibiótica.

Ainda no âmbito da prevenção da ILC, verifica-se frequentemente uma utilização inadequada da temperatura nas salas operatórias. A ideia de manter a temperatura demasiadamente baixa para promover a prevenção da ILC é atualmente desaconselhada, devendo ser mantida a normotermia. Com o intuito de operacionalizar e gerir esta prática, a AESOP (2017) elaborou as “Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida”. Reconhecendo a importância da normotermia para a estabilidade hemodinâmica participou-se no *webinar “Normotermia Perioperatória: Uma resposta aos porquês...!!!”* organizado pela AESOP (ANEXO XXII).

A auditoria da implementação das melhores práticas e da evidência mais atual permitiu perceber que o caminho a percorrer no sentido da redução da ILC ainda é longa. O EEEMCEPSP deve ser resiliente na implementação da mudança reconhecendo que todos os pequenos avanços são sucessos na promoção da segurança do doente. Esta preocupação com a redução da taxa de ILC apresenta-se como um indicador de resultados dos cuidados especializados levados a cabo pelo EEEMCEPSP, que sendo da sua responsabilidade remete para o *Perioperative Patient Model* (Rothrock, & Smith, 2000), que se centra no paciente, mas secundariamente a este, é focado nos resultados.

Outro aspeto que se revela importante no âmbito da segurança do doente em contexto perioperatório e que se encontra explanado no Regulamento n.º 429/2018 de 16 julho (2018) está relacionado com a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no período perioperatório. Durante o estágio, e como já foi referido, houve oportunidade de visitar a URDM e perceber o circuito dos materiais, os testes que são realizados e a garantia da segurança no reprocessamento. No hospital onde se realizou o estágio verifica-se uma

grande preocupação com a garantia na segurança do reprocessamento dos materiais, colocando-se testes em todas as cargas efetuadas. Todos os profissionais estão muito sensibilizados com esta problemática e a verificação dos integradores de esterilidade das cargas é sempre verificado e arquivado.

A colocação da placa dispersiva assume grande relevância no perioperatório e enquadra-se neste item de segurança relacionado com a gestão dos dispositivos médicos. Atendendo à quantidade de erros existentes na colocação da placa dispersiva, o EEEMCEPSP deve empenhar o seu esforço na resolução das dúvidas e formação à equipa. A placa dispersiva é muitas vezes colocada de forma inadequada e sem reflexão pela prática recomendada. Esta deve ser colocada em tecido muscular saudável, de preferência do lado direito e longe dos elétrodos de eletrocardiograma para que não exista interferência com a atividade elétrica; deve-se ter o cuidado de verificar a existência de próteses metálicas ou outros elementos com metal; não devem ser colocadas perto de próteses dos doentes e se este tiver algum objeto metálico este deve ser removido; a placa dispersiva deve ter dimensões adequadas ao paciente, ser de uso único, se descolar não voltar a ser reposicionada, mas sim colocada uma nova e ser adequada ao aparelho que se vai utilizar respeitando as recomendações do fabricante (AESOP, 2012).

Neste capítulo foram referidas algumas das tarefas desenvolvidas para atingir as competências necessárias para o exercício de uma especialidade e que se conseguem através da partilha de experiências que um estágio proporciona, mas fica a certeza de que o desenvolvimento de competências do EEEMCEPSP é um processo contínuo, onde cada um deve empenhar o máximo esforço em benefício da promoção da melhoria dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e da segurança do doente.

4. Considerações finais

A finalização deste percurso de aquisição de competências em EMC com especialização em Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória permitiu compreender a relevância do ensino para a constituição de um enfermeiro mais diferenciado e capaz de prestar cuidados de enfermagem que se pautam pelo rigor, qualidade, competência e que se regem pelos padrões de qualidade definidos pelas entidades reguladoras. O EEEMCPSP deve atuar de acordo com os domínios das competências comuns e específicas definidas pela OE.

A mobilização de conhecimentos e competências do enfermeiro desenvolve-se ao longo de toda a sua atividade profissional. Um estágio de cariz académico permite aprofundar os conhecimentos adquiridos, através da mobilização de novos saberes baseados nas melhores evidências científicas e na partilha de experiências. A contribuição das equipas é absolutamente fundamental para que os alunos se diferenciem numa área de especialização. O contacto com novas realidades obriga a uma busca constante por evidências que permitam entender as práticas realizadas com sentido crítico. Esta consciência de não se conformar com uma mera observação do mundo que o rodeia, torna o enfermeiro especialista num elo dinamizador dos serviços e um impulsionador das melhores práticas atendendo ao desenvolvimento de uma enfermagem avançada.

A realização deste estágio permitiu a aquisição de novas competências, mas também desenvolver o sentido crítico e a vontade de fazer mais e melhor em prol do bem-estar global dos doentes. A partilha de experiências e o contacto direto com os orientadores e tutores, mestres e especialistas em EMC, foram elementos facilitadores no desenvolvimento de competências. Também a pesquisa constante e a necessidade de questionar demonstram a consciência de que o desenvolvimento de um enfermeiro nunca tem término. O enfermeiro, sobretudo o enfermeiro especialista deve estar em constante questionamento de tudo o que o rodeia, identificando, avaliando e implementando estratégias que permitam melhorar os cuidados de enfermagem prestados tendo em vista as melhores evidências científicas e práticas recomendadas disponíveis. Esta visão permite a implementação da prática de uma enfermagem avançada tendo em conta a melhoria contínua e a segurança dos doentes.

A segurança do doente perioperatório, embora uma área de interesse relativamente recente, foi um pilar ao longo de todo o desenvolvimento do curso de mestrado e que em contexto de estágio é possível aprofundar. A observação das práticas correntes e a sua contextualização com a evidência encontrada permitiram apresentar propostas que se

esperam relevantes para aumentar a segurança dos doentes. O enfermeiro especialista perioperatório tem de se apresentar como um líder no processo de mudança da cultura de segurança dos doentes, tornando-o uma prioridade.

Embora com a consciência que o caminho do conhecimento de um enfermeiro nunca termina, considera-se que através da realização do estágio se desenvolveram e consolidaram quer as competências comuns do enfermeiro especialista, quer as competências específicas do EEEMCPSP, fornecendo um contributo científico significativo para o desenvolvimento da enfermagem enquanto disciplina do conhecimento, dando visibilidade à ação do enfermeiro. O contributo do caminho percorrido contribuirá definitivamente para o desenvolvimento de *expertise* na área da segurança do doente em situação perioperatória que se irá traduzir numa intervenção e desempenho mais eficazes melhorando a prestação dos cuidados de enfermagem.

Tendo em conta estes aspetos, entende-se que o percurso efetuado contribuiu para a formação e desenvolvimento de um profissional mais competente, capaz de adequar os cuidados a cada doente de forma singular e independente, identificando, avaliando, implementando e reavaliando cada intervenção realizada. O enfermeiro especialista desempenha neste cenário um papel ativo e fundamental, realizando a sua ação através de uma estratégia previamente delineada, focada nos problemas e tendo em vista a qualidade da prestação dos cuidados e segurança da pessoa em situação perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: O Bloco Operatório é um serviço altamente complexo e dinâmico. A promoção da segurança e a melhoria dos cuidados prestados aos doentes em situação perioperatória são uma preocupação constante do enfermeiro perioperatório. O contexto cirúrgico, é de elevado risco para o desenvolvimento de lesões, entre elas as UPP, devendo o EEEMCPSP mobilizar todos os seus conhecimentos na melhoria da prestação dos cuidados e segurança do doente.

Objetivo: Avaliar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico através da utilização da escala ELPO-PT em doentes submetidos a cirurgia eletiva num hospital da região norte.

Metodologia: Estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal com uma amostra não probabilística de conveniência composta por 131 doentes com idade superior a 18 anos submetidos a cirurgia eletiva nas especialidades de CPRE e Ortopedia num hospital da região norte. Os dados foram recolhidos através de consulta do processo clínico e entrevista direta com o doente, salvaguardando todos os aspetos éticos e formais. Foi utilizado o instrumento de recolha de dados no período pré e pós-operatório validado por Guimarães (2022). No período intraoperatório foi aplicada a escala ELPO-PT traduzida e validada para a população portuguesa por Guimarães (2022). Na análise dos dados recorreu-se a técnicas de estatística descritiva e inferencial de acordo com a natureza das variáveis.

Resultados: A aplicação da ELPO-PT apresentou um valor médio de 17.17 ($DP=3.82$), o que indica um Risco menor para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Verificou-se uma prevalência de 30.5% de doentes com Risco maior para o desenvolvimento de lesões. A aplicação da escala permitiu aferir uma relação estatisticamente significativa ($p < .001$) entre o risco de desenvolver lesões, o género e a especialidade cirúrgica, sendo que os doentes do sexo masculino e da especialidade de ortopedia têm um risco acrescido de desenvolver lesões. Os resultados mostram uma relação estatisticamente significativa ($p < .001$) entre a Obesidade e o risco para o desenvolvimento de lesões quando comparada com doentes com peso normal.

Conclusão: A escala ELPO-PT apresenta-se como preditiva para avaliar e determinar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico nos doentes das especialidades de CPRE e Ortopedia. Os instrumentos de medida por si só não poderão evitar as lesões, mas o juízo clínico dos enfermeiros perante a interpretação do risco, deverão fazer com que os profissionais tomem medidas que permitam minimizar este risco, aumentando a segurança.

Palavras-chave: Enfermagem de Centro Cirúrgico; Lesão por Pressão; Posicionamento do Paciente; Período Perioperatório; Postura

2. Abstract

Background: The Operating Room is a highly complex and dynamic service. Promoting safety and improving the care provided to patients in the perioperative situation are a constant concern for the perioperative nurse. The surgical context is a high risk for the development of injuries, including PU, and the EEEMCPSP must mobilize all its knowledge to improve the provision of care and patient safety.

Objective: To evaluate the risk of injury associated with surgical positioning using the ELPO-PT scale in patients undergoing elective surgery in a hospital in the northern region

Methodology: Quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study with a non-probabilistic convenience sample composed of 131 patients over the age of 18 undergoing elective surgery in the ERCP and Orthopedics specialties in a hospital in the northern region. Data were collected through consultation of the clinical file and direct interview with the patient, safeguarding all ethical and formal aspects. The data collection instrument was used in the pre- and postoperative period validated by Guimarães (2022). In the intraoperative period, the ELPO-PT scale translated and validated for the Portuguese population by Guimarães (2022) was applied. In data analysis, descriptive and inferential statistics techniques were used according to the nature of the variables.

Results: The application of ELPO-PT presented a mean value of 17.17 (SD=3.82), which indicates a lower risk for the development of injuries resulting from surgical positioning. There was a prevalence of 30.5% of patients with a higher risk of developing injuries. The application of the scale made it possible to assess a statistically significant relationship ($p < .001$) between the risk of developing injuries, gender and surgical specialty, with male patients and those in the orthopedic specialty having an increased risk of developing injuries. The results show a statistically significant relationship ($p < .001$) between Obesity and the risk of developing injuries when compared to normal weight patients.

Conclusion: ELPO-PT scale is predictive for evaluating and determining the risk of injury associated with surgical positioning in patients in the ERCP and Orthopedics specialties. Measuring instruments alone cannot prevent injuries, but nurses' clinical judgment when interpreting the risk should make professionals take measures to minimize this risk, increasing safety.

Keywords: Operating Room Nursing; Pressure Ulcer; Patient Positioning; Perioperative Period; Posture

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A Enfermagem enquanto profissão e disciplina científica, foca-se nas respostas humanas à condição de saúde/doença, tendo como objetivo cuidar o ser humano, contribuindo para que mantenha, melhore e recupere a saúde para níveis pré-doença. O *Perioperative Focused Model* (Rothrock, & Smith, 2000) remete o enfermeiro perioperatório a centrar o seu cuidado no doente, focando nos resultados para identificar diagnósticos e implementar intervenções de enfermagem adequadas às necessidades daqueles que recorrem aos nossos cuidados. Atendendo ao modelo, um dos domínios relevantes para o enfermeiro perioperatório é a segurança do doente nos sistemas de saúde. A segurança do doente, é também um indicador de qualidade importante para as instituições de saúde, mostrando a qualidade dos cuidados prestados.

O enfermeiro perioperatório é o responsável pela implementação de intervenções de enfermagem que minimizem o risco de ocorrência de lesões para os doentes, protegendo a sua integridade, aumentando o seu conforto e segurança em todo o percurso. O posicionamento do doente cirúrgico é tão importante como qualquer outro cuidado perioperatório, devendo o enfermeiro possuir um conhecimento diferenciado para a sua execução, minimizando os riscos e aumentando a segurança do doente (*Association of periOperative Registered Nurses [AORN], 2022; AESOP, 2012*). “Erros de posicionamento podem ser a causa de sequelas permanentes” (Duarte, & Martins, 2020, pág. 93).

Os doentes cirúrgicos, devido à alta complexidade envolvida, têm uma enorme probabilidade de desenvolver lesões. As UPP são uma das lesões que mais ocorre neste contexto, resultado de múltiplos fatores de risco complexos a que os doentes se encontram sujeitos (Engels et al., 2016; Lopes et al., 2016). A problemática deste tipo de lesões é uma grande preocupação nos cuidados de saúde, representando custos adicionais no tratamento dos doentes e acarretando lesões que poderão comprometer a qualidade de vida. Engels et al. (2016) referem que a prevalência de UPP em contexto intraoperatório é elevada, sendo que em procedimentos com duração superior a três horas poderá ser superior a 8.5%.

A UPP intraoperatória é descrita como uma UPP que ocorre de várias horas até seis dias após a cirurgia (Gao et al., 2018). Vários autores têm realizado estudos que demonstram a ocorrência deste tipo de lesões em contexto perioperatório. Shafipour et al. (2016) publicaram uma revisão sistemática com meta análise onde referem que a prevalência pós-operatória da UPP é de 18.96%, sendo maioritariamente de grau I. Os autores referem ainda

que os fatores que mais contribuem para a ocorrência deste tipo de lesão estão relacionados com o tipo de anestesia, tempo de cirurgia, posição cirúrgica e as comorbilidades associadas ao próprio doente (Shafipour et al., 2016). Peixoto et al. (2019) num estudo realizado com 278 doentes obtiveram resultados de 77% de doentes que desenvolveram lesões por pressão associadas ao posicionamento cirúrgico, sendo a maioria de grau I; no estudo foi realizada também uma avaliação do risco de desenvolvimento de lesão associada ao posicionamento cirúrgico pela aplicação da ELPO desenvolvida por Lopes (2014), tendo obtido uma incidência de 56.5% para risco elevado de desenvolvimento de lesões. Em Portugal, um estudo levado a cabo por Menezes et al. (2013) com uma população de 172 doentes, aferiram a presença de lesões perioperatórias em 12.2% dos doentes, sendo destas 9.9% correspondentes a dor severa em pontos de pressão, .6% dos doentes apresentou eritema que não cedia à digitopressão e 4.7% dos doentes apresentava neuropatia periférica.

Estudos recentes, desenvolvidos no Brasil por Buso et al. (2021), comparam a ocorrência destas lesões no BO e a sua causalidade; fatores como a idade e comorbilidades foram estudados e demonstraram ser importantes no aumento da incidência deste tipo de lesões. Num estudo envolvendo 239 doentes, os autores aferiram a ocorrência de lesões por pressão em 37.7% dos doentes do estudo com surgimento decorrente do período intraoperatório; destas 88.3% surgiram no período pós-operatório imediato, 9.5% no primeiro dia de pós-operatório, .7% no segundo dia e 1.5% no terceiro dia (Buso et al., 2021).

Gao et al. (2018) afirmam que dada a complexidade envolvida numa cirurgia, os doentes cirúrgicos têm maior suscetibilidade de desenvolver UPP que os doentes não cirúrgicos. Esta suscetibilidade está relacionada com a condição imposta que provoca alterações hemodinâmicas relevantes (fatores extrínsecos), associados à condição do próprio doente (fatores intrínsecos). O desenvolvimento deste tipo de lesões provoca alterações no estado de saúde do doente que implicam o aumento dos custos associados ao tratamento e cuidados de saúde. Cientes desta problemática, Demarré et al. (2015) realizaram uma meta-análise onde se comparava os custos associados ao tratamento e à prevenção das UPP na população adulta. Os autores chegaram à conclusão de que a prevenção das UPP representa custos mais baixos que o seu tratamento, sendo que o custo diário do tratamento poderá variar entre os 1.71 e os 470.49 euros e a prevenção das UPP poderá ter um custo diário que varia entre os 2.65 e os 87.57 euros (Demarré et al., 2015).

Atendendo à sustentabilidade financeira dos serviços de saúde, o EEEMCPSP deve atender a estes dados, saber interpretá-los e implementar mudanças nos serviços de saúde e equipas que promovam a segurança do doente e a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem. Esta visão diferenciada de interpretar e solucionar os problemas faz do enfermeiro

especialista um elemento diferenciador, utilizando o seu *Know how* para desenvolver uma enfermagem avançada, centrada no doente e focada nos melhores resultados em contexto perioperatório como preconizado no *Perioperative Focused Model* (Rothrock, & Smith, 2000). A elevada taxa de ocorrência deste tipo de lesões em contexto perioperatório, tem levado vários autores a estudar o fenómeno, procurando desenvolver instrumentos que meçam o risco e permitam prevenir o desenvolvimento destas lesões.

A escala de *Braden* (DGS, 2011) era, até algum tempo, a única capaz de prever o risco associado ao desenvolvimento de UPP. Embora seja um instrumento reconhecido e utilizado amplamente em contexto de cuidados de saúde e com enorme consenso a nível mundial, uma meta-análise realizada por He et al. (2012) demonstraram que esta escala embora possa ser preditiva, é pouco sensível para determinar o risco de os doentes cirúrgicos desenvolverem UPP, particularmente no período intraoperatório. Os autores sugerem que esta escala possa ser utilizada em contexto pré e pós-operatório, mas não deve ser usada isoladamente no período intraoperatório, devendo ser construída uma nova (He et al., 2012). Munro (2010) apresentou uma proposta para o desenvolvimento de uma escala de avaliação de risco de desenvolvimento de UPP em doentes cirúrgicos que se encontra em processo de validação por ter apresentado lacunas e dificuldade na aplicação. Lopes (2014) com intuito de colmatar a falta de um instrumento preditivo que permitisse avaliar o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (com maior relevância para as UPP), apresentou a sua tese de doutoramento intitulada “Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação”. A sua tese de doutoramento apresenta o modelo de construção e validação da ELPO, bem como as orientações para a sua aplicabilidade. Esta escala demonstrou ser um instrumento válido e confiável para a utilização na prática clínica do enfermeiro perioperatório, sobretudo no período intraoperatório (Lopes, 2014). Em 2016 a autora da escala, juntamente com as suas colaboradoras publicaram um artigo onde apresentam os dados da investigação, demonstrando a fiabilidade da escala no período intraoperatório, permitindo a tomada de decisão e orientação da prática clínica do enfermeiro perioperatório para a gestão dos cuidados relativos ao posicionamento cirúrgico, reduzindo o risco da ocorrência de lesões e aumentando a segurança dos doentes (Lopes et al., 2016)

A validação da escala para a versão portuguesa aconteceu no decorrer do ano de 2022. Guimarães (2022) procedeu à “Adaptação Cultural e Validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico”, constituindo um instrumento que pode facilmente ser utilizado pelos enfermeiros no perioperatório. Guimarães (2022) considera que a

“implementação da ELPO-PT representa uma mais-valia na prevenção de UPP, dor e lesões nervosas, já que permite reconhecer os pacientes de alto risco de desenvolvimento de lesões, abrindo portas para a implementação de cuidados diferenciados durante procedimentos anestésico-cirúrgicos, elaboração de protocolos de cuidados e implementação de estratégias de prevenção, caminhando para a diminuição da incidência de UPP neste contexto e prevenindo os eventos adversos decorrentes do posicionamento da pessoa em situação perioperatória” (p. 70).

As UPP e outras lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico continuam a ser um enorme problema com que se depara o EEEMCPSP. A inquietude provocada pela ocorrência deste tipo de lesões no BO aliado à constante procura pela melhoria dos cuidados prestados aos doentes, despertou o interesse pelo tema. O conhecimento da existência da escala validada tão recentemente para a população portuguesa, mas com uma reduzida dispersão e utilização nas nossas instituições, orientou o estudo para este campo de intervenção.

4. Finalidade e objetivos

No seguimento do exposto, atendendo à experiência profissional do investigador principal, às suas inquietudes e vivências profissionais e no decorrer do curso de mestrado formulou-se a seguinte questão de investigação:

- Qual o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico (com maior relevância nas UPP) em doentes submetidos a cirurgias eletivas (nas especialidades de Ortopedia e CPRE) no BO de um hospital da região Norte?

De forma a responder à questão de investigação formulada definiu-se o seguinte objetivo principal para a presente investigação:

- Avaliar o risco de lesão (com maior relevância nas UPP) associado ao posicionamento cirúrgico da pessoa em situação perioperatória através da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022).

Concomitantemente ao objetivo principal foram traçados objetivos específicos que se pretendem atingir com a realização da presente investigação e que são:

- Analisar a relação existente entre a idade e o risco associado ao desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico;
- Analisar em que medida existe relação entre as comorbilidades e o risco associado ao desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico;
- Perceber a existência de outras lesões causadas pelo posicionamento cirúrgico.

Existindo pouca informação da utilização da escala em Portugal pretendemos com este estudo o desenvolvimento da utilização de um instrumento que seja aplicado e divulgado para minimizar o risco de contrair lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico para os nossos doentes, aumentando a segurança dos cuidados e melhorando a qualidade da assistência dos cuidados de enfermagem.

5. Metodologia

A investigação científica é o método mais rigoroso e aceitável para a aquisição de conhecimentos; é um processo sistemático de análise de fenómenos para obtenção de respostas a questões precisas (Fortin et al., 2009; Vilelas, 2022).

A metodologia de investigação tem como objeto de estudo o método científico, referindo as fases e procedimentos adotados em determinada disciplina ou especialidade (Vilelas, 2022).

Para Vilelas (2022, p. 55)

“O método (...) refere-se então diretamente à lógica interior do processo de descoberta científica, e a ele correspondem não somente orientar a seleção de instrumentos e técnicas específicas de cada estudo, mas, também, fixar os critérios de verificação ou demonstração do que se afirma na investigação. O método tem como fim determinar as regras de investigação e as provas das verdades científicas.”

Atendendo aos objetivos traçados e à finalidade do estudo, pretende-se neste capítulo apresentar as opções metodológicas adotadas para a conceptualização do estudo, realizando-se uma descrição do desenho do estudo onde serão abordados: o tipo de estudo, a população e amostra, os instrumentos de recolha de dados, critérios de inclusão e de exclusão e procedimento de recolha de dados. Será também realizada uma referência aos procedimentos formais e éticos necessários à investigação.

5.1. Desenho do estudo

De acordo com os objetivos traçados para a investigação, cabe ao investigador optar pelo tipo de estudo que dê a melhor resposta à questão de investigação (Vilelas, 2022).

Neste caso, realizou-se um estudo quantitativo, descritivo-correlacional e transversal. Segundo Vilelas (2022) este tipo de estudo procura conhecer as características de determinada população, estabelecendo e explorando relações entre as variáveis, sem, contudo, procurar uma causa-efeito entre elas. A investigação quantitativa visa estabelecer relações entre as variáveis através da verificação das hipóteses (Fortin et al., 2009).

O presente estudo pretende avaliar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico através da aplicação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) em doentes submetidos a cirurgia eletiva num hospital da região norte. A medição da frequência de um acontecimento/doença e dos seus fatores de risco configura esta investigação como um estudo transversal (Fortin et al., 2009; Vilelas, 2022).

O contexto em estudo é o BO de um hospital da região norte, que abrange a área populacional do Grande Porto e freguesia anexas, sendo selecionada a amostragem de acordo com o ensino clínico desenvolvido e com a população disponível. *“A população é o conjunto de todos os indivíduos nos quais se desejam investigar algumas propriedades”* (Vilelas, 2022, p. 179). Neste estudo a população constituiu-se por doentes adultos, submetidos a cirurgia eletiva num BO de um hospital da região norte, nos meses de dezembro de 2022, janeiro e fevereiro de 2023, nas especialidades de Ortopedia e CPRE.

A amostra corresponde a *“um conjunto de unidades, numa porção do total, que nos represente a conduta da população no seu conjunto”* (Vilelas, 2022, p. 179). A amostra deve representar as características de uma população, procurando dessa forma a ser representativa da mesma (Vilelas, 2022). Para a seleção da amostra do presente estudo foram definidos os seguintes critérios de inclusão e exclusão.

Definiram-se como critérios de inclusão: 1- doentes do sexo masculino e doentes do sexo feminino; 2 – idade igual ou superior a 18 anos; 3 – doentes submetidos a cirurgia eletiva nas especialidades cirúrgicas de Ortopedia e CPRE; 4 – doentes em regime de internamento de 24H ou superior; 5 – doentes com capacidade de comunicar verbalmente.

Os critérios de exclusão foram: 1 – doentes com idades inferiores a 18 anos; 2 – doentes desorientados no tempo e espaço; 3 – doentes com tempo de internamento inferior a 24H; 4 – doentes com incapacidade de comunicar verbalmente.

O tamanho da amostra tem uma estrita ligação com a validade das conclusões em estudo; a amostra deverá ser homogénea e precisa (Fortin et al., 2009). Vilelas (2022) refere ainda, que a amostra deve ser suficientemente grande para garantir a validade dos fatores em estudo, sendo mais relevante garantir a sua representatividade que o seu tamanho. Para Hill, Manuela Magalhães & Andrew (2000) o mínimo de respostas válidas por variável deverá ser de 10 para um número de variáveis entre 5 e 15 (como citado em Pestana & Gageiro, 2020), ou seja, o número mínimo de 10 indivíduos por item, para um número de itens entre 5 e 15. Neste estudo em específico, atendendo a que a escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) (ANEXO XXIII) é constituída por 7 itens, o número mínimo de indivíduos para o estudo deveria ser de 70. Contudo, definiu-se no início do estudo um limite mínimo da amostra de 126 participantes, para igualar o estudo original efetuado por Guimarães (2022).

Neste sentido, para realização deste estudo, utilizou-se o método de amostragem não probabilístico de conveniência ou acidental. Foram incluídos todos os doentes que reuniram os critérios de inclusão e que aceitaram participar no estudo no período estipulado. Este tipo de amostragem é o que mais facilita a escolha dos indivíduos que se encontram no local certo em determinado momento e que correspondem aos critérios de inclusão (Fortin et al., 2009).

Este estudo incluiu assim, 131 doentes utilizando uma distribuição equitativa entre as diferentes especialidades cirúrgicas.

Após elaboração dos elementos teóricos e definição do tipo de estudo, é necessário escolher as técnicas de recolha de dados de forma a criar instrumentos que permitam conhecer os fenómenos e extrair deles a informação (Vilelas, 2022).

Guimarães (2022) realizou a “Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico”, tendo utilizado um instrumento de recolha de dados, traduzido da escala original desenvolvida por Lopes (2014). O instrumento de recolha de dados denominado “Instrumento de Colheita de Dados-Período Pré e Pós-Operatório” (ANEXO XXIV) encontra-se validado para a população portuguesa e foi pedida autorização para a sua utilização, bem como da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) (ANEXO V) à autora, Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

A recolha dos dados foi realizada de forma similar à da autora da escala original, na versão portuguesa, em três momentos diferentes (pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório).

Pré-operatório: após conhecimento do programa cirúrgico do dia seguinte, foi realizada uma seleção dos doentes de acordo com os critérios de inclusão. Sempre que possível foi realizada uma visita pré-operatória com intuito de recolher o máximo de dados possível, entregar e esclarecer acerca do estudo e consentimento informado. Os dados foram recolhidos diretamente do processo clínico eletrónico (área de enfermagem) e entrevista direta com o doente. Foram recolhidos dados como a idade, peso e altura, tipo de cirurgia, antecedentes cirúrgicos e patológicos; questionada a presença de dor, e caso o doente referisse, quais as suas características. Foi ainda realizada uma avaliação da pele e presença de lesões por parte do investigador principal que conduziu sempre estas visitas. Para as avaliações nesta fase, utilizou-se a Escala Numérica da Dor (ANEXO XXVI) e a escala de *Braden* (ANEXO XXVII). No período pré-operatório, como já foi referido, utilizou-se o instrumento de recolha de dados utilizado e autorizado pela autora da validação da escala para Portugal.

Intraoperatório: Aplicou-se a escala ELPO-PT para realizar uma avaliação do risco de desenvolver lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico. Esta escala aborda as seguintes questões: posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade do doente. Cada item tem uma pontuação de 1 a 5 pontos, conferindo um *score* mínimo de 7 pontos e um *score* máximo de 35 pontos; a escala apresenta o seu ponto de corte aos 20 pontos, pelo que *scores* inferiores ou iguais a 19 classificados como Baixo Risco para o desenvolvimento de lesões provocadas

pelo posicionamento cirúrgico e *scores* superiores ou iguais a 20 pontos como Risco Elevado para o desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico (Guimarães, 2022; Lopes, 2014).

Pós-operatório (PO): após a cirurgia realizou-se uma avaliação da pele utilizando novamente o instrumento de colheita de dados da autora da validação da escala para Portugal, previamente referido. Foram realizadas avaliações relativas à presença de dor (utilizando a Escala Numérica da Dor) e as suas características, e avaliação da pele para verificar se existiam lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Estas avaliações foram realizadas às 24, 48 e 72 horas após a cirurgia conforme os dias que o doente estivesse internado.

A recolha de dados foi sempre realizada pelo investigador principal para que não existisse viés na colheita. O investigador principal teve auxílio da enfermeira tutora, com especialidade em EMC e reconhecido valor e experiência profissional em BO para que não existisse viés na avaliação de lesões, de forma a discutir possíveis dúvidas que surgissem na avaliação, e por enfermeiros selecionados no perioperatório que auxiliaram na observação da pele. Foi realizada uma formação prévia no serviço (ANEXO XX) para que os enfermeiros compreendessem o estudo e colaborassem com o investigador. A enfermeira tutora acompanhou de perto todo o processo, percebendo aprofundadamente toda a investigação, modo de utilização da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022), instrumento de recolha de dados e todos os procedimentos envolvidos.

Após recolha dos dados, estes foram processados informaticamente recorrendo ao programa *Statistic Package Social for the Social Sciences*[®] (SPSS) versão 29.0.

5.2. Considerações éticas

A Constituição da República Portuguesa no seu artigo 24º salvaguarda o respeito pela dignidade da pessoa humana e o direito à vida, como valores incontestáveis. A dignidade da pessoa humana está intimamente relacionada com a autonomia e a vontade da pessoa. Estes valores são soberanos e o enfermeiro no seu exercício profissional, regido pelo código deontológico e penal está obrigado a respeitar.

O ICN (2011), no seu enunciado de tomada de posição de 1998 e revisto em 2006 e 2011 – *Position Statement: Nurse and Human Rights*, expressou a estreita relação existente entre os enfermeiros e os direitos humanos afirmando que os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar sempre e em todas as situações os direitos humanos, sendo que esta obrigação implica uma prestação de cuidados adequada, atempada e de acordo com os princípios éticos; o enfermeiro deverá assegurar que o doente tem acesso à informação adequada,

permitindo-lhe decidir e consentir qualquer tipo de tratamento ou procedimento, incluindo a investigação (Nunes, 2013).

Na realização de um projeto de investigação, existem requisitos mínimos que devem ser tidos em conta. Entre eles, encontram-se aspetos como:

“a relevância do estudo, a validade científica, a seleção da população em estudo, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo” (Nunes, 2013, p.5).

O contexto perioperatório está em constante desenvolvimento sendo necessário produzir conhecimentos que possam melhorar a prática de cuidados e aumentar a segurança do doente. Esta investigação pretende dar um incremento no conhecimento sobre a utilidade da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) na prevenção de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico, despertando os enfermeiros para a antecipação da ocorrência deste tipo de lesões, orientando estratégias para as minimizar e aumentando a segurança do doente. A investigação acautelou os princípios da beneficência e não maleficência. O benefício real da investigação está relacionado com a melhoria na prestação dos cuidados de enfermagem ao doente perioperatório. A investigação não produziu nenhum tipo de benefício monetário para os investigadores, nem para os participantes. Não existiram custos ou riscos associados à investigação para os participantes, nem se prevê qualquer tipo de dano ou prejuízo decorrentes da sua participação. A participação foi livre e somente realizada depois da obtenção do consentimento informado por parte dos doentes. O Consentimento dos doentes foi sempre obtido através da explicação detalhada por escrito e verbal de todo o procedimento.

Vilelas (2022, p.472) afirma que *“ninguém pode ser obrigado ou coagido a participar num estudo”*. Num estudo de investigação em enfermagem, o enfermeiro deve fornecer informação pertinente, atual e em quantidade adequada para que antes de iniciar a sua participação, o doente possa dar o seu consentimento de forma livre e autodeterminada (Vilelas, 2022).

Para Nunes (2013, p. 11)

“Uma das pedras angulares de investigação eticamente sólida é o consentimento, ou melhor, o processo pelo qual os investigadores se asseguram que os participantes entendem os riscos e os benefícios, estão cientes dos seus direitos, incluindo o de não participar ou de abandonar a participação”

A participação no estudo foi voluntária e só foi aceite após o devido esclarecimento do doente e obtenção do consentimento informado (ANEXO XXVIII). O consentimento informado foi obtido de forma individual, livre e esclarecida e após submissão e aprovação

pela comissão de ética da instituição onde se realizou o estudo. Todos os participantes foram informados da possibilidade de abandonar o estudo a qualquer momento caso desejassem. A confidencialidade, o anonimato da informação, o sigilo, o armazenamento e conservação dos dados recolhidos serão manipulados sem qualquer referência aos participantes. A divulgação futura dos dados acautelará sempre o anonimato dos participantes envolvidos na investigação (ANEXO XXIX).

A recolha de dados e o seu tratamento foi realizado apenas pelos profissionais estritamente necessários encontrando-se todos eles sob o dever do sigilo profissional. Não foram previstos conflitos de interesse para a presente investigação.

Para a realização deste estudo foi solicitada autorização ao Conselho Executivo da instituição onde se realizou o estudo de investigação (ANEXO XXX), bem como foi efetuado pedido de parecer à Comissão de Ética da instituição (ANEXO XXXI), tendo sido obtido parecer positivo à sua realização. O presente estudo de investigação foi ainda submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP (ANEXO XXXII) tendo obtido parecer favorável.

6. Resultados

A análise dos dados é uma parte fundamental da investigação: dela resultará a resposta, ou não, para as perguntas iniciais formuladas (Vilelas, 2022).

Neste capítulo são apresentados os resultados obtidos através da aplicação do Instrumento de recolha de dados. Em primeiro lugar é apresentada a caracterização da amostra juntamente com os resultados da aplicação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) e avaliação do risco de desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico; seguidamente é apresentada a análise inferencial dos resultados e por fim a Análise de Correspondências Múltiplas (ACM) de forma a fornecer uma análise diferenciada às já existentes apresentadas pela aplicação da escala ELPO-PT. Os dados serão apresentados sob a forma de texto, quadros e gráficos para facilitar a leitura dos resultados.

6.1. Caracterização da amostra

Foram incluídos na amostra 131 doentes submetidos a cirurgia eletiva num hospital da região norte. Verificou-se um predomínio do sexo feminino com 103 doentes (78.6%), sendo apenas 28 do sexo masculino (21.4%). Relativamente à distribuição por grupo etário, constata-se uma predominância entre os 40 e os 59 anos, que correspondeu a 46.6% dos doentes, sendo que a idade da amostra oscila entre os 20 e os 83 anos com uma média de idade de 55.1 anos, com um desvio padrão de 14.8 anos (Tabela 1).

Tabela 1: Distribuição dos doentes por faixa etária

Faixa Etária	n	%
18-39 anos	20	15.3
40-59 anos	61	46.6
60-69 anos	22	16.8
70-79 anos	22	16.8
+80 anos	6	4.6

Na fase pré-operatória foram colhidos dados relativos ao peso, idade e Índice de Massa Corporal (IMC). Relativamente ao peso a média foi de 69.9 ($DP= 13.3$) Kg com oscilação entre os 42 Kg e os 115 Kg; a altura teve uma média de 162.9 ($DP= 8.2$) cm oscilando entre os 148 cm e 190 cm, e no que concerne ao IMC, a média da amostra foi de 26.3 ($DP= 4.4$) Kg/m², o que indica sobrepeso conforme a classificação da OMS (WHO, 2022), oscilando entre os 17.6 Kg/m² e os 40.1 Kg/m². Na amostra em estudo observou-se que 40.5% apresentava peso

normal e 40.5% apresentava sobrepeso. No entanto, é importante destacar que 13.0% apresentava obesidade de grau 1, 3.8% de grau 2 e .8% de grau 3.

As cirurgias que constam deste estudo foram realizadas no âmbito de duas especialidades cirúrgicas: Ortopedia e CPRE, com percentagens semelhantes de 49.6% (65 doentes) e 50.4% (66 doentes), respetivamente. Quanto aos tipos de cirurgia realizados, na especialidade de CPRE destacam-se as Abdominoplastias como procedimento mais frequente (26 casos), seguidas por outras com frequências menores como as Mastopexias (8 casos) ou lipoaspirações (6 casos). Já na Ortopedia destacam-se as Osteotomias de Akin (13 casos), Artroplastia total da Anca (10 casos), Descompressões de canal estreito lombar (9 casos) ou Artroplastia Total do Joelho (8 casos).

No período pré-operatório e recorrendo ao instrumento de colheita de dados, foram recolhidos dados referentes à presença de dor, sua localização e *score* na escala numérica da dor; avaliação da pele pela presença de UPP ou história de UPP prévia e avaliação da escala de *Braden*. Verificou-se que 19.1% dos pacientes apresentavam dor no pré-operatório, sendo a região lombar a mais frequente (24.0%), seguida pela anca e joelho esquerdos e o ombro direito (todos com 12.0%). Quanto à intensidade da dor, o *score* da escala numérica no pré-operatório variou entre 2 e 8, com uma média de 4.4 ($DP= 1.2$), sendo que a maioria dos pacientes (52.0%) apresentou um *score* de 4.

Relativamente à avaliação da pele, não se verificou a presença de nenhuma UPP, ou história prévia de UPP no total da amostra de 131 doentes. A escala de *Braden* foi utilizada para avaliar o risco de desenvolvimento de UPP nos pacientes no período pré-operatório. Os *scores* da escala de *Braden* variaram de 18 a 23, com média de 21.4 ($DP= 1.1$). Todos os 131 doentes apresentaram *scores* na escala de *Braden* superiores ao ponto de *cut-off* de 16, indicando risco baixo de desenvolver UPP (Tabela 2), segundo a Orientação n.º 017/2011 de 19 de maio (DGS, 2011).

Tabela 2: Scores da Escala de *Braden* e Categorização da amostra segundo a Escala de *Braden*

Itens	n	%
Score da escala de <i>Braden</i>		
18	1	0.8
19	5	3.8
20	23	17.6
21	39	29.8
22	37	28.2
23	26	19.8
Categorização da escala de <i>Braden</i>		
Baixo Risco de Desenvolvimento de úlceras de pressão no adulto	131	100

De forma a avaliar o risco de desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico, foi utilizada, como já referido, a escala ELPO-PT (Guimarães, 2022). Passa-se agora a explicar os resultados obtidos da aplicação dos instrumentos de avaliação e que

pretendem dar resposta aos objetivos da investigação. As variáveis estudadas, itens da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022), posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros, as comorbilidades e a idade do doente são agora apresentadas de forma resumida e podem ser observadas na Tabela 3.

A posição cirúrgica com maior expressão foi a Posição Dorsal com uma frequência de 73.3%, seguindo-se a Posição Lateral (14.5%) e a Posição Ventral (9.2%).

O tempo de cirurgia oscilou entre os 20 e os 222 minutos, com média de 74.5 ($DP= 32.5$) minutos. A maioria das cirurgias durou entre 1 e 2 horas (56.5%), embora uma percentagem considerável das mesmas tenha durado menos de uma hora (35.1%).

A maior parte das cirurgias foi realizada com anestesia regional (62.6%), seguidas de 30.5% realizadas com anestesia geral e 6.9% com anestesia geral + regional. A contribuição do valor da média do Tipo de Anestesia no *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) foi de 3.44 ($DP= .62$), sendo o segundo item da escala que mais contribuiu para o total do *score* da ELPO-PT. No que diz respeito ao tipo de superfícies existentes e utilização de material de prevenção durante a cirurgia, em 49.6% dos casos foi utilizada mesa cirúrgica com colchão de espuma convencional e placa de gel; em 42.7% dos casos num colchão de espuma convencional e almofadas de espuma e em 7.6% dos casos não foi utilizado nenhum tipo de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas. A contribuição do valor da média das Superfícies de Suporte no *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) foi de 3.58 ($DP= .63$), sendo o item da escala que mais contribuiu para o total do *score* da ELPO-PT (Guimarães, 2022).

Quanto à posição dos membros durante a cirurgia a mais utilizada foi a abertura dos membros superiores inferior a 90 graus (53.4%) e a menos utilizada foi a elevação dos joelhos superior a 90 graus com abertura dos membros inferiores superior a 90 graus (3.1%).

Relativamente às comorbilidades 47.3% dos doentes não revelaram qualquer comorbilidade, no entanto verificou-se a presença de doença vascular em 16.8% dos doentes, *diabetes Mellitus* em 13.7% e obesidade ou desnutrição em 18.3% dos casos.

No item referente à idade dos doentes, já referido anteriormente, predomina o intervalo de idades dos 40 aos 59 anos com 46.6% dos doentes, verificando-se um número significativos de utentes com idades superiores a este intervalo como é o caso dos utentes entre os 60 e os 69 anos e os utentes entre os 70 e os 79 anos com 16.8%. A contribuição do valor da média da Idade dos doentes no *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) foi de 2.49 ($DP= 1.08$).

Tabela 3: Caracterização do risco de lesão obtido da avaliação da ELPO-PT

Itens	n	%	$M \pm DP$
Posição cirúrgica			
Dorsal	96	73.3	1.48 $\pm$ 0.93
Lateral	19	14.5	
Trendelemburg	4	3.1	

Itens	n	%	M ± DP
Ventral	12	9.2	
Tempo de cirurgia			
até 1 hora	46	35.1	1.73 ± 0.61
1 a 2 horas	74	56.5	
2 a 4 horas	11	8.4	
Tipo de anestesia			
Regional	82	62.6	3.44 ± 0.62
Geral	40	30.5	
Geral + Regional	9	6.9	
Superfície de suporte			
Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + Placa Gel	65	49.6	3.58 ± 0.63
Colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma	56	42.7	
Sem uso de superfícies de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas	10	7.6	
Posição dos membros			
Posição anatômica	18	13.7	2.30 ± 0.88
Abertura dos membros superiores < 90 graus	70	53.4	
Elevação dos joelhos < 90, abertura membros inferiores < 90 ou pescoço sem alinhamento	34	26.0	
Elevação joelhos > 90 ou abertura dos membros inferiores > 90	4	3.1	
Comorbilidades			
Sem comorbilidades	62	47.3	2.15 ± 1.30
Doença vascular	22	16.8	
Diabetes Mellitus	18	13.7	
Obesidade ou desnutrição	24	18.3	
UPP ou neuropatia previamente diagnosticada ou TVP	5	3.8	
Idade do paciente ²			
18-39 anos	20	15.3	2.49 ± 1.08
40-59 anos	61	46.6	
60-69 anos	22	16.8	
70-79 anos	22	16.8	
+80 anos	6	4.6	

Considerando o valor total da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) obtido através da soma dos seus itens obtém-se o respetivo *score*, é possível inferir que este oscilou entre os 12 e os 27 com uma média de 17.17 (*DP*= 3.82) (Tabela 4).

Tabela 4: Estatísticas descritivas dos *scores* da escala ELPO-PT

Estatísticas descritivas	n	Mín.	Máx.	<i>M±DP</i>
Score da escala ELPO-PT	131	12	27	17.17±3.82

Os *scores* que ocorreram com maior frequência foram o 14 e o 13 com 22.9% e 16.0%, respetivamente, sendo possível depreender que 30.5% dos pacientes obtiveram um *score* de 20 ou superior, o que revela um maior risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Tabela 5).

² O termo “paciente” será usado no contexto deste relatório para manter o termo utilizado por Guimarães (2022) na validação da escala ELPO-PT para a população portuguesa referindo-se à pessoa que é alvo dos cuidados de enfermagem.

Tabela 5: Frequência dos *scores* da escala ELPO-PT

Itens	n	%
Score da escala ELPO-PT		
12	2	1.5
13	21	16.0
14	30	22.9
15	5	3.8
16	8	6.1
17	10	7.6
18	6	4.6
19	9	6.9
20	16	12.2
21	4	3.1
22	4	3.1
23	6	4.6
24	4	3.1
25	3	2.3
26	2	1.5
27	1	0.8
Risco ELPO-PT		
Risco maior para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico	40	30.5
Risco menor para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico	91	69.5

A análise do instrumento de recolha de dados, permitiu realizar a avaliação da presença de dor e avaliação da pele (rubor e UPP) no período pós-operatório, tendo-se identificado os seguintes resultados.

No período pós-operatório imediato, dos 131 doentes, 27 (20.6%) apresentava rubor na pele nas zonas de contacto durante o posicionamento e verificou-se apenas 1 doente (.8%) que desenvolveu UPP neste período, classificada como Categoria II (Figura 2).

Na avaliação do primeiro dia pós-operatório, dos 131 doentes, 20 (15.3%) referiram dor decorrente do posicionamento cirúrgico, 7 doentes (5.3%) mantinham rubor nas zonas de contacto durante o posicionamento cirúrgico e 1 doente (.8%) mantinha a UPP de Categoria II. Na avaliação ao segundo dia pós-operatório dos 68 doentes internados, a presença de rubor diminuiu para dois casos (2.9%). O caso de presença de UPP que se verificava manteve-se no segundo dia pós-operatório, no entanto esta passou a Categoria I. Relativamente à presença de dor, 25% dos doentes (n=17) referiram ter dor e 75% (n=51) não reportaram dor.

Atendendo às orientações do estudo original (Guimarães, 2022) e ao instrumento de recolha de dados, a dor só foi avaliada ao primeiro e segundo dias, avaliando-se o valor da dor na escala numérica. No primeiro dia de pós-operatório, dos 20 doentes que reportaram dor, 12 (60%) atribuiu um valor de 5 na escala numérica, enquanto 25% (n=5) atribuíram um valor de 6 tendo-se verificado uma atribuição de 3 ou 4 pelos restantes pacientes. A média geral da intensidade da dor no primeiro dia pós-operatório foi de 5.1 ($DP= .8$) na escala numérica da dor, o que revela um acréscimo relativamente ao pré-operatório. No segundo dia pós-

operatório, entre os 17 pacientes que referiram dor, a pontuação média da escala numérica de dor foi de 4.8 ($DP= 1.2$).

No terceiro dia de pós-operatório, nenhum doente apresentou rubor, enquanto se manteve o mesmo caso de 1 doente com UPP de Categoria I.



Figura 2: Doente que desenvolveu UPP Categoria II

Finalmente, nesta primeira parte da análise de dados, foi realizada a avaliação da confiabilidade da escala utilizada e da sua consistência interna. A Fiabilidade consiste na aferição do grau de consistência nas múltiplas medidas de uma variável; o princípio subjacente à consistência interna de um dado fator é que os seus itens individuais ou indicadores meçam o mesmo constructo e, portanto, sejam altamente intercorrelacionados (Nunnally, 1978; Pestana & Gageiro, 2020).

Como não existe nenhum item que seja uma medida perfeita do conceito, temos de basear-nos num conjunto de medidas de diagnóstico que permitam aferir a consistência interna. Um tipo de medida de diagnóstico a considerar é o coeficiente de fiabilidade, que afere acerca da consistência interna da escala na sua globalidade (Pestana & Gageiro, 2020). Uma das medidas mais utilizadas para o efeito é o *Alpha (α) de Cronbach*. De acordo com Pestana & Gageiro (2020, p. 531) “varia entre 0 e 1, considerando-se a consistência interna:

- Muito boa $\Leftrightarrow$ alpha superior a 0.9
- Boa $\Leftrightarrow$ alpha entre 0,8 e 0,9
- Razoável $\Leftrightarrow$ alpha entre 0,7 e 0,8
- Fraca $\Leftrightarrow$ alpha entre 0,6 e 0,7
- Inadmissível $\Leftrightarrow$ alpha $<$ 0,6.

O valor do *alpha de Cronbach* obtido no estudo realizado foi de .715 o que representa um valor de consistência da escala, razoável.

6.2. Análise inferencial

A análise inferencial é um conjunto de técnicas importantes da estatística, utilizadas para tirar conclusões sobre uma população a partir de uma amostra. Uma das suas vertentes consiste na aplicação de testes estatísticos para avaliar a significância de associações entre variáveis ou diferenças entre grupos (Pestana & Gageiro, 2020). Esta abordagem estatística é amplamente utilizada na área da saúde para obter informações importantes para a melhoria dos cuidados que podem ser usadas para orientar políticas e práticas clínicas (Ghasemi & Zahediasl, 2012).

Nesta secção recorrer-se-á essencialmente à comparação das médias do *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022), de forma a aferir se existe maior ou menor risco de desenvolver lesões relacionadas com algumas das variáveis em estudo. Para o efeito, os testes estatísticos a utilizar serão o teste *t* para amostras independentes, utilizado para comparar as médias de dois grupos e determinar se existe uma diferença significativa entre eles e, igualmente para amostras independentes, o teste *One-Way Anova* para o caso dos grupos cujas médias que se pretende comparar serem superiores a dois.

Uma das questões que se pretende aferir é se o risco de desenvolver lesões relacionadas à posição cirúrgica aferido através do *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) varia face ao género do paciente (Tabela 6).

Para verificar se existem diferenças entre os 2 grupos recorreremos ao teste *t* para amostras independentes. Com base nos resultados do teste *t*, observamos uma diferença estatisticamente significativa no risco de lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico entre os indivíduos do género masculino e feminino [$t(129) = 4.998$; $p < .001$]. A diferença média entre os grupos indica que os indivíduos do género masculino têm um risco médio 3.74 pontos mais alto em comparação com os indivíduos do género feminino (20.11 vs 16.37).

Tabela 6: Relação entre o *score* da ELPO-PT e o género

Itens	n	M±DP	t (g.l.)	p
Género				
Masculino	28	20.11±3.88	4.998	<0.001
Feminino	103	16.37±3.40	(129)	

Realizou-se também uma análise estatística entre as diferentes especialidades abordadas no estudo para aferir a existência de diferenças para o risco para o desenvolvimento de lesões entre elas.

Para verificar se existem diferenças entre os 2 grupos da amostra, 65 pacientes da especialidade cirúrgica de ortopedia e 66 pacientes da especialidade cirúrgica de CPRE, recorreremos novamente ao teste *t* para amostras independentes (Tabela 7). No teste *t* de

igualdade de médias, sem assumir variâncias iguais, obteve-se um valor [$t(104.535) = 8.104$; $p < .001$], sugerindo que as variâncias entre os grupos de especialidade cirúrgica são diferentes. A diferença média entre os grupos é de 4.430, o que indica que os pacientes da especialidade cirúrgica de ortopedia têm um risco significativamente maior de desenvolver lesões relacionadas ao posicionamento cirúrgico em comparação com os pacientes da especialidade cirúrgica de CPRE (19.40 vs 14.97).

Tabela 7: Relação entre o *score* da ELPO-PT e a especialidade cirúrgica

Itens	n	<i>M±DP</i>	<i>t (g.l.)</i>	<i>p</i>
Especialidade Cirúrgica				
Ortopedia	65	19.40±3.79	8.104	<0.001
CPRE	66	14.97±2.27	(104.535)	

Foi aferida a relação entre as comorbilidades existentes e o risco para o desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico, percebendo-se que a obesidade e a existência de neuropatia ou UPP prévia são fatores de risco aumentado para o desenvolvimento de lesões (Figura 3).

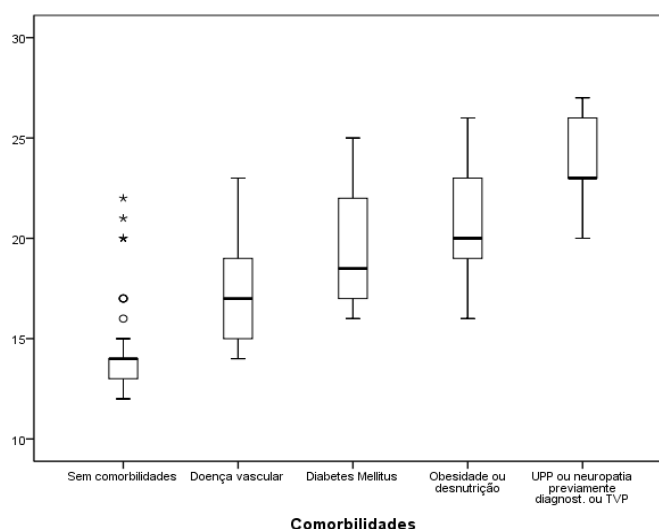


Figura 3: Gráfico de extremos de quartis (*box-plot*) dos *scores* da ELPO-PT em função das comorbilidades

Para entender melhor a problemática da obesidade associada ao risco de desenvolver lesões, foi realizada uma análise separada do IMC (Tabela 8). De forma a aferir como o risco de desenvolver lesões relacionadas à posição cirúrgica varia face à classificação do IMC do paciente foram recodificados os grupos do IMC existentes. Como só dois dos pacientes estavam classificados abaixo de peso estes foram agrupados juntamente com os pacientes com peso normal. De igual forma como só seis pacientes estavam classificados como obesidade de grau 2 ou 3 foi criado um grupo designado obesidade que engloba os pacientes com obesidade de grau 1, 2 ou 3. Depois de recorrer ao teste estatístico *One-Way ANOVA*

utilizado para comparar as médias dos três grupos verificaram-se diferenças estatísticas significativas entre os grupos [$F(2,128) = 52.858; p < .001$].

Foram realizados testes *post hoc* usando a correção de Bonferroni para determinar as diferenças específicas entre os grupos. Os doentes com Obesidade apresentaram um risco significativamente maior em comparação com os pacientes com Peso abaixo/normal e Sobrepeso. Além disso, os pacientes com Sobrepeso também apresentaram um risco significativamente maior em comparação com os pacientes com Peso abaixo/normal.

Tabela 8: Relação entre o score da ELPO-PT e a classificação do IMC dos doentes

Itens	n	$M \pm DP$	$F(g.l.)$	p
Classificação IMC				
Peso abaixo/normal	32	14.09 $\pm$ 2.08	52.858 (2.128)	<0.001
Sobrepeso	81	17.15 $\pm$ 3.09		
Obesidade	18	22.72 $\pm$ 2.87		

Foram colhidos dados relativos ao sistema de classificação de estado físico da *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (Mayhew et al., 2019) e que permitiram aferir se o risco de desenvolver lesões varia de acordo com o risco anestésico. Para o efeito examinou-se a possível relação entre os níveis de risco anestésico (ASA I, ASA II e ASA III) (Mayhew et al., 2019) e a ocorrência de lesões relacionadas à posição cirúrgica. A hipótese testada neste estudo foi que haveria uma diferença estatisticamente significativa no risco de lesões relacionadas à posição cirúrgica entre os diferentes grupos de risco anestésico. Como existem mais de dois grupos recorreu-se ao teste estatístico *One-Way ANOVA* utilizado para comparar as médias de três ou mais grupos e determinar se existem diferenças estatisticamente significativas entre eles. Neste caso, os grupos de risco anestésico (ASA I, ASA II e ASA III) foram a variável independente, enquanto o risco de lesões relacionadas à posição cirúrgica foi a variável dependente. O nível de significância foi estabelecido em $\alpha = .05$.

Os resultados do *One-Way ANOVA* revelaram uma diferença estatisticamente significativa [$F(2,128) = 52.858; p < .001$] no risco de lesões relacionadas à posição cirúrgica entre os grupos de risco anestésico (ASA I, ASA II e ASA III), sugerindo que a variação no risco entre os grupos não é provável devido apenas ao acaso.

De salientar que foram realizados testes *post hoc* usando a correção de Bonferroni para determinar as diferenças específicas entre os grupos. Os resultados mostraram diferenças médias significativas em todas as comparações em pares: ASA I vs ASA II (diferença média = -3.054, $p < .001$), ASA I vs ASA III (diferença média = -8.628, $p < .001$) e ASA II vs ASA III (diferença média = -5.574, $p < .001$).

Para aferir a existência de relação entre a idade e o risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento cirúrgico recorreu-se ao teste estatístico *One-Way ANOVA*. Os resultados

demonstram uma diferença estatisticamente significativa [$F(4.126) = 44.916; p < .001$] entre os 5 grupos etários em estudo, verificando-se que o risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico aumenta com a idade, sendo os grupos etários acima dos 70 anos os que apresentam um risco maior para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (Tabela 9).

Tabela 9: Relação entre o *score* da ELPO-PT e a idade dos pacientes

Itens	n	<i>M±DP</i>	<i>F (g.l.)</i>	<i>p</i>
Idade do paciente				
18-39 anos	20	13.45±1.67	44.916 (4.126)	<0.001
40-59 anos	61	15.57±2.51		
60-69 anos	22	19.55±2.86		
70-79 anos	22	20.73±2.80		
+80 anos	6	24.00±1.79		

Finalmente para perceber a relação entre os *scores* obtidos na escala e a sua relação com a existência de lesões, foi realizado o teste *t* para amostras independentes para a presença de rubor no pós-operatório imediato e primeiro dia de pós-operatório e presença de dor no primeiro dia de pós-operatório. Decide-se por só apresentar estes resultados, uma vez que dadas as características do estudo definidas, este era o momento onde toda a amostra ($n=131$) se encontrava disponível. De salientar que no pós-operatório imediato também se pretendeu aferir a relação entre o risco de desenvolver lesões provocadas pelo posicionamento e a presença de UPP. No entanto o facto de existir apenas um paciente com UPP inviabilizou a realização de qualquer teste estatístico. Contudo, o *score* da ELPO-PT (Guimarães, 2022) nesse doente foi 23.

Relativamente ao rubor no pós-operatório imediato, os dados obtidos permitem aferir que existiram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos [$t(129) = 10.586; p < .001$] (Tabela 9); a diferença média entre os dois grupos foi de 6.413. No primeiro dia de pós-operatório verificam-se igualmente uma diferença estatisticamente significativa entre os dois grupos (Tabela 9). Os doentes que apresentaram rubor no pós-operatório imediato e primeiro dia de pós-operatório foram aqueles onde se verificou uma média mais elevada no *score* da ELPO-PT (Guimarães, 2022) (Tabela 9).

Tabela 10: Relação entre o *score* do ELPO-PT e a Presença de rubor no Pós-Operatório Imediato e primeiro dia Pós-Operatório

Itens	n	<i>M±DP</i>	<i>t (g.l.)</i>	<i>p</i>
Presença de rubor no PO imediato				
Sim	27	22.26±2.58	10.586 (129)	<0.001
Não	104	15.85±2.86		
Presença de rubor no 1º dia PO				
Sim	7	23.71±2.36	5.088 (129)	<0.001
Não	124	16.80±3.55		

Referente ao item dor, e a sua relação com o *score* da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022), os dados obtidos através dos resultados do teste *t* permitem aferir a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos [$t(32.689) = 5.371$; $p < .001$] com a diferença média entre os dois grupos a ser de 3.814. Os doentes que referiram dor no período pós-operatório (relacionada com o posicionamento cirúrgico) correspondem a doentes com uma média de *score* de ELPO-PT (Guimarães, 2022) de 20.40, sendo que os doentes que não referiram dor correspondem a uma média de 16,59 de *score* da ELPO-PT (Guimarães, 2022) (Tabela 10).

Tabela 11: Relação entre o *score* do ELPO-PT e a Presença de dor no primeiro dia Pós-Operatório

Itens	n	<i>M</i> ± <i>DP</i>	<i>t</i> (<i>g.l.</i>)	<i>p</i>
Presença de dor no 1º dia PO				
Sim	20	20.40±2.76	5.371	<0.001
Não	111	16.59±3.70	(32.689)	

6.3. Análise de Correspondências Múltiplas

A ACM é uma técnica analítica multivariada utilizada para detetar e representar o padrão de relações das variáveis e explorar estruturas subjacentes que contêm dados de natureza categórica. Esta técnica foi utilizada anteriormente para identificar associações de sinais e sintomas em conjuntos de dados clínicos (Porter et al., 2016; Sacco et al., 2015). A ACM descreve as relações entre variáveis categóricas num conjunto de dados e representa a frequência de cada variável em termos da distância entre variáveis individuais e a distância ao perfil médio da variável (explicada pelo nível de inércia), como uma nuvem de pontos num mapa bidimensional, o *biplot* (Sourial et al., 2010). Os eixos fatoriais são obtidos para identificar quais as variáveis que mais diferem entre os pacientes, permitindo a diferenciação dos respetivos perfis (Sourial et al., 2010).

Para a realização desta técnica estatística recorreu-se ao *software InfoStat 2020*, utilizando as variáveis apresentadas na tabela 11. Saliente-se que a escolha das variáveis a utilizar teve como premissa a existência de dados para a totalidade da amostra (131 pacientes) pelo que não foram contempladas variáveis relativas a medidas efetuadas no segundo ou terceiro dia pós-operatório, como é o caso da variável relativa à Presença de dor segundo dia pós-operatório ou a da Presença de rubor no segundo dia de pós-operatório. De igual forma só foram consideradas variáveis com limiares de frequência superiores a 1 pelo que a variável associada à Presença de UPP no pós-operatório imediato não foi considerada pois apenas se verificou um paciente com essa condição.

Tabela 12: Variáveis utilizadas na ACM

Variável	Significado	Modalidades (Categorização)
riscoELPO	Classificação ELPO-PT	Risco maior para o desenvolvimento de lesões / Risco menor para o desenvolvimento de lesões
género	Género	Masculino / Feminino
Especialidade	Especialidade	Ortopedia / Cirurgia Plástica
Dorpóspres1	Presença de dor no primeiro dia PO	Sem dor no 1º dia PO / Com dor no 1º dia PO
PelePOimedrubor	Presença de rubor no PO imediato	Presença rubor no PO imediato / Sem rubor no PO imediato
Pele1diarubor	Presença de rubor no primeiro dia de PO	Sem rubor no 1º dia PO / Com rubor no 1º dia PO

No caso deste estudo o objetivo que se pretende atingir consiste em detetar padrões de associação entre a classificação do risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico obtida a partir da aplicação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) e o género, a especialidade cirúrgica, a presença de dor no primeiro dia pós-operatório, a presença de rubor no pós-operatório imediato e a presença de rubor no primeiro dia de pós-operatório. A classificação do risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico, é uma variável binária obtida a partir do *score* decorrente da aplicação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022), dando origem às seguintes modalidades: Risco maior para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico ($score \geq 20$) ou Risco menor para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico ($score < 20$).

Com este teste multivariado pretendeu-se aferir onde se posicionam as modalidades do género (Masculino e Feminino), especialidade cirúrgica (Ortopedia e Cirurgia Plástica), presença de dor no primeiro dia pós-operatório (Sem dor no 1º dia PO e Com dor no 1º dia PO), presença de rubor no pós-operatório imediato (Presença rubor no PO imediato e Sem rubor no PO imediato) e presença de rubor no primeiro dia de pós-operatório (Sem rubor no 1º dia PO e Com rubor no 1º dia PO) relativamente à classificação do risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico (Risco maior para o desenvolvimento de lesões ou Risco menor para o desenvolvimento de lesões).

Utiliza-se a ACM com o objetivo de identificar associações entre categorias ou modalidades, chegando a um perfil de cada grupo, e de perceber a distância entre os grupos (o seu posicionamento relativo), o que permite verificar relações de associação ou de oposição, permitindo desta forma, por exemplo, identificar quais as categorias associadas a quem revelou ter maior risco para a ocorrência de lesões e menor risco para a ocorrência de lesões. A tabela 12 indica a contribuição de cada eixo para explicar a maioria das diferenças entre as categorias. O principal interesse consiste na coluna Percentagem acumulada, que mostra a

percentagem da variabilidade total explicada pelo primeiro eixo e pelos dois primeiros eixos. Neste caso, os dois primeiros eixos explicam 63.65% da variabilidade.

Tabela 13: Contribuição de cada uma das dimensões para a explicação da variabilidade

Eixo	Eigenvalue	Inércia	X ²	%	% Acumulada
1	0.68	0.46	599.17	45.56	45.56
2	0.43	0.18	237.8	18.08	63.65

Na figura 4 é ilustrado o gráfico *biplot* da ACM, onde são apresentados apenas os 2 primeiros eixos, sendo possível inferir de um ponto de vista gráfico que existem dois grandes grupos de associações, um grupo em torno de quem se encontra com menor risco (à esquerda, no 2º e 3º Quadrantes) e um outro em torno de quem se encontra com maior risco (à direita, no 1º e 4º Quadrantes). Desta forma é possível constatar que quem se encontra com menor risco (Risco menor para o desenvolvimento de lesões) contrasta com quem se encontra com maior (Risco maior para o desenvolvimento de lesões) pois encontram-se em oposição relativamente à origem (correlação negativa).

Por outro lado, uma vez que as modalidades que se encontram próximas permitem identificar padrões nos dados, é possível verificar que próximo da modalidade do Risco menor para o desenvolvimento de lesões se encontram os elementos do género feminino e da especialidade cirúrgica de Cirurgia Plástica. Em oposição, próximo da modalidade Risco maior para o desenvolvimento de lesões se encontram os elementos: especialidade cirúrgica de Ortopedia e género masculino entre outros.

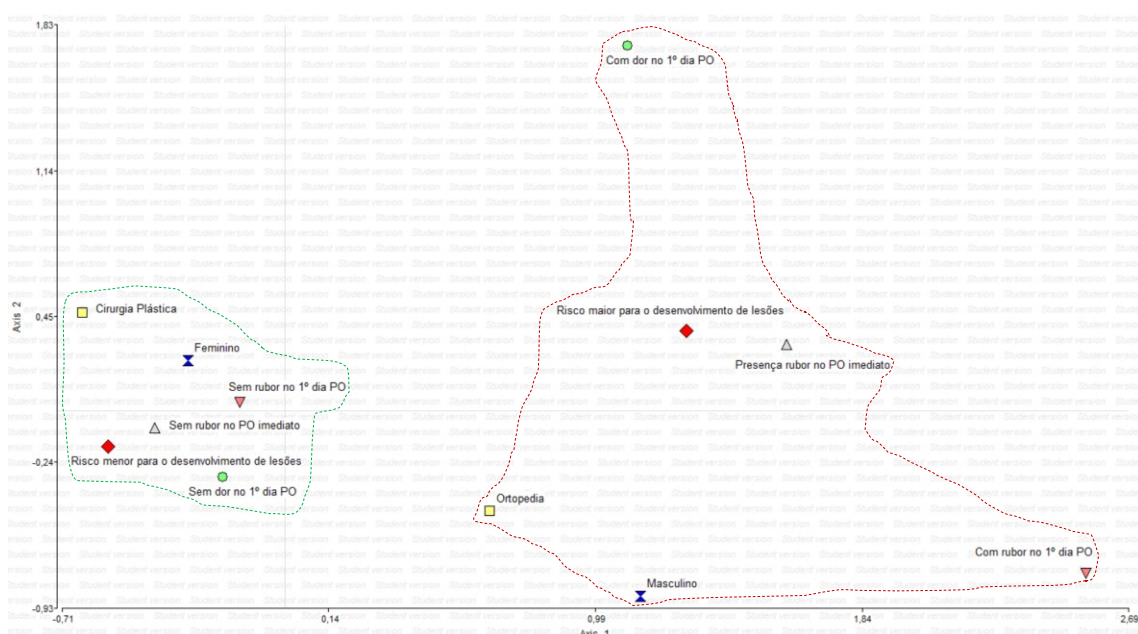


Figura 4: Gráfico *biplot* da Análise de Correspondências Múltiplas (ACM)

7. Discussão

Neste capítulo apresenta-se a discussão dos resultados, ou seja, a interpretação final dos dados obtidos comparando-os com a autora da validação da escala para a população portuguesa (Guimarães, 2022) e dos dados apresentados por Lopes et al. (2016) num artigo publicado decorrente da sua tese de doutoramento onde elaborou a escala original.

Relativamente à amostra, Guimarães (2022) obteve 126 participantes para a realização do seu estudo. Este foi o número determinado inicialmente como mínimo para a realização do estudo, contudo, o presente estudo foi composto por 131 participantes. Neste estudo, decorrente das características do hospital onde foi realizado, de forma a estudar as características da população, foram considerados os doentes internados com um mínimo de 24H, podendo ir até às 72H conforme o estudo original, isto porque no hospital em questão o tipo de cirurgias que se realiza implica um tempo de internamento mais reduzido.

Para validação da fiabilidade e confiabilidade da escala à amostra utilizada foi calculado o *alpha de Cronbach*, tendo-se obtido um valor de .715, que representa um valor de consistência interna da escala de razoável, podendo-se concluir que a escala é sensível para o doente cirúrgico das especialidades de Ortopedia e CPRE. Pestana e Gageiro (2020) defendem que um *alpha de Cronbach* superior a .70 se apresenta como indicativo de uma fiabilidade apropriada. Guimarães (2022) obteve um *alpha de Cronbach* de .782 na realização do seu estudo de validação da ELPO-PT (Guimarães, 2022).

De forma resumida, relativamente aos dados obtidos no período pré-operatório, verifica-se que a média de idades se situa nos 55.1 anos, sendo o grupo mais representativo a faixa etária entre os 40 e os 49 anos, tal como acontece no estudo de Guimarães (2022). Contudo, neste estudo, esta faixa etária representa 46.6% da amostra comparativamente aos 29.4% do estudo de Guimarães (2022), o que sugere uma população mais jovem. A idade apresenta-se como um fator de risco relevante para o desenvolvimento de lesões, não só pela condição do doente, como pelas comorbilidades a maior parte das vezes associadas a um estado de saúde de maior debilidade (Bezerra et al., 2019; Gao et al., 2018; Peixoto et al., 2019); no presente estudo, foi possível verificar que os doentes com idades mais avançadas e pertencentes à faixa etária acima dos 70 anos estiveram mais expostos à ocorrência de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico, demonstrando-se pelos resultados uma relação estatisticamente significativa entre a idade e o risco de desenvolver lesões [$F(4,126) = 44.916; p < .001$].

A média do IMC calculada no estudo atual foi de 26.3 Kg/m²; este valor é semelhante ao estudo de Guimarães (2022), onde o IMC obteve uma média de 26.16 Kg/m². No estudo original apresentado por Lopes et al. (2016) a média do IMC foi de 25.66 Kg/m², podendo concluir-se que nos três estudos se verificou uma população em pré-obesidade.

Relativamente à dor, alterações da mobilidade e presença de UPP ou história de UPP prévia, os dados colhidos no período pré-operatório indicaram que 80.9% dos doentes não apresentavam dor, 84.7 % não tinham qualquer alteração da mobilidade e nenhum doente apresentava UPP ou história prévia de UPP. Comparativamente aos resultados obtidos por Guimarães (2022), onde 73.1% dos doentes não apresentavam dor, 80.95% não apresentavam alterações da mobilidade e 97.62% dos doentes não apresentavam UPP; estes resultados poderão dever-se ao facto do estudo de Guimarães (2022) apresentar uma população de carácter oncológico, em que a debilidade física é maior e existe normalmente dor associada a alguns estadios da doença (de Souza et al., 2017).

Relativamente às variáveis estudadas, itens que compõe a escala ELPO-PT, validada por Guimarães (2022) para a população portuguesa e que derivam da escala ELPO de Lopes (2014) e do seu estudo de validação publicado em 2016, as variáveis: posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfícies de suporte, posição dos membros e comorbilidades serão seguidamente comparadas e discutidas com os dados obtidos por Guimarães (2022). Desta forma poderemos perceber quais as variáveis que mais contribuíram para o *score* total da ELPO-PT no presente estudo e compará-los com o estudo de Guimarães (2022).

Os itens que compõem a escala ELPO-PT corroboram com as recomendações de estudos anteriores de Lopes et al. (2016), Menezes et al. (2013) e Munro (2010), onde são descritos fatores de risco para o desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico relacionadas com as alterações fisiológicas e hemodinâmicas que provocam no doente condicionando a resposta corporal intraoperatória. O primeiro item da escala refere-se à posição cirúrgica. O posicionamento cirúrgico revela-se de extrema importância para a realização da cirurgia uma vez que permite uma ótima exposição do local cirúrgico e a sua realização fará toda a diferença no decurso da cirurgia (AESOP, 2012; Menezes et al., 2013). No estudo apresentado, a posição de decúbito dorsal apresentou-se como a mais utilizada (73.3%), seguida da posição de lateral (14.5%) e a posição de ventral como sendo a menos utilizada (9.2%). Guimarães (2022) identificou uma maior variabilidade nos posicionamentos, com a utilização da posição dorsal (57.94%); posição lateral (11.11%); posição ventral (3.17%) e posição litotómica (20.64%). Verificou-se que no presente estudo, a variabilidade foi menor que no estudo de validação da escala de Guimarães (2022), que poderá estar relacionada

com uma menor diferenciação cirúrgica do hospital onde se realizou o estágio e o estudo ter sido realizado apenas em duas especialidades cirúrgicas (Ortopedia e CPRE). A contribuição do valor da média da posição cirúrgica no *score* da ELPO-PT (Guimarães, 2022) foi de 1.48 ($DP=0.93$), sendo o item que menos contribuiu para o *score* total encontrado.

No que se refere ao tempo de cirurgia, o presente estudo apresentou um tempo médio foi de 74.5 ($DP=32.5$) minutos com uma predominância de cirurgias (56.5%) entre a 1 e as 2 horas de cirurgia. Guimarães (2022) verificou no seu estudo um tempo médio de 202.8 minutos, pelo que podemos concluir que, em média, estamos perante uma população com tempo cirúrgico mais reduzido, não sendo, contudo, este um dos itens que mais contribuiu para o total de *score* final da ELPO-PT (Guimarães, 2022) na amostra utilizada.

A indução e administração de fármacos anestésicos provoca alterações severas na hemodinâmica corporal; a depressão do sistema nervoso central e dos recetores da dor anulam os mecanismos de defesa da pessoa, deixando-a vulnerável, pelo que a manutenção e controlo da homeostasia é absolutamente fundamental para diminuir o risco de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico (Bezerra et al., 2019; Engels et al., 2016; Gao et al., 2018; Lopes et al., 2016; Peixoto et al., 2019). O tipo de anestesia com maior frequência no presente estudo foi a anestesia regional, utilizada em 62.6% dos casos estudados e seguida da anestesia geral (30.5%); com menos expressão apresenta-se a anestesia geral + regional (6.9%). No estudo de validação da ELPO-PT (Guimarães, 2022) verificou-se uma menor variabilidade no tipo de anestesia, representando a anestesia geral 84% dos casos estudados. Pela observação da escala, percebemos que os *scores* obtidos por este item foram sempre superiores ou iguais a 3, facto que explica este ser um dos itens que mais contribuiu para o *score* final.

Relativamente às superfícies de suporte e materiais utilizados na prevenção de UPP no BO, o seu uso deve ser criterioso. Dada a sua escassez devido aos preços elevados, o EEEMCPSP deve aplicá-los tendo em conta as características dos doentes e suas necessidades. Os materiais disponíveis devem ser utilizados de forma racional e as superfícies de apoio devem garantir a segurança dos doentes evitando lesões. Embora estudos realizados por McInnes et al. (2015) e por Shi et al. (2021) não sejam capazes de concluir acerca de um material específico que seja melhor para prevenir as UPP, os autores são consensuais em afirmar a necessidade de utilizar as superfícies mais adequadas para evitar as lesões e a importância da alternância de pressão para evitar as lesões. No estudo apresentado, as duas superfícies com maior expressão utilizadas foram o colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + placa de gel (49.6%) e o colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma (42.7%). De salientar que em 7.6% dos casos não foram utilizadas superfícies de

suporte ou então utilizados suportes rígidos sem acolchoamento ou perneiras estreitas. Os resultados apresentam-se bastante diferentes dos obtidos por Guimarães (2022), onde não foi utilizado o colchão de mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma, podendo este facto estar relacionado com a população em estudo e os materiais disponíveis em cada instituição. Pela análise da escala e a posição que ocupam os subitens com maior frequência utilizados, pode-se observar que este foi o item que mais contribuiu para o *score* final da escala.

Dada a importância no critério da utilização das superfícies de suporte e materiais de prevenção que se podem utilizar para reduzir o risco da ocorrência de UPP, foi realizada durante o estágio uma abordagem perante a chefia do serviço para a necessidade de adquirir uma maior quantidade de material de prevenção de forma a aumentar a segurança dos doentes reduzindo o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico. Em relação à posição dos membros a abertura dos membros superiores < 90 graus e a elevação dos joelhos < 90 graus, abertura dos membros inferiores < 90 graus ou pescoço sem alinhamento foram as posições mais utilizadas com 53.4% e 26.0% respetivamente. Estes dados são consistentes com os colhidos por Guimarães (2022) no estudo de validação da escala, o que indica que mesmo em populações diferentes estas são as variantes ao posicionamento mais frequentes. No que diz respeito às comorbilidades, verificou-se que a maioria (47.3%) não apresentava comorbilidades, 18.3% da população em estudo era obesa, 13.7% apresentava *Diabetes Mellitus* e 16.8% apresentava doença vascular. Estes fatores encontram-se descritos por Bezerra et al. (2019), Gao et al. (2018), Lopes et al. (2016), e Menezes et al. (2013), nos seus estudos, como fatores relevantes para o aumento do risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. Os dados obtidos por Guimarães (2022) apresentam alguma consistência com os do presente estudo, com uma taxa de 27.8% de doentes obesos ou desnutridos, e 11.1% de doentes com *Diabetes Mellitus*, o que sugere que a população, embora em contextos diferentes, apresenta o mesmo tipo de comorbilidades. Estes dados poderão estar relacionados com a proximidade geográfica dos hospitais, que embora para populações com características diferentes tratam os doentes da mesma área populacional. O estudo apresentado, pretendeu avaliar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico na população estudada. O *score* médio obtido da ELPO-PT (Guimarães, 2022) foi de 17.17 ($DP=3.82$), o que indica no seu geral um risco menor para o desenvolvimento de lesões. Comparando este valor com o obtido por Guimarães (2022) que foi 22.31, percebemos que neste estudo se trata de uma população com um risco muito menor de desenvolver lesões. Lopes et al. (2016) na apresentação dos seus resultados decorrentes da criação da escala original obteve um *score* de 19.53 que indicava também um risco menor de desenvolver

lesões. Estes dados podem justificar-se pela população em estudo, nomeadamente, a população oncológica presente no estudo de Guimarães (2022) o que acarreta uma maior debilidade, que associada à complexidade do tratamento e duração da cirurgia aumentam o risco de desenvolver lesões e consequentemente o *score* da ELPO-PT, deixando visível a capacidade preditiva da escala.

No período pós-operatório os dados recolhidos permitiram verificar que, dos 131 doentes, 15.3% (n=20) apresentou dor decorrente do posicionamento, sendo que a maioria (60%; n=12) a classificou com intensidade 5, resultados bastante inferiores aos de Guimarães (2022) em que 20.7% dos doentes referiu uma dor com intensidade superior a 7. Estes dados podem ser mais uma vez justificados pelas características da população em estudo, uma vez que no estudo de validação da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) se tratava de uma população oncológica onde o nível de dor é mais elevado (de Souza et al., 2017). De referir ainda a utilização, no hospital onde decorreu o estudo, de protocolos de analgesia pós-operatórios que aparentam demonstrar eficácia elevada. A avaliação pós-operatória referente à existência de UPP revelou-se semelhante ao estudo conduzido por Guimarães (2022) onde foram identificadas 2 UPP (1.7%) decorrentes do posicionamento cirúrgico. No presente estudo identificou-se apenas 1 UPP (.8%) nos 131 doentes que participaram no estudo. Os dados recolhidos permitem analisar que existe cuidado com a prevenção da ocorrência deste tipo de lesões que podem trazer consequências nefastas na vida dos doentes. De salientar que no pós-operatório imediato foi identificado rubor em 20.6% (n=27) dos casos. Este rubor foi introduzido por Guimarães (2022) no instrumento de recolha de dados desenvolvido para a população portuguesa uma vez que se verificava uma grande discrepância entre os dados recolhidos na validação da escala para a população portuguesa e o estudo de validação da escala original apresentado por Lopes et al. (2016). De referir que este se trata de um rubor muito acentuado, mas branqueável, não deixando de ser indicativo e sugestivo da existência de uma pressão excessiva na zona afetada e de um comprometimento vascular que poderá evoluir para UPP, devendo o enfermeiro perioperatório estar atento à sua ocorrência e prevenindo o seu aparecimento.

A análise inferencial realizada permitiu perceber, de forma mais aprofundada, as capacidades psicométricas da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) e aferir a população que se encontrava com maior risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. Os dados colhidos permitiram aferir uma exposição maior para a ocorrência de lesões em determinados grupos da população estudada. Os indivíduos do sexo masculino parecem estar expostos a um risco maior de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. No sexo masculino o *score* médio obtido foi de 20.11, apresentando um risco médio de desenvolver

lesões 3.74 pontos mais alto que os indivíduos do género feminino. Estes resultados não podem, contudo, ser analisados individualmente, sendo importante ressaltar que outros fatores como as características individuais, tipo de procedimento e condições pré-existentes podem influenciar a ocorrência de lesões. Em estudos anteriores efetuados por Bezerra et al. (2019), Lopes et al. (2016), Menezes et al. (2013) e Peixoto et al. (2019) onde se verifica, como neste estudo, uma maior prevalência de doentes do sexo feminino, as autoras não encontraram uma relação direta entre o género e o risco de desenvolvimento de lesões.

No que se refere à especialidade cirúrgica, a análise inferencial permitiu aferir que os doentes da especialidade de ortopedia têm um risco significativamente maior de desenvolver lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico em comparação com os pacientes da especialidade de CPRE (19.40 vs 14.97 com uma significância inferior a .001). Estes dados corroboram a pesquisa de campo efetuada onde os doentes que obtiveram um *score* mais elevado da ELPO-PT (Guimarães, 2022) foram os da especialidade de ortopedia, indicando a capacidade preditiva da escala.

Relativamente ao IMC, verifica-se que os doentes com obesidade apresentam um risco maior para o desenvolvimento de lesões (com um *score* médio de 22.72 ($DP=2.87$) e com uma significância inferior a .001) quando comparados com doentes com peso normal (com um *score* médio de 14.09 ($DP=2.08$) com um nível de significância inferior a .001). Estes dados corroboram com os estudos já referidos que apresentam a obesidade como um fator de risco relevante para o desenvolvimento de lesões (Bezerra et al., 2019; Lopes et al., 2016; Menezes et al., 2013; Peixoto et al., 2019). Os dados recolhidos relativamente ao nível de risco anestésico ASA mostram que à medida que o nível de risco anestésico aumenta de ASA I para ASA III, o risco de lesões relacionadas à posição cirúrgica também aumenta. Os resultados destacam a importância de considerar o nível de risco anestésico ao planejar e executar procedimentos cirúrgicos, a fim de reduzir as lesões relacionadas à posição cirúrgica e melhorar a segurança do paciente. Em suma, estes resultados podem ter implicações significativas para a prática clínica, auxiliando na identificação de pacientes de maior risco e na implementação de medidas preventivas adequadas.

Todos estes dados corroboram com a análise efetuada através da ACM, onde se verifica que determinadas características da população em estudo se situam mais próximas do risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento. Esta análise, pelo posicionamento das variáveis no gráfico (Figura 4) e a sua relação com o *score* da ELPO-PT, permitiu verificar que os doentes com *scores* mais elevados foram aqueles que realmente desenvolveram lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, demonstrando a capacidade preditiva da escala ELPO-PT (Guimarães, 2022).

8. Conclusão

A segurança do doente perioperatório é um elemento fundamental para o EEEMCPSP, devendo este ser um líder na implementação de medidas que fomentem o seu incremento. A segurança do doente no período intraoperatório apresenta uma estreita relação com o posicionamento cirúrgico, uma vez que este é necessário para a realização da cirurgia, mas pela condição imposta acarreta inúmeros riscos para o doente. O risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico pode ser minimizado através da aplicação de instrumentos que sejam preditivos para determinar esse mesmo risco. A escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) apresenta-se como uma ferramenta de fácil utilização e que pode ser aplicada de forma simples e rápida pelos enfermeiros perioperatórios.

Os dados recolhidos permitem concluir que a população em questão apresenta, na sua globalidade, um risco baixo (17.17) para o desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. Os doentes do sexo masculino e da especialidade de ortopedia aparentam estar mais expostos ao risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. Verificou-se que doentes com idades superiores a 70 anos apresentam um maior risco de desenvolver lesões quando comparados com doentes com idades inferiores. Embora os dados pareçam indicar que a idade é um fator importante para o desenvolvimento de lesões, estes resultados não podem ser analisados de forma independente, uma vez que existem outras características individuais, condições prévias e tipo de procedimento cirúrgico que podem promover o desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico. A condição prévia dos doentes revelou-se um fator importante para a predição do risco de desenvolver lesões. Verificou-se que doentes com limitações de mobilidade e dor prévia, foram aqueles que apresentaram *scores* da ELPO-PT (Guimarães, 2022) mais elevados. Os enfermeiros devem estar cientes da associação entre estes fatores e a maior possibilidade de desenvolver lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, planeando, implementando e executando todos os procedimentos de forma a reduzir o risco e aumentar a segurança do doente.

Das comorbilidades identificadas, com relevância para o estudo, concluiu-se que a obesidade é um fator de risco para o desenvolvimento de lesões, assim como doentes que apresentam um risco anestésico mais elevado, como é o caso dos doentes com risco anestésico ASA III. Nestes doentes o enfermeiro perioperatório deve ter um cuidado especial na implementação

de medidas preventivas, utilizando todas as estratégias que permitam reduzir e minimizar o risco no desenvolvimento de lesões.

A amostra utilizada apresenta-se como robusta tendo em conta o estudo original de Guimarães (2022) na validação da escala para a população portuguesa. Relativamente à sua consistência interna identificada e à sua confiabilidade, determinou-se um *alpha* de Cronbach de .715, o que indica uma confiabilidade razoável devendo ser utilizada na prática de cuidados. Não se poderá, no entanto, deixar de ressaltar a limitação temporal para a realização do estudo como um fator que dificultou a investigação. Uma amostra maior e um alargamento da janela de especialidades a incluir no estudo poderia permitir uma compreensão mais abrangente da escala e das suas capacidades psicométricas.

A escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) demonstrou ser preditiva do risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento, uma vez que os doentes em que se obteve *scores* mais elevados, indicativos de maior risco para o desenvolvimento de lesões foram os doentes que efetivamente desenvolveram algum tipo de lesão. Além da UPP, o rubor (indicativo de comprometimento vascular) e a dor também estão frequentemente associados a lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. A escala ELPO-PT (Guimarães, 2022) relaciona determinadas variáveis que se demonstram indicativas destas categorias de lesões.

O enfermeiro perioperatório tem a obrigação de utilizar todos os recursos possíveis para melhorar e promover a melhoria contínua dos cuidados de enfermagem prestados aos doentes submetidos a cirurgia. Os instrumentos de medida por si só não poderão evitar as lesões, mas o juízo clínico dos enfermeiros perante a interpretação do risco, deverão fazer com que os profissionais tomem medidas que permitam minimizar o risco. A melhoria assistencial de enfermagem promove a segurança dos doentes, aumenta os ganhos em saúde, contribuindo por isso para uma otimização dos recursos existentes.

A ELPO-PT (Guimarães, 2022) demonstrou ser um instrumento confiável para a tomada de decisão dos enfermeiros na identificação dos doentes que apresentam risco de desenvolvimento de lesões no intraoperatório, entre elas as UPP.

No futuro, sugere-se a utilização da escala ELPO-PT na instituição onde foi desenvolvido o projeto, pela sua capacidade preditiva em avaliar o risco de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico, promovendo a identificação, planeamento e implementação de cuidados diferenciados que promovam a segurança dos doentes no intraoperatório.

Em estudos futuros sugere-se a utilização de uma amostra maior, alargamento da aplicação a outras especialidades e aprofundar o estudo da utilização de dispositivos e superfícies de suporte que sejam efetivos na redução do risco de desenvolvimento de lesões causadas pelo posicionamento cirúrgico.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finalizado este percurso, fica a certeza que o estágio, tal como planeado, contribuiu para o desenvolvimento pessoal, profissional e científico enquanto futuro enfermeiro especialista e mestre em EMC na vertente da pessoa em situação perioperatória. O presente relatório apresenta-se como um documento que descreve de forma sucinta e objetiva as atividades desenvolvidas e o seu contributo para a aquisição de competências para a prática de uma enfermagem especializada e de competências para a atribuição do título de mestre. A elaboração do relatório realizada de forma reflexiva e apoiado em evidência científica sobre o percurso profissional e as experiências vivenciadas ao longo do curso de mestrado e estágio, permitiu, para além de aprofundar e solidificar conhecimentos, perceber as limitações, dificuldades e necessidades de aprendizagem. É esta necessidade incessante da procura de conhecimento que faz desenvolver o espírito crítico e reflexivo do enfermeiro mestre e que contribui para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada.

O percurso efetuado e a partilha de experiências permitiram a aquisição e mobilização de conhecimentos que empoderam os enfermeiros de ferramentas que lhes permitem desenvolver a sua prática clínica de forma segura, desenvolvendo o seu *expertise* na gestão de situações complexas. O BO pela sua complexidade e alto desenvolvimento tecnológico, é um local onde a segurança do doente poderá estar constantemente comprometida, pelo que o enfermeiro perioperatório, sobretudo o enfermeiro especialista, deve implementar estratégias que minimizem o risco da ocorrência de lesões. A realização do estágio num local onde a rotatividade dos doentes é extremamente elevada, permitiu desenvolver competências na área da segurança do doente, com um foco muito direcionado para o risco de desenvolvimento de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico.

No caminho percorrido, desenvolveu-se uma prática especializada focada na melhoria contínua dos cuidados de enfermagem e na segurança do doente. Durante o percurso foram detetadas lacunas nos cuidados aos doentes que poderiam ser melhoradas; perante esta necessidade foram realizadas intervenções que contribuíram para uma definição dos cuidados de enfermagem baseados nas evidências científicas mais atuais e na promoção da segurança do doente. Este aspeto permitiu impulsionar a prática de uma enfermagem avançada exigida para a atribuição grau de mestre em enfermagem conforme previsto no Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março na redação que lhe foi dada pelo Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 agosto.

O desenvolvimento do projeto de investigação na área da segurança do doente, mais específico na avaliação e prevenção da ocorrência de lesões associadas ao pelo posicionamento cirúrgico, permitiu, ao fim de 19 anos de exercício profissional, desenvolver e aplicar conhecimentos na área da investigação. Esta área em específico revela-se de grande importância para o desenvolvimento da enfermagem enquanto ciência e disciplina de conhecimento. O enfermeiro mestre, de acordo com os decretos já evidenciados, tem o dever de aplicar os seus conhecimentos na resolução de problemas, comunicando os seus resultados de forma clara para que exista difusão do conhecimento produzido no intuito da melhoria dos cuidados de enfermagem prestados e dando visibilidade ao papel do enfermeiro perante a sociedade. A investigação é, portanto, a oportunidade do enfermeiro especialista e mestre numa área da enfermagem se diferenciar na resolução de problemas em contextos multidisciplinares. Muito para além do desenvolvimento de competências na área da investigação, fica a certeza do contributo significativo desta investigação para os cuidados especializados em enfermagem, dando um contributo significativo para a compreensão da problemática das lesões associadas ao posicionamento cirúrgico e a importância da utilização de ferramentas adequadas que permitam ao enfermeiro aujizar os cuidados prestados de forma a reduzir os riscos associados a uma cirurgia e aumentar a segurança da pessoa em situação perioperatória.

A existência de enfermeiros especialistas, com diferenciação e atentos ao desenvolvimento contínuo pode minimizar a ocorrência das situações que comprometem a segurança dos doentes. O enfermeiro especialista, inserido na equipa multidisciplinar, tem a obrigação de coordenar a prestação de cuidados seguros, humanos e de qualidade para com a pessoa/família em situação perioperatória. Este período é vivido de forma aguda, rodeado de medos e ansiedades. O enfermeiro especialista deve promover a prestação de cuidados de enfermagem com vista à segurança do doente munido de um conjunto de saberes e conhecimentos adquiridos ao longo da sua prática e do seu percurso.

Finalizada a elaboração deste relatório, onde se procurou demonstrar o percurso de desenvolvimento de competências especializadas, tendo como referencial teórico o *Perioperative Focused Model* (Rothorck, & Smith, 2000), e de mestre no cuidar da pessoa em situação perioperatória, considera-se que o enfermeiro, no âmbito da especialização, é o principal responsável pelo seu processo de construção de competências. Refletir sobre as práticas, procurar novos conhecimentos e ser detentor um pensamento crítico e reflexivo proporcionam um desenvolvimento profissional sustentado que se reflete numa prestação de cuidados de enfermagem de excelência, caminhando no sentido da prática de uma enfermagem avançada.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alingh, C. W., Van Wijngaarden, J. D. H., Van De Voorde, K., Paauwe, J., & Huijsman, R. (2019). Speaking up about patient safety concerns: The influence of safety management approaches and climate on nurses' willingness to speak up. *BMJ Quality & Safety*, 28(1), 39–48. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2017-007163>
- Alpendre, F. T., Cruz, E. D. D. A., Dyniewicz, A. M., Mantovani, M. D. F., Silva, A. E. B. D. C. E., & Santos, G. D. S. D. (2017). Safe surgery: Validation of pre and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2017). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório: Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. AESOP.
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2015). *Standards of Perioperative Nursing*. AORN.
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2018). Introduction to the AORN guidelines for perioperative practice. In AORN (Ed.) *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 1-5). Denver: AORN Inc. ISBN: 978-0939583089.
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2022). Positioning the patient. In AORN (Ed.), *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 705-780). AORN, Inc. ISBN:978-0939583089
- Barboza, L. D. C. A., Melo, K. C., Silva, M. L. D., Costa, J. B. D., Mendes, R. C., Silva, D. M. D. S., Marques, V. R. D. S., Santos, P. S. G. D., Hernandes, L. F., Costa, A. C. M. D., Santos, M. S., Viana, C. L. A., Siqueira, F. F. F. S., Cunha, H. G. S. S., Teixeira, S. A. M., & Lemos, A. V. L. (2022). Atuação do enfermeiro em situações de desastres naturais: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 11(1), e44811124836. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i1.24836>
- Basu, D., Das, A., & Rozario, J. D. (2020). A brief discussion on environmental quality monitoring required in a central sterile supply department: Evidence from a cancer center in eastern India. *Cambridge University Press. Infection control and hospital epidemiology*, 41(5), 624–625. <https://doi.org/10.1017/ice.2020.41>

- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company, LLC. https://books.google.pt/books?id=6Ql8AAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=patricia+benner+Expertise+in+Nursing+Practice&hl=pt-PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=patricia%20benner%20Expertise%20in%20Nursing%20Practice&f=false
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. Denver: AORN Inc.
- Bezerra, M. B. G., Galvão, M. C. B., Vieira, J. C. M., Lopes, M. G. dos S., Almeida e Cavalcanti, A. T. de, & Gomes, E. T. (2019). Fatores associados a lesões de pele decorrentes do período intraoperatório. *Revista SOBECC*, 24(2), 76–84. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201900020005>
- Brás, C. (2023). *Percepção do Enfermeiro Sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43816>
- Bratzler, D. W., Dellinger, E. P., Olsen, K. M., Perl, T. M., Auwaerter, P. G., Bolon, M. K., Fish, D. N., Napolitano, L. M., Sawyer, R. G., Slain, D., Steinberg, J. P., & Weinstein, R. A. (2013). Clinical practice guidelines for antimicrobial prophylaxis in surgery. *American Journal of Health-System Pharmacy*, 70(3), 195–283. <https://doi.org/10.2146/ajhp120568>
- Brois, P. (2023). *Contributo do Enfermeiro Especialista na Avaliação da Limpeza das Superfícies de Salas Cirúrgicas*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43817>
- Buso, F. D. S., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. S., Galvão, C. M., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2021). Lesão por pressão relacionada ao posicionamento cirúrgico e fatores associados. *Acta Paul Enferm.*, 34, eAPE00642. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO00642>
- Cadorin, L., Bagnasco, A., Rocco, G., & Sasso, L. (2014). An integrative review of the characteristics of meaningful learning in healthcare professionals to enlighten educational practices in health care. *Nursing Open*, 1, 3-14. <https://doi.org/10.1002/nop2.3>
- Cadorin, L., Bagnasco, A., Tolotti, A., Pagnucci, N., & Sasso, L. (2017). Developing an instrument to measure emotional behaviour abilities of meaningful learning through

- the Delphi technique. *Journal of advanced nursing*, 73(9), 2208–2218.
<https://doi.org/10.1111/jan.13273>
- Caldana, G., Gabriel, C. S., Rocha, F. L. R., Bernardes, A., Françolin, L., & da Costa, D. B. (2013). Avaliação da qualidade de cuidados de enfermagem em hospital privado. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, 15(4), 915-922.
<http://dx.doi.org/10.5216/ree.v15i4.19655>
- Castro, C. F. D., Quintana, A. M., Olesiak, L. D. R., & München, M. A. B. (2020). Termo de consentimento livre e esclarecido na assistência à saúde. *Revista Bioética*, 28(3), 522–530. <https://doi.org/10.1590/1983-80422020283416>
- De Souza, A. G. S., Feitosa, A. K. B., Pinheiro, J. T. G., Souza, L. B. S., Silva, M. F. T. S., Magalhães, P. G. D. A., Silva, W. D. C., De Jesus, E. C. P., & Pereira, Z. A. S. (2022). Auditoria em enfermagem: Revisão de literatura / Auditing in nursing: a literature review. *Brazilian Journal of Development*, 8(3), 17440–17452.
<https://doi.org/10.34117/bjdv8n3-128>
- de Souza, J. B., Grossmann, E., Perissinotti, D. M. N., de Oliveira Junior, J. O., da Fonseca, P. R. B., & Posso, I. P. (2017). Prevalence of Chronic Pain, Treatments, Perception, and Interference on Life Activities: Brazilian Population-Based Survey. *Pain research & management*, 2017, 4643830. <https://doi.org/10.1155/2017/4643830>
- Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de setembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República Série I -A, Nº 205 de 4-9-1996 (2959 – 2962). <https://files.dre.pt/1s/1996/09/205a00/29592962.pdf>
- Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de abril (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República I Série -A, Nº 93 de (1998-04-21) (1739 – 1757). <https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de março. (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República Série -A, Nº 60 de 2006-03-24 (2242 – 2257). <https://dre.tretas.org/dre/196333/decreto-lei-74-2006-de-24-de-marco>
- Decreto-Lei n.º 138/2013 de 9 de outubro (2013). Define as formas de articulação do Ministério da Saúde e os estabelecimentos e serviços do Serviço Nacional de Saúde (SNS) com as instituições particulares de solidariedade social, bem como estabelece o regime de devolução às Misericórdias dos hospitais objeto das medidas previstas nos Decretos-Leis n.ºs 704/74, de 7 de dezembro, e 618/75, de 11 de novembro, atualmente geridos por estabelecimentos ou serviços do SNS. Diário da República Série I, Nº 195 de 2013-10-09 (6068 – 6071).
<https://files.dre.pt/1s/2013/10/19500/0606806071.pdf>

- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República Série I, N.º 157 de 2018-08-16 (4147 – 4182). <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>
- DeCS. (2021). *Descritores em Ciências da Saúde*. https://decs.bvsalud.org/ths/resource/?id=28570&filter=ths_termall&q=efic%C3%A1cia
- Demarré, L., Van Lancker, A., Van Hecke, A., Verhaeghe, S., Grypdonck, M., Lemey, J., Annemans, L., & Beeckman, D. (2015). The cost of prevention and treatment of pressure ulcers: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 52(11), 1754–1774. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.06.006>
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova O Plano Nacional para a Segurança do Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020). Diário da República Série II, Nº 28 de 10-02-2015 (3882-(2) – 3882-(10)). <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- 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 de 27-05-2015 (13550-13553). <https://files.dre.pt/2s/2015/05/102000000/1355013553.pdf>
- Despacho nº 11688/2020 de 25 de novembro (2020). Estrutura curricular e plano de estudos do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória e na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República Série II, Nº 230 de 25-11-2020 (174 – 176). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República Série II, Nº 187 de 24-09-2021 (96-103). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). *Orientação 017/2011 de 19 de maio de 2011 - Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)*. (19-05-2011) (1-10). https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/ORIENTACAO%20DGS_017.2011%20DE%20MAIO.2011.pdf
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2013). *Norma n.º 02/2013 de 12 de fevereiro atualizada a 25 de junho de 2013 - Cirurgia Segura, Salva Vidas*. (25-06-2013) (1-8).

<https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2014). *Norma n.º 020/2014 de 30 de dezembro de 2014 - Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. (30-12-2014) (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202014-de-30122014-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2015). *Norma n.º 013/2014 de 25 de agosto de 2014 atualizada a 7 de agosto de 2015 - Uso e Gestão de Luvas nas Unidades de Saúde*. (07-08-2015) (1-36). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0132014-de-25082014-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). *Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. (08-02-2017) (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017>

Direção Geral da Saúde (DGS) (2019). *Norma n.º 007/2019 de 16 de outubro de 2019 - Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Direção-Geral da Saúde*. (16-10-2019) (1-46). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2021). *Plano Nacional de saúde 2021-2030. Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s*. (1-269). <https://www.dgs.pt/documentos-em-discussao-publica/plano-nacional-de-saude-2021-2030-em-consulta-publica-ate-7-de-maio1.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022a). *Norma nº 020/2015 de 15 de dezembro de 2015 atualizada a 17 de novembro de 2022- “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico*. (7-11-2022) (1-24). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2022b). *Norma n.º 031/2013 de 31 de dezembro de 2013 atualizada a 17 de novembro de 2022 Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. (17-11-2022) (1-34). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Duarte, A. & Olga, M. (2020). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel.

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147–153. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2021.07.007>

- Engels, D., Austin, M., McNichol, L., Fencil, J., Gupta, S., & Kazi, H. (2016). Pressure Ulcers: Factors Contributing to Their Development in the OR. *AORN Journal*, 103(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.01.008>
- Fernandes, S. R., Figueiredo, B. Q. D., Bomfim, K. C. N., Sousa, K. K. D., Sousa, L. M. S. D., Gaia, M. G. G., Ribeiro Júnior, M. A., Souza, V. H. D., & Antonacci Júnior, E. (2021). Análise das vantagens e desvantagens da cirurgia videolaparoscópica em relação à laparotomia: Uma revisão integrativa de literatura. *Research, Society and Development*, 10(12), e157101220356. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i12.20356>
- Fonseca, M., Barreto, F. L., & Miranda Rauédys, L. M. (2019). A correlação entre os indicadores assistenciais encontrados na literatura com a segurança do paciente: revisão integrativa. *Textura*, 13(21), 114 - 132. <https://doi.org/10.22479/desenreg2019v13n21p114-132>
- Fortin, M.F., Côte, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Gao, L., Yang, L., Li, X., Chen, J., Du, J., & Yang, H. (2018). Risk factors for intraoperative pressure ulcers in surgical patients. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 11(7), 7429–7435. <https://e-century.us/files/ijcem/11/7/ijcem0075226.pdf>
- Ghasemi, A., & Zahediasl, S. (2012). Normality tests for statistical analysis: a guide for non-statisticians. *International journal of endocrinology and metabolism*, 10(2), 486–489. <https://doi.org/10.5812/ijem.3505>
- Gomes, J. (2020). *A Qualidade Assistencial no Bloco Operatório de Hospitais Portugueses*. [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/129347>
- Griffith, R. (2021). Understanding how human rights law affects nursing practice. *British Journal of Nursing* (Mark Allen Publishing), 30(7), 446–447. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.7.446>
- Guimarães, A. (2022). *Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to

- Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>
- He, W., Liu, P., & Chen, H. L. (2012). The Braden Scale cannot be used alone for assessing pressure ulcer risk in surgical patients: a meta-analysis. *Ostomy/wound management*, 58(2), 34–40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22316631/>
- Hill, M.M., & Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Edições Sílabo, Lda
- Ierano, C., Nankervis, J. M., James, R., Rajkhowa, A., Peel, T., & Thursky, K. (2017). Surgical antimicrobial prophylaxis. *Australian prescriber*, 40(6), 225–229. <https://doi.org/10.18773/austprescr.2017.073>
- International Council of Nurses (ICN). (2011). Position Statement. *Nurses and human rights*. Geneva. Tomada de posição adotada em 1998 e revista em 2006 e 2011. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/E10_Nurses_Human_Rights%281%29.pdf
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Kelly, Y., O'Rourke, N., Flynn, R., Hegarty, J., & O'Connor, L. (2023). Definitions of health and social care standards used internationally: A narrative review. *The International journal of health planning and management*, 38(1), 40–52. <https://doi.org/10.1002/hpm.3573>
- Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>
- Larsson, M., Sundler, A. J., Blomberg, K., & Bisholt, B. (2023). The clinical learning environment during clinical practice in postgraduate district nursing students' education: A cross-sectional study. *Nursing open*, 10(2), 879–888. <https://doi.org/10.1002/nop2.1356>
- Leal, L. A., Henriques, S. H., Castro, F. F. S., & Ribeiro, N. M. (2022). Refletindo sobre a tomada de decisão como competência do enfermeiro hospitalar. *Revista Enfermagem UERJ*, 30, 1–5. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.69420>
- Lei n.º 156/2015 de 16 de setembro (2015). *Segunda alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, conformando-o com a Lei n.º 2/2013, de 10 de janeiro, que estabelece o regime jurídico de criação, organização e funcionamento das associações públicas profissionais*. Diário da República Série I, n.º 181 de 16-09-2015 (8059-8105). <https://files.dre.pt/1s/2015/09/18100/0805908105.pdf>

- Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Lopes, C. M. M. (2014). *Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação*. [Tese de Douturamento, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto]. Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da USP. <https://doi.org/10.11606/t.22.2014.tde-21052014-184456>
- Lopes, C. M. de M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G. de, & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Maritati, M., Trentini, A., Chemello, D., Mazzoni, E., Cervellati, C., Zanolli, G. A., Contini, C., & De Rito, G. (2022). Predictive Factors of Surgical Site Infection in Prosthetic Joint Surgery: A Prospective Study on 760 Arthroplasties. *Hindawi. Mediators of Inflammation*, 1-8. <https://doi.org/10.1155/2022/2150804>
- Martins, C. (2011). *Manual de Análise de Dados Quantitativos com recurso ao IBM® SPSS®: Saber decidir, fazer, interpretar e redigir*. 1ª Ed. Braga: Psiquilíbrios Edições
- Matos, I. A., Alves, A. C., & Tereso, A. P. (2016). Lean Principles in an Operating Room Environment: An Action Research Study. *Journal of Health Management*, 18(2), 239–257. <https://doi.org/10.1177/0972063416637716>
- Mayhew, D., Mendonca, V., & Murthy, B. V. S. (2019). A review of ASA physical status - historical perspectives and modern developments. *Anaesthesia*, 74(3), 373–379. <https://doi.org/10.1111/anae.14569>
- McInnes, E., Jammali-Blasi, A., Bell-Syer, S. E., Dumville, J. C., Middleton, V., & Cullum, N. (2015). Support surfaces for pressure ulcer prevention. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001735.pub5>
- Medina Garzón, M. (2019). Effectiveness of a nursing intervention to diminish preoperative anxiety in patients programmed for knee replacement surgery: Preventive controlled and randomized clinical trial. *Investigación y Educación En Enfermería*, 37(2). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v37n2e07>
- Menezes, S., Rodrigues, R., Tranquada, R., Müller, S., Gama, K., & Manso, T. (2013). Lesões Decorrentes do Posicionamento para Cirurgia: Incidência e Fatores de Risco. *Acta Médica Portuguesa*, 26(1), 12-16. <https://doi.org/10.20344/amp.4006>

- Munro, C. A. (2010). The Development of a Pressure Ulcer Risk-Assessment Scale for Perioperative Patients. *AORN Journal*, 92(3), 272–287. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.035>
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas: a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. [IPS - ESS - DENF - Relatórios técnicos, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal]. Repositório Comum. ISBN: 978-989-98206-1-6. <http://hdl.handle.net/10400.26/4547>
- Nunnally, J. C. (1978). *Psychometric Theory* (2ª ed.). New York: McGraw-Hill.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Organização Internacional de Padronização (ISO) (2023). Padrões. <https://www.iso.org/home.html>
- Organização Mundial de Saúde (OMS) (2009). *Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa*. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- Peixoto, C. D. A., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. D. S., Pires, P. D. S., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2019). Risk assessment for perioperative pressure injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3117. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2677-3117>
- Peixoto, T. A., & Peixoto, N. M. (2013). Futuro da Enfermagem: Uma perspectiva Oportuna. *Revista de Enfermagem. Sinais Vitais*, 110, 29-37. <https://www.researchgate.net/publication/328389167>
- Pereira, L., Figueiredo-Braga, M., & Carvalho, I. P. (2016). Preoperative anxiety in ambulatory surgery: The impact of an empathic patient-centered approach on psychological and clinical outcomes. *Patient Education and Counseling*, 99(5), 733–738. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2015.11.016>
- Porter, C. K., Riddle, M. S., Alcala, A. N., Sack, D. A., Harro, C., Chakraborty, S., Gutierrez, R. L., Savarino, S. J., Darsley, M., McKenzie, R., DeNearing, B., Steinsland, H., Tribble, D. R., & Bourgeois, A. L. (2016). An Evidenced-Based Scale of Disease Severity following

- Human Challenge with Enterotoxigenic *Escherichia coli*. *PloS one*, 11(3), e0149358. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149358>
- Pestana, M. H, & Gageiro, J. N. (2020). *Análise de Dados para Ciências Sociais – A Complementaridade do SPSS*. 6ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Poveda, V. D. B., Lemos, C. D. S., Lopes, S. G., Pereira, M. C. D. O., & Carvalho, R. D. (2021). Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: Cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20190874. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 de 16-07-2018 (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República Série II, n.º 26 de 06-02-2019 (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República Série II, n.º 184 de 25-09-2019 (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Rente, M. (2022). *Carga de Trabalho dos Enfermeiros no Transporte Inter-Hospitalar da Pessoa em Situação Crítica*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43810>
- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Ruiz Hernández, C., Gómez-Urquiza, J. L., Pradas-Hernández, L., Vargas Roman, K., Suleiman-Martos, N., Albendín-García, L., & Cañadas-De la Fuente, G. A. (2021). Effectiveness of nursing interventions for preoperative anxiety in adults: A systematic review with meta-analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 77(8), 3274–3285. <https://doi.org/10.1111/jan.14827>

- Sacco, I. C., Suda, E. Y., Vigneron, V., & Sartor, C. D. (2015). An 'Importance' Map of Signs and Symptoms to Classify Diabetic Polyneuropathy: An Exploratory Data Analysis. *PloS one*, 10(6), e0129763. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0129763>
- Sales, C., Bernardes, A., Gabriel, C., Brito, M., Moura, A., & Zanetti, A. (2018). Standard Operational Protocols in professional nursing practice: use, weaknesses and potentialities. *Rev Bras Enferm*, 71(1), 138-146. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0621>
- Santos, S. C. & Silva, D. R. (1997). Adaptação do State-Trait Anxiety Inventory (STAI) – Form Y para a população portuguesa: Primeiros dados. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 32, 85-98.
https://drive.google.com/file/d/0B0LP1bS3g1daNVJWTHZpU19MWk0/view?resourcekey=0-6KK0BfbUA3TfKLP_NFMmhg
- Shafipour, V., Ramezani, E., Heidari Gorji, M. A., & Moosazadeh, M. (2016). Prevalence of postoperative pressure ulcer: A systematic meta-analytic review. *Electronic Physician*, 8(11), 3170–3176. <https://doi.org/10.19082/3170>
- Shi, C., Dumville, J. C., Cullum, N., Rhodes, S., & McInnes, E. (2021). Foam surfaces for preventing pressure ulcers. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2021(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD013621.pub2>
- Silva, A. P. (2007). Enfermagem avançada: Um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*, 55(1-2), 11-20
- Søndergaard, S. F., Lorentzen, V., Sørensen, E. E., & Frederiksen, K. (2017). The documentation practice of perioperative nurses: A literature review. *Journal of Clinical Nursing*, 26(13–14), 1757-1769. <https://doi.org/10.1111/jocn.13445>
- Sourial, N., Wolfson, C., Zhu, B., Quail, J., Fletcher, J., Karunanathan, S., Bandeen-Roche, K., Béland, F., & Bergman, H. (2010). Correspondence analysis is a useful tool to uncover the relationships among categorical variables. *Journal of clinical epidemiology*, 63(6), 638-646. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.08.008>
- Tiburcio, A. P. N., Sousa, L. A. A., & Santos, R. F. D. (2019). A IMPORTÂNCIA DO ENFERMEIRO AUDITOR NAS INSTITUIÇÕES HOSPITALARES. *Psicologia e Saúde em Debate*, 5(1), 50-59. <https://doi.org/10.22289/2446-922X.V5N1A5>
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

- Viana, C. D., Bragas, L. Z. T. D., Lazzari, D. D., Garcia, C. T. F., & Moura, G. M. S. S. D. (2016). Implementation of concurrent nursing audit: an experience report. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 25(1). <https://doi.org/10.1590/0104-070720160003250014>
- Vieira, S. (2017). *Cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica: Da abordagem pré-hospitalar à unidade de queimados*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/22012>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação - O Processo de Construção do Conhecimento*. 3ª Ed. Lisboa: Edições Sílabo, Lda.
- Weber, W. P., Marti, W. R., Zwahlen, M., Misteli, H., Rosenthal, R., Reck, S., Fueglistaler, P., Bolli, M., Trampuz, A., Oertli, D., & Widmer, A. F. (2008). The timing of surgical antimicrobial prophylaxis. *Annals of surgery*, 247(6), 918–926. <https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e31816c3fec>
- World Health Organization (WHO) (2017). *Patient safety: Making health care safer*. World Health Organization; WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/255507>
- World Health Organization (WHO). Regional Office for Europe. (2022). *WHO European Regional Obesity Report 2022*. World Health Organization. Regional Office for Europe; WHO IRIS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/353747>
- Xavier, R. S., Vigário, P. D. S., Faria, A. C. D., Dusek, P. M., & Lopes, A. J. (2022). The Perception of Nursing Professionals Working in a Central Sterile Supplies Department regarding Health Conditions, Workload, Ergonomic Risks, and Functional Readaptation. *Hindawi. Advances in Preventive Medicine*, 2022, 1–8. <https://doi.org/10.1155/2022/1023728>
- Xue, C., Shu, Y., Hayter, M., & Lee, A. (2020). Experiences of nurses involved in natural disaster relief: A meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of Clinical Nursing*, 29(23–24), 4514–4531. <https://doi.org/10.1111/jocn.15476>
- Zarei, B., Valiee, S., Nouri, B., Khosravi, F., & Fathi, M. (2018). The effect of multimedia-based nursing visit on preoperative anxiety and vital signs in patients undergoing lumbar disc herniation surgery: A randomised clinical trial. *Journal of Perioperative Practice*, 28(1–2), 7-15. <https://doi.org/10.1177/1750458917742045>

ANEXOS

ANEXO I: Formulário de Observação – Usos de Luvas nos Cuidados de Saúde



FORMULÁRIO DE OBSERVAÇÃO - USO DE LUVAS NOS CUIDADOS DE SAÚDE

ARS	Cidade	Unidade de Saúde
Observador	Período N.º	Serviço/Departamento
Data (dd.mm.aaaa)	Sessão N.º	Enfermaria
Hora de início/fim (hh:mm)	Formulário N.º	
Duração da sessão (mm)		

SELEÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS	Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional			Cat. Profissional		
	Ação			Ação			Ação			Ação			Ação		
	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
1 - Seleciona as luvas adequadas ao procedimento															
2 - Higieniza as mãos antes de colocar as luvas															
3 - Coloca as luvas imediatamente antes de iniciar o procedimento															
4 - Coloca as luvas com técnica adequada garantindo a sua não contaminação															
5 - Utiliza duplo par de luvas em situação de risco particularmente elevado ¹															
6 - Utiliza luvas de punho alto e/ou cobre a bata com a luva em situação de elevado risco de exposição a fluidos orgânicos ²															
USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
7 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição direta ³															
8 - Utiliza luvas limpas descartáveis na exposição indireta ⁴															
9 - Utiliza luvas esterilizadas em procedimento invasivo/cirúrgico															
10 - Utiliza luvas reutilizáveis de uso individual em procedimento de descontaminação ambiental/DM															
11 - Troca de luvas entre procedimentos no mesmo doente															
12 - Retira as luvas após o procedimento															
13 - Toca no ambiente envolvente (superfícies, materiais e equipamentos) sem luvas ⁵															
REMOÇÃO DAS LUVAS	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA	S	N	NA
14 - Remove as luvas com técnica adequada, prevenindo a sua contaminação e do ambiente.															
15 - Remove as luvas pela ordem indicada ⁶ , quando utilizadas conjuntamente com outros EPIs															
16 - Descarta as luvas de acordo com a norma interna de triagem dos resíduos.															
17 - Higieniza as mãos imediatamente após a remoção das luvas															

¹ Usar duplo par de luvas em situações de risco particularmente elevado ou alta probabilidade de perfuração e/ou exposição a fluidos orgânicos, como por exemplo em procedimentos cirúrgicos ortopédicos.

² Usar luvas de punho alto para cobrir o antebraço nos procedimentos com exposição a grandes quantidades de fluidos orgânicos ou sangue, como por exemplo no caso de partos vaginais.

³ Exposição direta ao utente: Contacto com sangue ou outros fluidos orgânicos, com exceção do suor, contacto com mucosas, contacto com pele não íntegra, higiene oral, higiene perineo entre outros contactos com risco acrescido de infeção/microrganismos patogénicos.

⁴ Exposição indireta ao utente: Manipulação/limpeza de superfícies e instrumentos contaminados, limpeza e remoção segura de derrames e salpicos de sangue e outros fluidos orgânicos, esvaziamento de recipientes de fluidos orgânicos, manipulação de resíduos, etc.

⁵ Constitui exceção a esta situação o doente em isolamento por contacto.

⁶ 1ª Luvas, 2ª bata, 3ª higiene das mãos, 4ª proteção ocular, 5ª respirador/máscara, 6ª higiene das mãos.

**ANEXO II: Certificado de participação na webinar:
“Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na
Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PEDRO JOEL DA SILVA PEREIRA

membro nº 47225 desta Ordem, participou no(a) **"Enfermagem às Quintas: Intervenções de Enfermagem na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico"**, realizado no dia 3 de Novembro de 2022, com duração total de 2 horas, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 3 de Novembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

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

**ANEXO III: Certificado participação webinar: “Enfermagem às
Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da
Gestão em Enfermagem”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PEDRO JOEL DA SILVA PEREIRA

membro nº 47225 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas: Formação, Investigação e Inovação na Prática da Gestão em Enfermagem", realizado no dia 15 de Dezembro de 2022, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 15 de Dezembro de 2022

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

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

**ANEXO IV: Certificado de participação na VI Conferencia
Internacional de Investigação em Saúde: investigação em
saúde global e redes de colaboração**



**ANEXO V: Certificado de participação no 2º Congresso
Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à
Prática Especializada em Enfermagem na
Contemporaneidade**



**ANEXO VI: Certificado de participação no Congresso Insular
de Enfermagem Madeira/Porto Santo 2023 – Desafios da
Insularidade**



**ANEXO VII: Certificado de participação no XX Congresso
Nacional da AESOP**



**ANEXO VIII: Certificado de participação no Congresso
“Enfermagem e Enfermeiros – Uma Marca Global”**



ANEXO IX: Participação no XIII Congresso Nacional de Cirurgia Ambulatória



**ANEXO X: Certificado do poster “Intervenção do enfermeiro
perioperatório em situações de catástrofe – Uma visão do
futuro”**

ENFERMAGEM E ENFERMEIROS UMA MARCA GLOBAL

CERTIFICADO

Certifico que, Pedro Joel Pereira e Sónia Mendes Soares, são autores do **Poster** "Intervenção do Enfermeiro Especialista Perioperatório em situação de catástrofe – uma visão do futuro", apresentado no *Encontro de Enfermeiros*, que decorreu a 12 de maio de 2023, no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro.

Mais se certifica que a esta comunicação livre foi atribuído o 1º lugar pela Comissão Científica.

Porto, 12 de maio de 2023
Filomena Maia
Enfermeira Geral

Presidente do Encontro de Enfermeiros



**OUR NURSES.
OUR FUTURE.**
International Council of Nurses



**ANEXO XI: Certificado do poster “A Enfermagem
Perioperatória na preservação de vestígios para investigação
criminal”**



**ANEXO XII: Certificado da Comunicação Livre “Enfermagem
Forense no Perioperatório – melhorar para diferenciar”**



**ANEXO XIII: Certificado de realização de “Curso Avançado de
Cirurgia Laparoscópica Bariátrica”**



ANEXO XIV: Certificado do poster “Intervenção do Enfermeiro Especialista para a Redução da Ansiedade no Perioperatório – estratégias para uma prática avançada”

ENFERMAGEM E ENFERMEIROS UMA MARCA GLOBAL

CERTIFICADO

Certifico que, Pedro Joel Pereira e Sónia Mendes Soares, são autores do **Poster “Intervenção do enfermeiro especialista na redução da ansiedade no perioperatório – estratégias de uma prática avançada”**, apresentado no *Encontro de Enfermeiros*, que decorreu a 12 de maio de 2023, no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro.

Mais se certifica que a esta comunicação livre foi atribuído o 1º lugar pela Comissão Científica.

Porto, 12 de maio de 2023
Filomena Maia
Enfermeira Geral

Presidente do Encontro de Enfermeiros



**OUR NURSES.
OUR FUTURE.**
International Council of Nurses



ANEXO XV: Projeto de intervenção/melhoria “Transição de cuidados de enfermagem no perioperatório – Metodologia ISBAR”

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica -

Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória

**Transição de cuidados de enfermagem no perioperatório
Metodologia ISBAR**

Memória descritiva do projeto

VERSÃO 1

Estudante: Pedro Joel da Silva Pereira

Nº: 3804

Orientação:

Enfermeira Especialista em EMC Ida Ribeiro

Enfermeira Mestre em EMC Isabel Miranda

Oliveira de Azeméis

janeiro 2023

LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

DGS – Direção Geral de Saúde

EEEMC – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde do Norte, Cruz Vermelha Portuguesa

ISBAR – Identificação, Situação, Background/Antecedentes, Avaliação, Recomendações

Nº - número

P. – página

BO – Bloco operatório

ÍNDICE.....	3
INTRODUÇÃO	4
1. ENQUADRAMENTO	5
2. METODOLOGIA.....	7
2.1 ESTRATÉGIA E RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES	8
3. DESENHO DO PROJETO.....	10
3.1. OBJETIVOS	10
3.1.1. Objetivo geral	10
3.1.2. Objetivos específicos	10
3.2. POPULAÇÃO ALVO.....	10
3.3. RECURSOS.....	10
3.3.1. Recursos materiais	10
3.3.2. Recursos Humanos	11
3.3.3. Recursos físicos.....	11
3.3.4. Recursos financeiros.....	11
3.4. RESULTADOS ESPERADOS.....	11
3.5. AVALIAÇÃO	11
4. IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO	12
4.1. EXECUÇÃO	12
5. CRONOGRAMA	16
6. CONCLUSÃO	17
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	18
ANEXOS	21
ANEXO I	22
ANEXO II	24
ANEXO III	44
ANEXO IV	47

INTRODUÇÃO

No âmbito do Estágio II do 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) foi identificada a necessidade de criar, no local de estágio, um plano de desenvolvimento da transição de cuidados de enfermagem dos doentes no período perioperatório.

A ideia surgiu da necessidade comunicada pelo serviço relativa à falta de documentação e instrumentos relativos à transição de cuidados de enfermagem. A utilização de instrumentos que facilitem a transição de cuidados de enfermagem está sustentada na necessidade e obrigatoriedade da Direção Geral de Saúde (DGS) desde 2017 na implementação da metodologia ISBAR para a transição de informação nos cuidados de enfermagem de acordo com a Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017).

A reflexão sobre a informação produzida no relatório de enfermagem apresentado pelo sistema de informação existente do bloco operatório (que embora vá de encontro à recomendação da metodologia ISBAR, não reflete na totalidade a sua orientação e não é utilizada pelos profissionais na transição dos cuidados de enfermagem) permitiu perceber que este era um campo a ser explorado e que poderá beneficiar a segurança do doente no período perioperatório.

Face ao desafio lançado, surge o presente documento que integra as etapas e as ferramentas necessárias para a implementação deste projeto, o qual será colocado em prática numa primeira fase de teste e treino dos enfermeiros do serviço, e posteriormente à sua avaliação, deverá passar à sua incorporação definitiva na transição dos cuidados de enfermagem no serviço.

1 ENQUADRAMENTO

O foco da enfermagem enquanto profissão e disciplina científica centra-se nas respostas humanas à condição de saúde/doença e na alteração do seu equilíbrio. Cuidar a pessoa é o principal objetivo da enfermagem. O enfermeiro deve contribuir para a manutenção do estado de equilíbrio da saúde das pessoas e a sua readaptação à nova condição.

Tendo em consideração o processo associado à vivência de uma situação de debilidade, cuidar a pessoa em situação perioperatória é um enorme desafio para a enfermagem. A condição a que o doente é submetido para a realização de uma cirurgia e que por força dessa condição pouco interage com a equipe de saúde, provoca uma dificuldade acrescida ao tratamento. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) deve ser capaz de reunir as suas capacidades, conhecimentos e habilidades em prol de uma prestação de cuidados que garanta os padrões de cuidados mais elevados, mantendo a segurança em todo o processo e em todos os momentos do período perioperatório.

A enfermagem perioperatória centra o seu cuidado ao doente submetido a um procedimento cirúrgico ou invasivo em todo o seu ciclo de vida, otimizando a sua resposta de forma dinâmica em todo o período perioperatório. O enfermeiro perioperatório desempenha, neste período, um papel fundamental na visão holística da forma de cuidar, promover a saúde e recuperar a condição prévia ao evento (Benze et al., 2021). O doente é o centro dos cuidados inerentes à prática clínica dos enfermeiros. Esta centralidade no doente deve estar assente em modelos teóricos que auxiliam o enfermeiro na gestão dos cuidados e tomada de decisão. O *Perioperative Patient Focused Model* representa de forma eficaz o cuidado prestado ao doente perioperatório. O *Perioperative Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000) é a estrutura conceptual da prática de enfermagem perioperatória representando a relação entre o doente, a(s) pessoa(s) que suportam apoio ao doente e os cuidados prestados pelos enfermeiros perioperatórios (Benze et al., 2021; Van Wicklin, 2020). Assumindo a vulnerabilidade a que o doente está sujeito, este assume a centralidade do modelo (Benze et al., 2021; Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

A intervenção do enfermeiro perioperatório tem a finalidade de em atingir resultados de alta qualidade para o doente, sendo o modelo, secundariamente à centralidade no doente, focado nos resultados (Benze et al., 2021; Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Neste processo é extremamente importante que não exista perda de informação relevante para o tratamento da pessoa em situação de debilidade, pelo que o processo comunicacional na transição de informação se torna extremamente relevante, e onde o EEEMC tem um papel fulcral no levantamento e resolução da problemática. A passagem de informação em

enfermagem, tem como finalidade a manutenção de cuidados ao doente, promovendo a sua continuidade ao transferir a responsabilidade de um profissional para o outro e partilhar dados (Kitson et al 2013).

Com o intuito de melhorar a passagem de informação dos doentes, a The Joint Commition recomendou a implementação de um sistema padronizado para a transição de informação do doente, pois a *standartização* do método de transmissão de informação reduz a perda de informação essencial e promove a continuidade dos cuidados (The Joint Commition, 2017).

Com base nesta premissa, a DGS (2017) elaborou a Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro que orienta para a utilização de uma ferramenta apropriada para a transição de cuidados de forma a promover e adequar uma Comunicação Eficaz na transição de cuidados de Saúde. Esta norma tem como objetivo principal a uniformização de boas práticas para uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados para promover a segurança do doente, devendo ser padronizada, utilizando a técnica ISBAR (DGS, 2017).

De acordo com a norma nº 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017, p. 4), ISBAR significa:

“Identificação: Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação; Situação atual: Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; Antecedentes: Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade; Avaliação: Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas; Recomendações: Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente”.

Este objetivo está explanado e reforçado no novo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, de 24 de setembro de 2021, onde, no seu pilar nº 3 referente à “Comunicação”, reforça a necessidade de uma comunicação efetiva essencial “ao longo de todo o ciclo de cuidados”, em especial “nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidades ou da passagem da informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde” (Despacho nº 9390/2021 de 24 setembro, 2021, p. 100).

2 METODOLOGIA

A metodologia utilizada será uma abordagem exploratória observacional da transição de cuidados de enfermagem no bloco operatório de um hospital da região norte de Portugal continental complementada com o método reflexivo que se traduz num carácter ativo-participativo permitindo realizar uma análise retrospectiva suportada com a fundamentação teórica.

A elaboração do presente projeto será sustentada, como já referido, em diferentes fontes de informação para poder otimizar a realidade existente, implementando as mudanças necessárias para melhorar a intervenção da equipa. As principais fontes de informação foram:

- Observação da transição de cuidados de enfermagem efetuada pelos enfermeiros do serviço;
- Observação da documentação existente produzida no serviço e sua aplicabilidade à transição de cuidados de enfermagem adequados à metodologia ISBAR, promovendo a segurança do doente;
- Elaboração de uma grelha de auditoria para obter resultados dos principais momentos de quebra de informação na transição de cuidados e que poem em questão a segurança do doente;
- Documentação produzida pela equipa de enfermagem em sistema informático e informação transmitida na passagem do doente entre os colegas do serviço e para outros serviços;
- Observação da dinâmica de cuidados da equipa (complementando os registos produzidos), percebendo as necessidades na construção do documento;
- Pesquisa bibliográfica relativa à transição de cuidados de enfermagem utilizando a metodologia ISBAR, realizada em bases de dados científicas.

Após esta análise inicial, será necessário envolver a equipa de enfermagem para aferir o seu conhecimento sobre a metodologia ISBAR. Optar-se-á por realizar discussões informais com os profissionais da equipa de enfermagem que permitirão entender o conhecimento sobre a metodologia ISBAR, a sua importância para a transição de cuidados e implicação na segurança do doente. Após os contributos da perceção da equipa sobre a metodologia proceder-se-á a uma análise crítica entre o estudante, a tutora, enfermeira chefe, enfermeira diretora e responsáveis pela documentação de cuidados no serviço para aferir a melhor estratégia a desenvolver e aplicar no serviço para que a sua aceitação seja real e efetiva.

Será criada, nesta fase, um grupo de intervenção (*“focus group”*), sugerido pela enfermeira chefe e enfermeira diretora, para pôr em prática a difusão do trabalho. Este grupo de trabalho irá discutir acerca das necessidades do serviço e estratégias a adotar no planeamento e implementação do projeto. Como já referido será criada uma grelha de auditoria (ANEXO I) com base na Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro (DGS, 2017) para aferir os principais momentos de quebra de informação na transição de cuidados e que põem em questão a segurança do doente. A grelha de auditoria realizada servirá para avaliação futura da implementação do projeto.

Posteriormente será apresentada a proposta e realizadas as alterações que se revelaram pertinentes para que o processo seja exequível de acordo com o planeado pelo *“focus group”*.

A fase inicial da implementação será precedida de uma apresentação do projeto à equipa de enfermagem (Anexo II). Esta fase será, portanto, uma fase de teste que irá permitir a verificação da facilidade e praticabilidade da utilização do método e ferramenta idealizados. Por fim, a última etapa do projeto será a avaliação da sua operacionalidade e da perceção dos enfermeiros das melhorias adquiridas no processo de transição de cuidados no intraoperatório e sua importância na segurança do doente.

2.1 ESTRATÉGIA E RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES

Como já referido, após uma observação inicial, procedeu-se à realização de uma grelha de auditoria, tendo por base a Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017), para avaliar a necessidade de implementação do projeto, bem como os principais momentos em que existia quebra de informação na transição de cuidados no perioperatório. Esta grelha de auditoria foi elaborada em concordância com as necessidades referidas pelos elementos constituintes do *“focus group”* para a transição de cuidados no serviço e tendo por base os diferentes momentos de transição de cuidados: serviço de internamento/admissão; admissão/sala de indução; sala de indução/sala de operações; sala de operações/recobro; recobro/serviço de internamento.

Foram realizadas 20 observações *“in loco”* das transições de cuidados abrangendo todos os momentos. Após os dados foram trabalhados em Excel e apresentados em forma de gráficos para uma mais fácil interpretação dos resultados (Gráfico 1 e Gráfico2).

Os resultados gerais (Gráfico 1) demonstraram uma taxa de conformidade, para os itens auditados, de 42%, demonstrando uma necessidade de melhorar a prática de cuidados na transição de cuidados e por isso determinar que se impunha a necessidade de avançar com o projeto.

O Gráfico 2 representa de uma forma individual cada um dos itens auditados de forma a perceber quais as áreas onde a transição de cuidados tinha mais falhas e era mais passível de provocar erros diminuindo a segurança do doente em contexto perioperatório.

Após esta análise, o grupo de trabalho voltou a reunir e foram delineadas estratégias para implementação do projeto que se explanam de seguida neste documento.

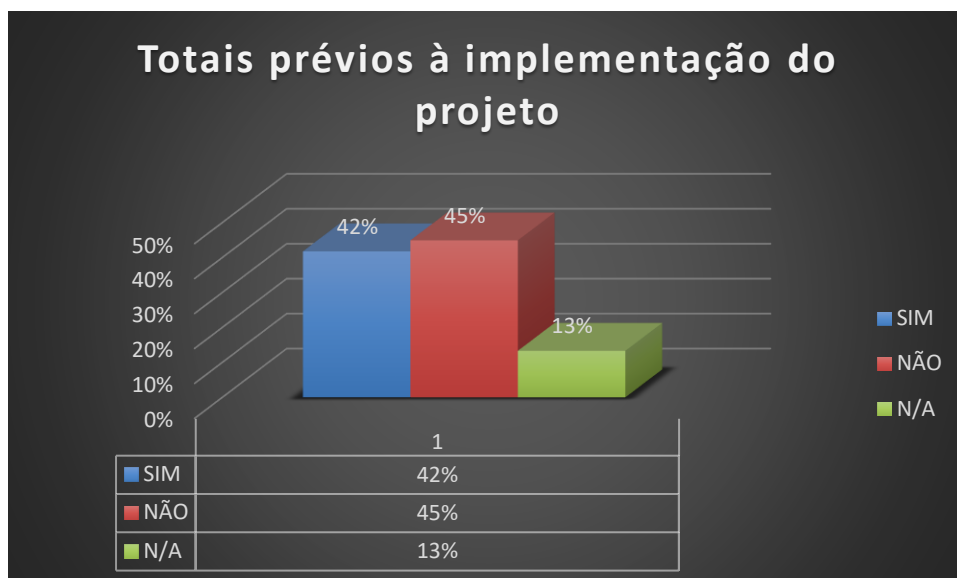


Gráfico 1 – Totais gerais da observação realizada à transição de cuidados atendendo à metodologia ISBAR no BO e um Hospital da Região Norte de Portugal Continental

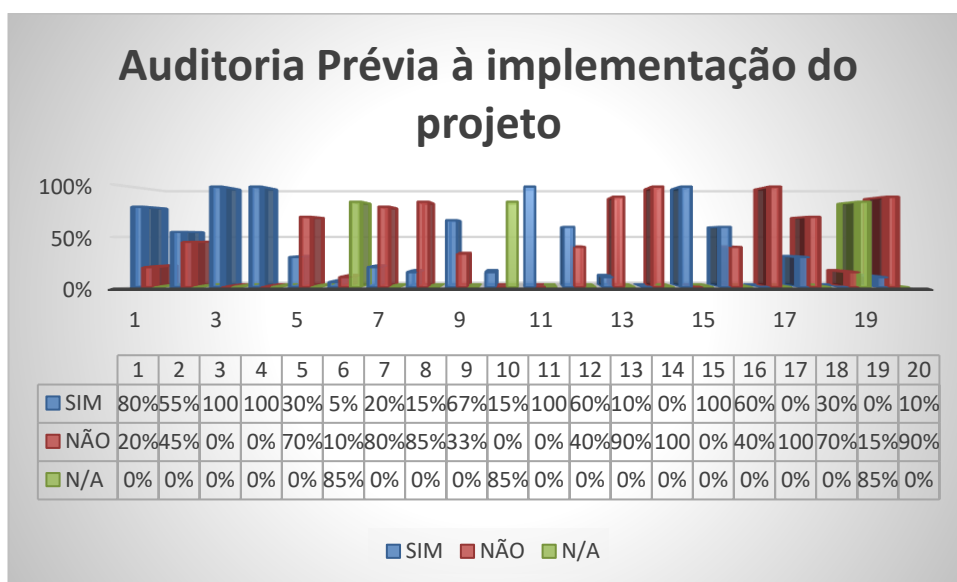


Gráfico 2 – Análise de cada item individualmente após observação realizada à transição de cuidados atendendo à metodologia ISBAR no BO de um hospital da Região Norte de Portugal Continental

3 DESENHO DO PROJETO

A estruturação e um projeto de melhoria deve ser pautada pela disciplina na orientação do projeto para que este tenha as suas etapas bem definidas e os seus objetivos bem delineados. Desta forma foram definidos os seguintes objetivos orientadores da execução deste projeto.

3.1 OBJETIVOS

3.1.1 Objetivo geral

- Avaliar a utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados no BO de um hospital da região Norte de Portugal Continental e planejar estratégias para melhorar o procedimento;
- Promover a segurança do doente em situação perioperatória na transição de cuidados de enfermagem no BO de um hospital da região Norte de Portugal Continental, recorrendo à metodologia ISBAR, de acordo com a Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017).

3.1.2 Objetivos específicos

- Efetuar um diagnóstico de situação relativo à transição de cuidados no BO;
- Criação de um grupo de trabalho “*Focus Group*” para determinar as necessidades e a melhor estratégia para a implementação do projeto de acordo com as reais necessidades do serviço e dos enfermeiros do perioperatório envolvidos;
- Elaborar um instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com base na metodologia ISBAR parametrizado e ajustado para o período perioperatório;
- Capacitar os enfermeiros do BO relativamente à metodologia ISBAR, instruindo e treinando a equipa;
- Implementar o projeto no serviço (na sua versão de teste);
- Avaliar a utilização da metodologia ISBAR na transferência de informação aquando dos momentos de transição de informação.

3.2 POPULAÇÃO ALVO

O projeto pretende abranger todos os enfermeiros do BO e UCI de um hospital da região Norte de Portugal Continental.

A sua implementação total terá uma duração prevista de seis meses até que a metodologia tenha sido completamente integrada na rotina da equipa de enfermagem no que se refere à transição dos cuidados de enfermagem.

3.3 RECURSOS

3.3.1 Recursos materiais

- Papel para impressão dos instrumentos de apoio e guia orientados e recursos audiovisuais para realização da ação de formação

3.3.2 Recursos Humanos

- Investigador (aluno), equipa de enfermagem do BO de um hospital da região Norte de Portugal Continental

3.3.3 Recursos físicos

- Sala para realização da ação de formação

3.3.4 Recursos financeiros

- A cargo do investigador (aluno) e instituição

3.4 RESULTADOS ESPERADOS

- Habilitar os enfermeiros do BO de ferramentas que permitam utilizar corretamente a metodologia ISBAR no perioperatório reduzindo o erro na transição de informação e melhorando a segurança do doente;
- Diminuir possíveis erros na comunicação, bem como perdas de informação importante na transição dos cuidados;
- Melhorar a comunicação entre os profissionais de saúde através da uniformização da linguagem e estrutura da informação transmitida.

3.5 AVALIAÇÃO

A avaliação será realizada através da comparação entre o pré e pós implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados no perioperatório. Esta avaliação será realizada após o término do estágio, e poderá basear-se na perceção que os enfermeiros que irão dar continuidade ao projeto têm da mesma. Poderão ainda ser realizadas auditorias para verificar a sua eficácia.

4 IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

O planeamento permite identificar o processo que parece mais adequado para a sua implementação reduzindo os problemas identificados, de forma a alcançar os objetivos propostos.

A finalidade principal deste projeto traduz-se na melhoria continua da segurança do doente no período perioperatório onde a comunicação desempenha um papel fundamental (DGS, 2017).

De forma a atingir os objetivos específicos deste projeto de intervenção no serviço, foram traçadas estratégias e atividades que se passam de seguida a explicar.

4.1. EXECUÇÃO

Plano de atividades referente a cada objetivo específico	
Objetivo	Efetuar um diagnóstico de situação relativo à transição de cuidados no BO
Atividades	• Observação da transição de cuidados entre os profissionais do serviço, com maior incidência na equipa de enfermagem; • Analisar as ferramentas disponíveis no serviço e sua aceitação e utilização pelos enfermeiros da equipa; • Realizar pesquisa bibliográfica acerca da comunicação no perioperatório com especial foco na utilização da metodologia ISBAR; • Comparar a realidade do serviço com aquilo que está cientificamente descrito como sendo a boa pratica; • Perceber e definir com a tutora, orientadora e responsáveis pela documentação de registos as necessidades do serviço no que se refere ao tema e estratégias e ferramentas já utilizadas; • Refletir sobre os conhecimentos da equipa acerca da utilização da metodologia ISBAR; • Identificar as inconformidades e não concordâncias com a metodologias ISBAR
Objetivo	Criação de um grupo de trabalho “Focus Group” para determinar as necessidades e a melhor estratégia para a implementação do projeto de acordo com as reais necessidade do serviço e dos enfermeiros do perioperatório envolvidos
Atividades	• Reunir com a tutora, enfermeira chefe e enfermeira diretora para definir estratégias e criar um grupo de trabalho com enfermeiros peritos no serviço na área da transição e documentação de cuidados, bem como enfermeiros capacitados para a importância da transição de cuidados na segurança do doente e continuidade de cuidados de enfermagem; • Elaborar uma grelha de auditoria com base na Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017) com os elementos que se considerem importantes para a transição de cuidados no serviço de forma a avaliar as necessidades do serviço; • Analisar os dados recolhidos;

	Reunir novamente com o grupo de trabalho e planejar as estratégias seguintes para implementação do projeto
Objetivo	Elaborar um instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com base na metodologia ISBAR parametrizado e ajustado para o período perioperatório
Atividades	- Revisão da Norma n.º 001/2017 de 28 de fevereiro (DGS, 2017) sobre <i>“Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”</i>; - Análise da realidade existente em outras instituições no que se refere à transição de cuidados no perioperatório; - Estabelecer um conjunto de dados relevantes para cada item da mnemónica ISBAR; - Estabelecer um plano que seja exequível e possivelmente bem aceite pela equipa; - Validar a construção do instrumento com a tutora, orientadora do estágio, enfermeira chefe, enfermeira diretora e grupo de trabalho;
Objetivo	Capacitar os enfermeiros do BO relativamente à metodologia ISBAR, instruindo e treinando a equipa
Atividades	- Planejar e realizar sessões de formação sobre o tema utilizando a metodologia expositiva com recurso audiovisual (Anexo II); - Disponibilizar a folha de transição de cuidados de enfermagem aos enfermeiros do serviço - Apresentar as folhas planeadas para a transição de cuidados de enfermagem para o serviço: - A primeira folha a ser implementada será utilizada durante cerca de um mês para treino e adaptação dos enfermeiros do serviço (Anexo III) - A segunda folha a ser implementada será utilizada após o primeiro mês, deixando a primeira de estar em uso e servirá apenas de apoio à utilização de uma linguagem uniforme utilizando a mnemónica ISBAR (Anexo IV) - Definir junto com os enfermeiros do serviço os timings de implementação do projeto; - Disponibilizar a formação a todos os enfermeiros do serviço; - Disponibilizar aos enfermeiros bibliografia acerca da metodologia ISBAR
Objetivo	Implementar o projeto no serviço (na sua versão de teste)
Atividades	- Informar o serviço da data de início da implementação do instrumento de apoio à transição de cuidados de enfermagem; - Iniciar o processo de utilização da primeira folha referente ao instrumento preconizado (Anexo III); - Envolvimento da chefia em todo o processo:

	○ A folhas serão utilizadas na admissão do doente no BO e devem começar a ser preenchidas com toda a informação relevante que pode ser recolhida nesta fase (estas folhas serão distribuídas pelo chefe de equipa e devem ser analisadas por todos os elementos para a sua habituação) ○ A folha acompanha o doente até a saída do circuito do bloco operatório (altura em que poderá ser reutilizada, uma vez que será plastificada e de fácil preenchimento) • No final do segundo mês reavaliar o processo e se possível retirar a primeira folha e colocar em utilização a segunda
Objetivo	Avaliar a utilização da metodologia ISBAR na transferência de informação aquando dos momentos de transição de informação
Atividades	• Acompanhar o início do processo de implementação da metodologia ISBAR na prática e auxiliar nas dúvidas que possam existir; • Reajustar na fase de teste as necessidades que possam surgir; • Preconizar junto com os elementos que darão continuidade ao projeto estratégias de avaliação da implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no serviço ○ Observar as transições de cuidados após o período experimental ○ Realização de auditorias à transição de cuidados de enfermagem ○ Perceção da melhoria na transição de cuidados de enfermagem e sua tradução na segurança do doente no período perioperatório ○ Analisar os resultados e proceder a alterações necessárias • Comunicar os dados recolhidos à equipa de enfermagem com autorização da chefia

Tabela 1 - Plano de atividades referente a cada objetivo específico

A ideia da implementação do projeto, como já foi referida, pretende melhorar a segurança do doente no período perioperatório, através da utilização da metodologia ISBAR na transição dos cuidados de enfermagem. Para que um processo seja aceite e facilmente integrado na prática de cuidados este não deve ser um constrangimento à prestação dos mesmos. Por isso a utilização destas ferramentas está prevista ser transitória de forma a não ser um incremento de trabalho para os profissionais do serviço. A ideia da utilização inicial de um instrumento de apoio prende-se com o facto de os profissionais poderem treinar e aprender a utilização da metodologia.

É expectável que até o final do período de implementação do projeto o apoio deixe de ser necessário na transição de cuidados.

Será necessário um acompanhamento constante da aceitabilidade e adesão da equipa ao processo de melhoria da transição de cuidados.

Espera-se também que o relatório produzido em sistema informático consiga refletir toda a informação que é expectável de transmitir com apoio da folha de treino inicial.

Como consideração final à execução deste projeto de intervenção, considero que seria um projeto bem-sucedido se no final dos seis meses preconizados para a implementação total deste plano de intervenção a taxa de adesão de enfermeiros a utilizar a metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO deste hospital seja superior a 80%.

5 CRONOGRAMA

O cronograma seguinte reflete o período estipulado/planeado para realização de algumas das atividades anteriormente descritas e que se apresentam como preponderantes para a execução deste plano de intervenção no serviço.

Atividades \ Meses	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Avaliação das necessidades								
Observação dos momentos de transição de cuidados								
Reflexão acerca da problemática								
Criação de um "Focus Group"								
Realizar revisão bibliográfica acerca da temática								
Construir instrumento com base na metodologia ISBAR para o perioperatório do BO do HP								
Planejar a formação da metodologia ISBAR								
Formação sobre metodologia ISBAR								
Implementar a metodologia ISBAR (início do processo utilizando a primeira folha)								
Continuação do processo de utilização da metodologia ISBAR (utilização da segunda folha)								
Primeira avaliação da implementação da metodologia ISBAR aplicada								
Avaliações periódicas do processo de transição de cuidados utilizando a metodologia proposta								
Auditorias do processo								
Avaliação da documentação produzida no sistema informático e sua relação com a metodologia proposta								

6 CONCLUSÃO

O conhecimento e o foco na transferência verbal influenciam a comunicação, a eficácia da equipe e a qualidade das transferências (Kaltoft et al., 2022)

A segurança do doente é a prioridade dos cuidados em enfermagem e o erro associado à falta de comunicação é um dos grandes causadores de eventos adversos que ocorrem em ambiente perioperatório. Assim, uma ferramenta que possa minimizar a ocorrência desse erro deve ser exaustivamente trabalhada e implementada nos blocos operatórios. Além de ser uma recomendação da DGS desde 2017, esta ferramenta pode minimizar drasticamente a ocorrência do erro associado às falhas de comunicação (DGS, 2017).

A mnemónica ISBAR tem-se mostrado uma forma organizada de transmissão de informação em várias áreas, incluindo a saúde. Se a metodologia for corretamente utilizada, esta minimiza muito o risco de perda de informação, assegurando que aquilo que é necessário dar continuidade é transmitido (Kitney et al., 2020).

O uso do ISBAR como uma ferramenta estruturada em conjunto com as mudanças organizacionais pode melhorar a qualidade da transferência do paciente e, assim, aumentar indiretamente a segurança do paciente (Kaltoft et al., 2022)

Este projeto propõe melhorar de forma significativa esta problemática identificada na transição de cuidados de enfermagem no servido. Espero que com a sua conclusão os ganhos para a saúde no respeitante à segurança do doente no serviço possam ser incrementados de forma a garantir um elevado padrão de qualidade dos cuidados de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. Denver: AORN Inc
- Caselhas, S. (2020). *ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Portalegre]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/33567>
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de turno em Enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*, 13(115). file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/dadospdf.com_passagem-de-turno-em-enfermagem-uma-reflexao-.pdf
- Coutinho, J.; Neves, J. (2019) *Manual de boas praticas em cirurgia de ambulatório do Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte, EPE*. Lisboa. http://www.chln.min-saude.pt/media/k2/attachments/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202019.pdf
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova O Plano Nacional para a Segurança do Doentes 2015-2020 (PNSD 2015-2020). Diário da República Série II, Nº 28 de 10-02-2015 (3882-(2) – 3882-(10)). <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II Série II, Nº 187 de 24-09-2021 (96-103). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Direção Geral da Saúde (DGS) (2017). Norma n.º 001/2017 de 8 de fevereiro de 2017 - Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. (08-02-2017) (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>

- Kitson, A., Muntlin Athlin, Å., Elliott, J., & Cant, M. (2013). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(6), 1228-1242. <https://doi.org/10.1111/jan.12321>
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing*, 29(1). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1001>
- Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>
- Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Divulgar - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroesde-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º 135 de 16-07-2018 (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>

- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República Série II, n.º 26 de 06-02-2019 (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- The Joint Commition (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1-6 [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Van Wicklin, S. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Varanda, E., Rodrigues, C. & Costa, A. (2015). *Concurso padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem da secção regional sul da ordem dos enfermeiros Projeto de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem: avaliação e estimulação do doente com alterações do estado de consciência*. Lisboa https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalGarciaOrta_AvaliacaoEstimulacaoDoenteComAlteracoesEstadoConsciencia.pdf
- World Health Organization (2009). *Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*. https://www.who.int/patientsafety/research/methods_measures/human_factors/human_factors_review.pdf

ANEXOS

ANEXO I

Grelha de auditoria utilizada para observação da transição de cuidados utilizando a metodologia ISBAR

Contributo do Enfermeiro Especialista na Avaliação do Risco de Lesão Associado ao Posicionamento Cirúrgico

Auditoria prévia da utilização da Metodologia ISBAR no perioperatório									
Fase	Intervenção	Sim	Não	N/A	Coluna1	Somatório	Sim%	Não%	N/A%
Identificação	Identificação do doente (positiva e segura (nome completo e outro dado))					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Identificação	Verificação da pulseira de identificação					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Situação	Diagnóstico/Intervenção Cirúrgica					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Situação	Anestesia realizada/técnica anestésica					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Situação	MCDT's visíveis e/ou disponíveis					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Situação	Reserva de sangue					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Antecedentes	Referência de antecedentes relevantes					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Antecedentes	Referência de alergias medicamentosas ou sem alergias medicamentosas					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Antecedentes	Referência se tomou medicação pré-cirurgia (se aplicável)					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Intercorrências com a anestesia					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Tipo de penso e características					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Referência da medicação administrada					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Referência ao horário da administração da medicação					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Referência de perdas hemáticas					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Referência de drenagens e cuidados com as mesmas					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Dor/analgesia					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Estado de consciência/Recuperação de bloqueio periférico					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Avaliação	Referência a focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Recomendações	Referência a MCDT's agendados					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Recomendações	Referência a indicações clínicas relevantes					0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Totais		0	0	0	0	0	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!
Totais percentagem		#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!	#DIV/0!

ANEXO II

**Ação de formação realizada aos enfermeiros do serviço do BO de um hospital da região
Norte de Portugal Continental**

2º Ciclo do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Projeto de Intervenção Metodologia ISBAR



Janeiro 2023



Autor do trabalho:

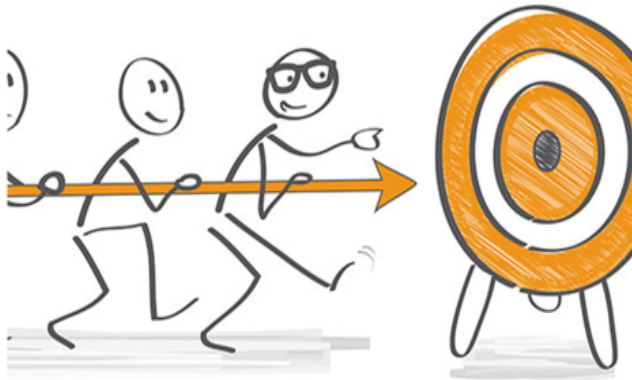
Pedro Pereira (3804)

Tutoria do trabalho:

Ida Ribeiro (EEEMC)

Orientação:

Professora Isabel Miranda (Mestre em EMC)



OBJETIVOS (do projeto)

- Promover a segurança do doente em situação perioperatória na transição de cuidados de enfermagem no BO do recorrendo à metodologia ISBAR, de acordo com a norma DGS aplicável (Norma 001/2017).



OBJETIVOS (da sessão)

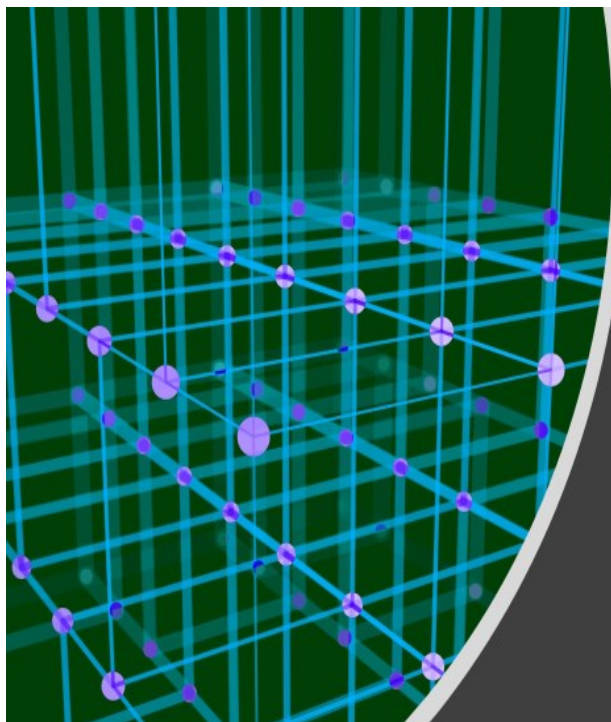
- Informar sobre a metodologia ISBAR;
- Apresentar o projeto de implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO do
- Envolver os enfermeiros no projeto “*Implementação da metodologia ISBAR no Bloco Operatório*”.

SUMÁRIO

Enquadramento;

Apresentação do projeto;

Implementação do projeto



Abordagem exploratória observacional da transição de cuidados de enfermagem no Bloco Operatório do complementada com o método reflexivo que se traduz num carácter ativo-participativo permitindo realizar uma análise retrospectiva suportada com a fundamentação teórica.

MOTIVOS

Norma DGS nº 001/2017 - “Comunicação Eficaz na transição de cuidados de Saúde”.

A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.

Norma 001/2017 de 08 de fevereiro(DGS, 2017)

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020



OBJETIVO ESTRATÉGICO 2

AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

Sendo a comunicação um pilar fundamental para a segurança do doente, em especial quando existe transferência de responsabilidade da prestação de cuidados de saúde, como é o caso das transições, como as mudanças de turno e as transferências ou altas dos doentes, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem implementar procedimentos normalizados para assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações entre os profissionais de saúde, evitando lacunas na comunicação, que podem causar quebras graves na continuidade de

cuidados e no tratamento adequado, potenciando, assim, os incidentes com dano para o doente.

De acordo com o diagnóstico de situação, realizado no âmbito dos Planos de Atividades das Comissões da Qualidade e Segurança para 2015 nas instituições prestadoras de cuidados de saúde, o número médio nacional de auditorias internas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados é de 5 auditorias/ano.

As tecnologias de informação e comunicação desempenham, neste contexto, uma função estruturante fundamental, não apenas entre diferentes instituições prestadoras de cuidados, nacionais, europeias ou internacionais, mas, também, entre serviços da mesma instituição ou profissionais do mesmo serviço.

Despacho 1400-A/2015 — 10 de fevereiro de 2015

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026



No seu pilar nº 3 referente à “Comunicação”

- Reforça a necessidade de uma comunicação efetiva essencial “ao longo de todo o ciclo de cuidados”, em especial “nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidades ou da passagem da informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde”

(Despacho nº 9390/2021 de 24 setembro 2021)

Guia Orientador da Prática Clínica dos Enfermeiros

GUIA ORIENTADOR DA PRÁTICA CLÍNICA DOS ENFERMEIROS - Procedimentos Comuns -													
Destinatários: Enfermeiros													
NORMA: RECOMENDAÇÃO DE SEGURANÇA: TRANSIÇÃO DE CUIDADOS O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) determina como um dos objetivos estratégicos a melhoria/avaliação da segurança da comunicação, ocorrendo em várias dimensões, entre as quais, o aperfeiçoamento da comunicação entre profissionais na passagem de informação na mudança de turno e na transferência de doentes entre serviços. A comunicação deve ser clara, oportuna, precisa, completa, uniforme e compreendida pelo receptor. Para o seu sucesso é necessário existir um ambiente facilitador, capaz de reduzir os principais obstáculos à eficácia, tais como os ruídos físicos e psicológicos, que empõem “barreiras” de comunicação. A utilização de um instrumento validado, que organize a informação a transferir é uma estratégia promotora da continuidade de cuidados e da segurança do doente. Existem quatro formatos de transição de cuidados: ✓ A passagem de turno de trabalho ✓ A transferência inter-hospitalar ✓ A transferência intra-hospitalar ✓ A alta hospitalar AADG, na norma nº 001/2017 - <i>Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde</i>, recomenda a utilização da ferramenta ISBAR, a qual permite aos profissionais “... a obtenção de formas simples, memorizáveis, concisas e completas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que [...] corresponde à identificação, B; à Situação atual, S; aos Antecedentes, A; à Avaliação, R; e às Recomendações, I.” É uma ferramenta de comunicação, integrada numa estratégia de segurança do paciente com o intuito de evitar falhas na comunicação verbal e escrita, criando um modelo mental compartilhado em torno do quadro clínico do Cliente e das situações que requerem avaliação rápida na troca de informação crítica (RANKETER 2010; CHASSIN & DECHER, 2002). A implementação da metodologia ISBAR no Hospital de Prolata, em todos os serviços, é promovida através da formação dos profissionais, da conceção e disponibilização de instrumento formativo em plataformas de e-learning, da implementação de auditorias ao processo e da implementação e discussão das dificuldades e dúvidas partilhadas. Os momentos de transição de cuidados, também denominados handovers podem adotar vários formatos:													
• Verbal (face a face) – permitem a discussão de situações clínicas específicas e acontecem em locais designados para o efeito (ex: salas de enfermagem, salas de reuniões). Permitem ainda a linguagem não verbal (expressão facial, abanar com a cabeça, etc). • Escrita – faz recurso a materiais em texto que descrevem o estado do doente, eventos relevantes à transição de cuidados, aos quais a enfermeira rececionista tem acesso. Não permite a discussão de dados e de estratégias de cuidados. • Junto ao doente – permite o envolvimento do doente no processo de cuidados.	Quando a transição de cuidados se refere à mudança de turno, este momento é um período de tempo de trabalho sobrepósivel às duas equipes (entre 15 a 30 minutos). <table border="1"> <thead> <tr> <th>Memorística ISBAR</th> <th>Descritivo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td> I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem se dirige a comunicação. </td> <td> a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Tempo de organização/identificação; e) Identificação da pessoa significativamente informada. </td> </tr> <tr> <td> S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde </td> <td> f) Data e hora de admissão; g) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; h) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados na avaliação; </td> </tr> <tr> <td> A Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, devendo anteceder de contexto. </td> <td> i) Antecedentes clínicos; j) Níveis de dependência; k) Diretivas antecipadas de vontade; l) Alergias conhecidas ou de sua suspeita; m) Hábitos relevantes; n) Terapêutica de ambulatório e aderência à mesma; o) Tratamentos medicação; p) Presença ou risco de contaminação/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; q) Identificação da situação social e da capacidade do cuidador. </td> </tr> <tr> <td> R Avaliação Intervenções sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas. </td> <td> r) Problemas atuais; s) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; t) Confirmação da medicação em período contínuo (farmaco e tempo); u) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; v) Focos de infeção, diagnósticos e intervenções atuais; w) Indicação do plano de continuidade de cuidados; </td> </tr> <tr> <td> I </td> <td> x) Indicação do plano de continuidade de cuidados; </td> </tr> </tbody> </table>	Memorística ISBAR	Descritivo	I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem se dirige a comunicação.	a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Tempo de organização/identificação; e) Identificação da pessoa significativamente informada.	S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	f) Data e hora de admissão; g) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; h) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados na avaliação;	A Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, devendo anteceder de contexto.	i) Antecedentes clínicos; j) Níveis de dependência; k) Diretivas antecipadas de vontade; l) Alergias conhecidas ou de sua suspeita; m) Hábitos relevantes; n) Terapêutica de ambulatório e aderência à mesma; o) Tratamentos medicação; p) Presença ou risco de contaminação/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; q) Identificação da situação social e da capacidade do cuidador.	R Avaliação Intervenções sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.	r) Problemas atuais; s) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; t) Confirmação da medicação em período contínuo (farmaco e tempo); u) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; v) Focos de infeção, diagnósticos e intervenções atuais; w) Indicação do plano de continuidade de cuidados;	I	x) Indicação do plano de continuidade de cuidados;
Memorística ISBAR	Descritivo												
I Identificação Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a quem se dirige a comunicação.	a) Nome completo, data de nascimento, género e nacionalidade do doente; b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor; c) Nome e função do Profissional de Saúde receptor; d) Tempo de organização/identificação; e) Identificação da pessoa significativamente informada.												
S Situação Atual/Causa Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde	f) Data e hora de admissão; g) Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde; h) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados na avaliação;												
A Antecedentes/Anamnese Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, devendo anteceder de contexto.	i) Antecedentes clínicos; j) Níveis de dependência; k) Diretivas antecipadas de vontade; l) Alergias conhecidas ou de sua suspeita; m) Hábitos relevantes; n) Terapêutica de ambulatório e aderência à mesma; o) Tratamentos medicação; p) Presença ou risco de contaminação/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; q) Identificação da situação social e da capacidade do cuidador.												
R Avaliação Intervenções sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas.	r) Problemas atuais; s) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; t) Confirmação da medicação em período contínuo (farmaco e tempo); u) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; v) Focos de infeção, diagnósticos e intervenções atuais; w) Indicação do plano de continuidade de cuidados;												
I	x) Indicação do plano de continuidade de cuidados;												
Revisão por: Enfermeiro Geral Flámina Maia – NEF 2013/12 e Enfermeiro Gestor em 2021/2022	Aprovado por: Conselho Executivo – ENEP Geral Data: _____												
Revisão por: Enfermeiro Geral Flámina Maia – NEF 2013/12 e Enfermeiro Gestor em 2021/2022	Aprovado por: Conselho Executivo – ENEP Geral Data: _____												

COMUNICAÇÃO

- Quando se fala em qualidade nos cuidados de saúde, torna-se imprescindível a abordagem das particularidades da interação e da comunicação entre os profissionais que são responsáveis pelo cuidado e, por isso, pela segurança do doente. A transferência de responsabilidade da prestação de cuidados (mudanças de turno, transferência de cuidados ou alta dos doentes) são muitas vezes acompanhadas de imprecisões, omissões ou erros na comunicação.

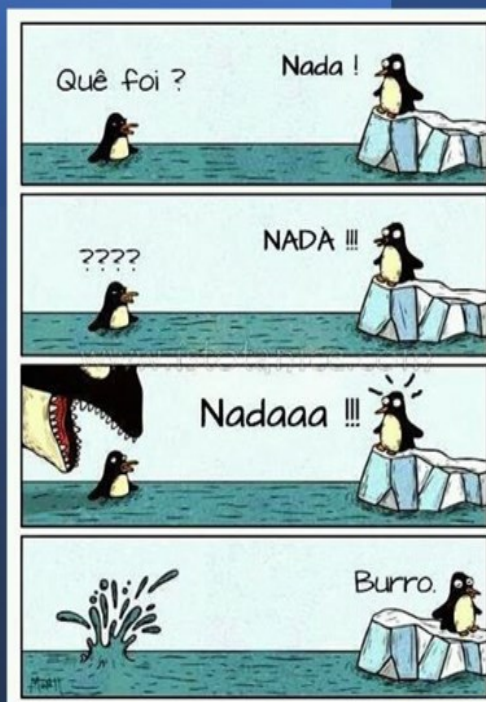
(DGS, 2017)



COMUNICAÇÃO



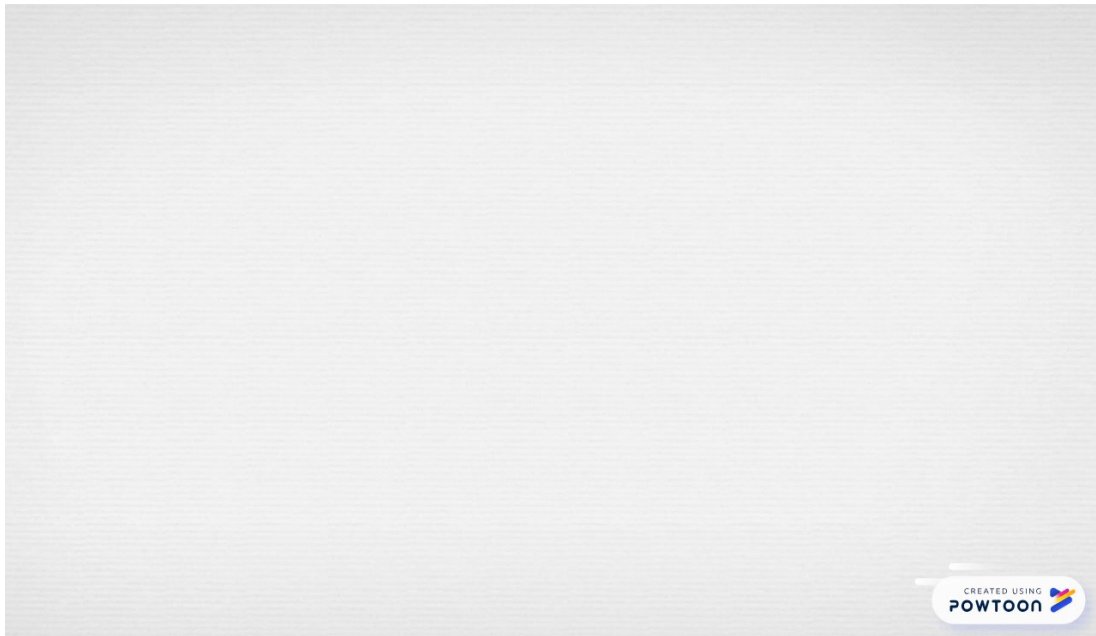
COMUNICAÇÃO



COMUNICAÇÃO

O uso de ferramentas de padronização das transições pode ser visto como uma solução para o problema

(DGS, 2017)



METODOLOGIA ISBAR

I - Identificação - "Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação"

- a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;
- b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;
- c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;
- d) Serviço de origem/destinatário;
- e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.

S - Situação Atual/Causa "Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde"

- a) Data e hora de admissão;
- b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.

B - Antecedentes/Anamnese "Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade"

- a) Antecedentes clínicos;
- b) Níveis de dependência;
- c) Diretivas antecipadas de vontade;
- d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- e) Hábitos relevantes;
- f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;
- g) Técnicas invasivas realizadas;
- h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;
- i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.

Fonte: DGS (2017), norma 001/2017

METODOLOGIA ISBAR

A - Avaliação

"Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas"

- a) Problemas ativos;
- b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;
- c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

R - Recomendações

"Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente"

- a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;
- b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;
- c) Identificação de necessidades do cuidador informal.

Fonte: DGS (2017), norma 001/2017



E no Hospital ?

O serviço de Ortopedia iniciou a implementação da metodologia ISBAR em 2021

- 1º Auditoria ao processo ao processo de transição de cuidados entre turnos
- 2º Formação sobre ISBAR
- 3º Focus group para decidir a informação a integrar em cada etapa ISBAR;
- 4º Elaboração de instrumento de recolha e registo de informação
- 5º Implementação;
- 6º Avaliação e monitorização contínua;
- 7º Melhoria

Replicada formação e instrumento aos serviços de Departamento Cirúrgico, U. Queimados e MFR/URAVC

APRESENTAÇÃO DO PROJETO



A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anaesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool

Ann-Charin Leonardsen,
Elina Klauwandel Mørn, Gør Kjørhusen,
Trine Hovland
Oslofjord Hospital Trust, Norway

improve quality and safety in patient handovers between the operating room and the PACU. Research is needed to define optimal patient handovers and to determine the effect of handover quality on patient outcomes.

Introduction

The risks associated with perioperative care and anaesthesia do not end when the patient leaves the operating room: the potential for complications continues during the patient transfer to the postoperative anaesthesia care unit (PACU).¹ In the PACU, patient care is transferred from the Nurse

Correspondence: Ann-Charin Leonardsen, Oslofjord Hospital Trust, Kalsveien 168, 1714 Grønsås, Norway.
E-mail: ann.a.leonardsen@osl.no

Key words: Personnel's experiences; patient handovers; postoperative anaesthesia care unit; quantitative study.

Contributions: all authors contributed to planning of the study, data collection, analysis and writing.

Conflict of interest: the authors declare no potential conflict of interest.

Funding: funding was granted by collaboration funds from Oslofjord Hospital Trust and Oslofjord University College.



ACORN INTERNATIONAL COLLEGE OF
PERIOPERATIVE NURSING | JOURNAL OF PERIOPERATIVE NURSING

Volume 29 | Issue 1

Article 2

3-1-2016

Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study

Patricia Kihney
patricia.kihney@wh.org.au

Raymond Tam
raymond.tam@wh.org.au

Paul Bennett
paul.bennett@wh.org.au

Peer-reviewed article

Authors

Patricia Kihney
RN (Perioperative), BA (Public Health), GradCert
Leadership, Graduate Diploma in
Western Health, Sunshine, Victoria

Raymond Tam
RN, BA (Public Health)
Western Health, Sunshine, Victoria

David Bramley
RN, BA (Public Health)
Western Health, Sunshine, Victoria

Karen Simons

Corresponding author
patricia.kihney

Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – a quality improvement project

Abstract

Background

ISBAR is a structured approach to communication between health care providers, particularly for the purpose of transferring patient clinical care. The ISBAR acronym refers to Identification, Situation, Background, Assessment and Request or Recommendation.

Journal of Perioperative Nursing 31 (2016) 14–19

Contents lists available at ScienceDirect

Journal of PeriAnesthesia Nursing

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

Best Practice

ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery

Agnete Kahori, RN, MSc^{a,*}, Yli Inga Jacobsen, RN^a, Mariann Tanggaard, RN^a,
Hanne Irene Jensen, RN, MSc, PhD^{a,b}

^a Department of Anaesthesiology and Intensive Care, Rigshospitalet, University Hospital of Copenhagen, Copenhagen, Denmark
^b Department of Regional Health Research, University of Southern Denmark, Odense, Denmark

Keywords:
Anaesthesia
Postoperative care unit
Patient handover
Quality improvement
Recovery room

ABSTRACT

Purpose: The purpose of this study was to investigate satisfaction in the handovers between anaesthesia and the recovery room and to examine the effect of using the Identification, Situation, Background, Assessment and Recommendation (ISBAR) instrument as a structured dialogue tool during handovers. **Design:** A prospective quality improvement project with pre-post assessments. **Methods:** Fifty handovers in the postoperative care unit were observed. Data were collected regarding parameters associated with ISBAR. Both certified registered nurse anaesthetists and registered nurses (RNs) in the postoperative care unit were interviewed about their satisfaction with the handover.

RESULTADOS

- Os resultados dos estudos analisados evidenciam que a implementação de uma ferramenta estruturada para transição de cuidados de enfermagem (ISBAR) promove a qualidade e a segurança do doente em contexto perioperatório.
- A uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, influencia positivamente o trabalho em equipa.
- Existem diversos fatores que podem afetar a utilização da metodologia, pelo que devem existir estratégias de promoção da implementação (cartazes”, formação, etc).

OBJETIVOS ESPECÍFICOS



Efetuar um diagnóstico de situação relativo à transição de cuidados no BO do I



Elaborar um instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com base na metodologia ISBAR parametrizado e ajustado para o período perioperatório;



Capacitar os enfermeiros do BO relativamente à metodologia ISBAR, instruindo e treinando a equipa;



Implementar o projeto no serviço (na sua versão de teste);



Avaliar a utilização da metodologia ISBAR na transferência de informação aquando dos momentos de transição de informação.

ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS

- Criação de um **Focus Group**:
 - Ana Rita
 - Inês Pedro
 - Maria Manuel
 - Pedro Pereira
 - Sónia Soares
- Elaboração de uma tabela de auditoria tendo por base o modelo explicativo da metodologia ISBAR da DGS;
- Elaboração de um modelo para orientação da transição de cuidados tendo por base a metodologia ISBAR;
- Realização de observações dos diferentes momentos da transição de cuidados com base na tabela de auditoria;
- Análise dos resultados em tabela de Excel

RESULTADOS DAS OBSERVAÇÕES

Auditoria prévia da utilização da Metodologia ISBAR no perioperatório										
Fase	Intervenção	Sim	Não	N/A	Column1	Somatório	Sim%	Não%	N/A%	
Identificação	Identificação do doente (positiva e segura (nome completo e outro dado))	16	4	0		20	80%	20%	0%	
Identificação	Verificação da pulseira de identificação	11	9	0		20	55%	45%	0%	
Situação	Diagnóstico/Intervenção Cirúrgica	20	0	0		20	100%	0%	0%	
Situação	Anestesia realizada	20	0	0		20	100%	0%	0%	
Situação	MCDT's visíveis e/ou disponíveis	6	14	0		20	30%	70%	0%	
Situação	Reserva de sangue	1	2	17		20	5%	10%	85%	
Antecedentes	Referência de antecedentes relevantes	4	16	0		20	20%	80%	0%	
Antecedentes	Referência de alergias medicamentosas ou sem alergias medicamentosas	3	17	0		20	15%	85%	0%	
Antecedentes	Referência se tomou medicação pré-cirurgia (se aplicável)	2	1	0		3	67%	33%	0%	
Avaliação	Intercorências com a anestesia	3	0	17		20	15%	0%	85%	
Avaliação	Tipo de penso e características	20	0	0		20	100%	0%	0%	
Avaliação	Referência da medicação administrada	12	8	0		20	60%	40%	0%	
Avaliação	Referência ao horário da administração da medicação	2	18	0		20	10%	90%	0%	
Avaliação	Referência de perdas hemáticas	0	20	0		20	0%	100%	0%	
Avaliação	Referência de drenagens e cuidados com as mesmas	20	0	0		20	100%	0%	0%	
Avaliação	Dor/analgesia	12	8	0		20	60%	40%	0%	
Avaliação	Estado de consciência/Recuperação de bloqueio periférico	0	20	0		20	0%	100%	0%	
Avaliação	Referência a focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas	6	14	0		20	30%	70%	0%	
Recomendações	Referência a MCDT's agendados	0	3	17		20	0%	15%	85%	
Recomendações	Referência a indicações clínicas relevantes	2	18	0		20	10%	90%	0%	
Totais		160	172	51	383	383	42%	45%	13%	
Totais percentagem		42%	45%	13%	1	1	42%	45%	13%	

RESULTADOS ESPERADOS



Capacitar os enfermeiros do perioperatório para a utilização da metodologia ISBAR no período perioperatório



Diminuir falhas **na comunicação** nos vários momentos de transição dos cuidados;



Uniformizar os momentos de transição de cuidados no perioperatório



Promover a segurança do doente

AVALIAÇÃO

- Realizada através da comparação entre o pré e pós implementação da metodologia ISBAR na transição de cuidados no perioperatório;
- Realizada após o término do estágio pelos enfermeiros que darão continuidade ao projeto;
- Através de auditorias.



IMPLEMENTAÇÃO DO PROJETO

PRIMEIRO MÊS

Utilização do modelo elaborado para transição de cuidados de enfermagem com a metodologia ISBAR;

Modelo na admissão do doente ao BO (inicia o preenchimento);

Prevê-se utilizar o modelo em todos os doentes operados diariamente (serão apenas excluídos os doentes de oftalmologia);

O modelo acompanha o percurso do doente, até a saída do bloco operatório (altura em que poderá ser reutilizada, uma vez que será plastificada e de fácil preenchimento).

I
S
B
A
R

IDENTIFICAÇÃO
Nome/ Idade/ Serviço

SITUAÇÃO
Diagnóstico/Intervenção Cirúrgica
Anestesia
Intercorrências: Anestésicas / Cirúrgicas
Intercorrências hemodinâmicas/Medicação administrada:
Transfusão de hemoderivados:

BACKGROUND (ANTECEDENTES)
Sem antecedentes relevantes
Antecedentes
Alergias

AValiação
A e B: Ventilação
C: T/A; Cateteres; Pulso
D: Glicemia capilar /Consciência
E: Temperatura
Penso: Aspeto e localização
Drenagens:
Sondas:

Dor: Analgesia
Profilaxia náuseas e vômitos:
Escala de Aldrete/ Escala de Bromage:

RECOMENDAÇÕES
Plano terapêutico:
Posicionamento:
O2:
Profilaxia tromboembólica/antibiótica
MCDT's
Diagnósticos pendentes
Outros

CRONOGRAMA DO PROJETO

Meses	novembro	dezembro	janeiro	fevereiro	março	abril	maio	junho
Avaliação das necessidades								
Observação dos momentos de transição de cuidados								
Assistir aos momentos de transição de cuidados								
Reflexão acerca da problemática								
Realizar revisão bibliográfica acerca da temática								
Construir instrumento com base na metodologia ISBAR para o perioperatório do BO do HP								
Planejar a formação da metodologia ISBAR								
Formação sobre metodologia ISBAR								
Implementar a metodologia ISBAR (início do processo utilizando a primeira folha)								
Continuação do processo de utilização da metodologia ISBAR (utilização da segunda folha)								
Primeira avaliação da implementação da metodologia ISBAR aplicada								
Avaliações periódicas do processo de transição de cuidados utilizando a metodologia proposta								
Auditorias do processo								
Avaliação da documentação produzida no sistema informático e sua relação com a metodologia proposta								

BIBLIOGRAFIA

- AESOP (2006). Enfermagem perioperatória da filosofia à prática dos cuidados. Lisboa: Lusodidacta doi
- Caselhas, S. (2020). ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grande. <http://hdl.handle.net/10400.26/33567>
- Cavaco, V. & Pontífice-Sousa, P. (2014). Passagem de turno em Enfermagem: uma reflexão. *Revista Sinais Vitais*, (115), 13. Disponível em file:///C:/Users/Utilizador/Downloads/dadospdf.com_passagem-de-turno-em-enfermagem-uma-reflexao.pdf
- Diário da República nº 187, 2ª série. Parte C Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026), despacho nº 9390/2021 de 24 setembro 2021. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral de Saúde (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde. Lisboa: Direção Geral da Saúde. Disponível em <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-001-2017-de-08022017.pdf.aspx>
- Joanna Briggs Institute (JBI). Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual [Internet]. The University of Adelaide; 2017. Disponível em www.joannabriggs.edu.au
- Kalfroff, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Kitson, A., Muntlin Athlin, A., Elliott, J., & Cant, M. (2013). What's my line? A narrative review and synthesis of the literature on Registered Nurses' communication behaviours between shifts. *Journal Of Advanced Nursing*, 70(6), 1228-1242. doi: 10.1111/jan.12321 Disponível em <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jan.12321>
- Kitney, P., Tam, R., Bennett, P., Buttigieg, D., Bramley, D., & Wang, W. (2016). Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing*, 29(1). <https://doi.org/10.106550/2206-1092.1003>
- Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4). <https://doi.org/10.106550/2209-1092.1004>
- Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsson, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1). <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>
- Meleis, A. (2010) *Transitions Theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer; 2010. Disponível em https://scholar.google.pt/scholar?q=Transitions+Theory+middle-range-and-situation-specific+theories+in+nursing+research+and+practice&hl=pt-PT&as_sdt=0&as_vis=1&oi=scholar
- Ordem dos Enfermeiros (2002). *Divulgar: Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: enquadramento conceptual e enunciados descritivos*. Lisboa, 2002.
- Ordem dos Enfermeiros (2018). Regulamento nº 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Diário Da República*, 2(nº 135), 19259–19370.
- Ordem dos Enfermeiros (2019). Regulamento nº 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário Da República*, 26 (2), 4744-4750. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.who.int/patientsafety/solutions/patientsafety/PS-Solution3.pdf>
- World Health Organization (2009). *Human Factors in Patient Safety Review of Topics and Tools*. Disponível em https://www.who.int/patientsafety/research/methods/measures/human_factors/human_factors_review.pdf

ANEXO III

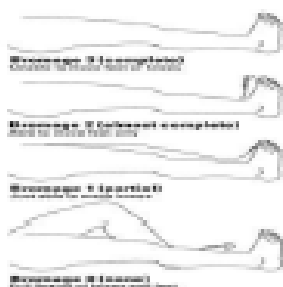
Plano de transição de cuidados de enfermagem segundo a metodologia ISBAR – 1ª folha

Escala de apoio

ESCALA DE GLASGOW					
ABERTURA DE OLHOS		RESPOSTA VERBAL		RESPOSTA MOTORA	
-				1	Sem resposta
-		1	Sem resposta	2	Extensão
1	Sem resposta	2	Incompreensível	3	Flexão anormal
2	A dor	3	Inadequada	4	Retirada à dor
3	Ao estímulo verbal	4	Confusa	5	Localiza a dor
4	Esponaneamente	5	Orientada	6	Obedece a ordens
TOTAL					

1 - Escala de coma de Glasgow (disponível em:

https://www.enfermeiros.pt/arquivo/boletins/Documents/Projetos_Melhoria_Qualidade_Cuidados_Enfermagem/HospitalG_2019/005_AvaliacaoEstimulacaoRespostaComAlternacaoEstadoConsciencia.pdf



0 – Ausência de bloqueio motor (flexão completa dos joelhos e pés)

1 – Bloqueio parcial (é capaz de elevar os joelhos)

2 – Bloqueio quase completo (apenas capaz de mover os pés)

3 – Bloqueio completo (incapaz de mover os joelhos ou os pés)

2 – Escala de Bromage (disponível em:

http://www.chin.mil-meds.pt/media/62/attachment/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202009.pdf

SINAIS	CRITÉRIOS	PONTUAÇÃO
Atividade	Capaz de mobilizar os 4 membros voluntariamente ou quando solicitado	2
	Capaz de mobilizar os 2 membros voluntariamente ou quando solicitado	1
	Capaz de mobilizar 0 membros voluntariamente ou quando solicitado	0
Respiração	Respira profundamente a tosse livremente	2
	Díspneico ou com limitação da respiração	1
	Apnéico	0
Circulação	Pressão arterial em +/- 20% do valor pré – anestésico	2
	Pressão arterial em +/- 20% - 50% do valor pré – anestésico	1
	Pressão arterial em +/- 50% do valor pré – anestésico	0
Consciência	Totalmente acordado	2
	Desperta quando solicitado	1
	Não responde	0
Saturação de O ₂	Sat O ₂ > 92% - ar ambiente	2
	Necessita de aporte de O ₂ para manter Sat O ₂ > 90%	1
	Sat O ₂ < 90% mesmo com aporte de O ₂	0

A alta da unidade de cuidados pós anestésicos será dada quando o doente obtenha uma pontuação global ≥ 9.

3 – Critérios de Alerte modificados (disponível em:

http://www.chin.mil-meds.pt/media/62/attachment/unidade_cirurgia_ambulatorio/12_Manual%202009.pdf

ANEXO IV

Apoio à transição de cuidados de enfermagem segundo a metodologia ISBAR – 2ª folha

I S B A R	IDENTIFICAÇÃO	
	Nome/ Idade/ Serviço	
	SITUAÇÃO	
	Diagnóstico/Intervenção Cirúrgica	
	Anestesia	
	Intercorrências: Anestésicas / Cirúrgicas	
	Intercorrências hemodinâmicas/Medicação administrada:	
	Transusão de hemoderivados:	
	BACKGROUND (ANTECEDENTES)	
	Sem antecedentes relevantes	
Antecedentes		
Alergias		
AVALIAÇÃO		
A e B: Ventilação		
C: T/A; Cateteres; Pulso		
D: Glicemia capilar /Consciência		
E: Temperatura		
Penso: Aspeto e localização		
Drenagens:		
Sondas:		
Dor: Analgesia		
Profilaxia náuseas e vômitos:		
Escala de Aldrete/ Escala de Bromage:		
RECOMENDAÇÕES		
Plano terapêutico:		
Posicionamento:		
O2:		
Profilaxia tromboembólica/antibiótica		
MCDT's		
Diagnósticos pendentes		
Outros		

**ANEXO XVI: Certificado de participação no “1º Ciclo de
Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório – Distrito do
Porto”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

PEDRO JOEL DA SILVA PEREIRA

membro nº **47225** desta Ordem, participou no(a) "**1º Ciclo de Encontros dos Enfermeiros do Perioperatório - Distrito Porto**", realizado no dia **1 de Março de 2023**, com duração total de **3h**, no(a) **Auditório do Hospital Pedro Hispano - ULSMatosinhos**.

Porto, 1 de Março de 2023

O Presidente do Conselho Directivo Regional do Norte

João Paulo Marques de Carvalho

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

**ANEXO XVII: Certificado do poster “utilização da metodologia
ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no
perioperatório”**

ENFERMAGEM E ENFERMEIROS UMA MARCA GLOBAL

CERTIFICADO

Certifico que, Pedro Joel Pereira e Sónia Soares, são autores do **Poster “ Utilização da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no perioperatório”**, apresentado no *Encontro de Enfermeiros*, que decorreu a 12 de maio de 2023, no âmbito da comemoração do Dia Internacional do Enfermeiro.

Mais se certifica que a esta comunicação livre foi atribuído o 1º lugar pela Comissão Científica.

Porto, 12 de maio de 2023
Flomena Mala
Enfermeira Geral

Presidente do Encontro de Enfermeiros



**OUR NURSES.
OUR FUTURE.**
International Council of Nurses



HOSPITAL DE PRELADA
MUSEUCORDA DO PORTO

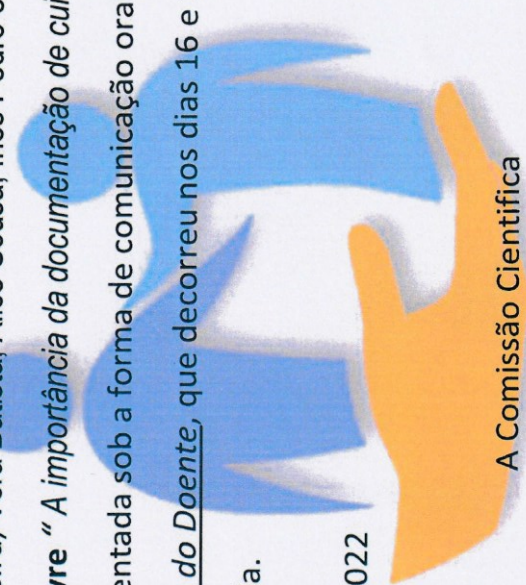
**ANEXO XVIII: Certificado da Comunicação Livre “A
importância da documentação de cuidados de enfermagem
na segurança do doente”**



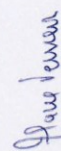
CERTIFICADO

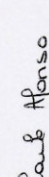
Certifica-se que: Pedro Pereira, Vera Batista, Alice Sousa, Inês Pedro e Joana Vinhas são autores da **Comunicação livre** “*A importância da documentação de cuidados de enfermagem na segurança do doente*”, apresentada sob a forma de comunicação oral no 1º Congresso Internacional da Segurança do Doente, que decorreu nos dias 16 e 17 de setembro de 2022, no Hospital da Prolada.

Porto, 17 de setembro de 2022



A Comissão Científica


Aldina Ferreira


Carla Afonso


Filomena Maia


Luísa Caldas

ANEXO XIX: Certificado da Formação em Serviço “Ferida Cirúrgica – A importância da documentação de enfermagem”

DECLARAÇÃO

, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica com o número de cédula profissional , no exercício do cargo de Enfermeira Diretora do – Porto, declara sob compromisso de honra que, o enfermeiro Pedro Pereira, detentor da cédula profissional número 47225, integra o quadro de pessoal do tendo o número de identificação profissional 202279, foi palestrante nas seguintes sessões de formação interna:

- *Risco de lesão associada ao posicionamento cirúrgico* – ocorrida a 06 de dezembro de 2022, com a duração de três horas;
- *Segurança do Doente na transição de cuidados – metodologia ISBAR* – ocorrida a 06 de janeiro de 2023, com a duração de 2h30minutos;
- *Ferida Cirúrgica – a relevância da documentação de cuidados* – ocorrida a 28 de fevereiro de 2023, com a duração de 01h30minutos.

Por ser verdade o supradescrito, dato e assino esta declaração



**ANEXO XX: Certificado da Formação em Serviço “Projeto de
Investigação – Risco de lesão associado ao posicionamento
cirúrgico”**

DECLARAÇÃO

, enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica com o número de cédula profissional no exercício do cargo de Enfermeira Diretora do – Porto, declara sob compromisso de honra que, o enfermeiro Pedro Pereira, detentor da cédula profissional número 47225, integra o quadro de pessoal do tendo o número de identificação profissional 202279, foi palestrante nas seguintes sessões de formação interna:

- *Risco de lesão associada ao posicionamento cirúrgico* – ocorrida a 06 de dezembro de 2022, com a duração de três horas;
- *Segurança do Doente na transição de cuidados – metodologia ISBAR* – ocorrida a 06 de janeiro de 2023, com a duração de 2h30minutos;
- *Ferida Cirúrgica – a relevância da documentação de cuidados* – ocorrida a 28 de fevereiro de 2023, com a duração de 01h30minutos.

Por ser verdade o supradescrito, dato e assino esta declaração



ANEXO XXI: Certificado do poster “Risco de lesão associado ao posicionamento Cirúrgico – Utilização da escala ELPO-PT”



**ANEXO XXII: Certificado de participação na webinar:
"Normotermia Perioperatória: Uma resposta aos
porquês...!!!"**

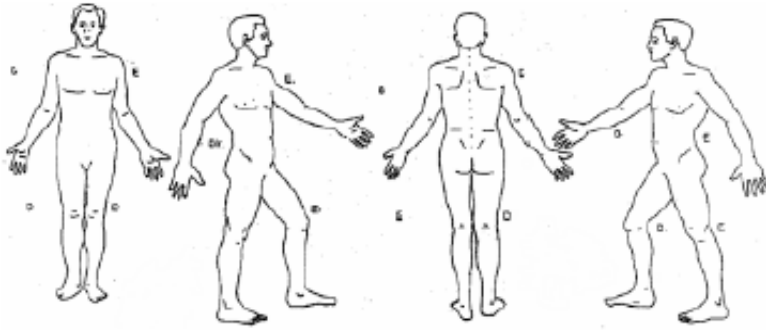


ANEXO XXIII: Escala ELPO-PT

Itens	Pontuação				
	5	4	3	2	1
Posição cirúrgica	Litotômica	Ventral	Trendelemburg	Lateral	Dorsal
Tempo de cirurgia	Superior a 6h	Entre 4h a 6h	Entre 2h a 4h	Entre 1h a 2h	Até 1h
Tipo de anestesia	Geral + Regional	Geral	Regional	Sedação	Local
Superfície de suporte	Sem uso de superfície de suporte ou suportes rígidos sem acolchoamento ou pemeiras estreitas	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de espuma	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + Placa Gel	Colchão da mesa cirúrgica de espuma (convencional) + almofadas de viscoelástico	Colchão da mesa cirúrgica de viscoelástico + almofadas de viscoelástico
Posição dos membros	Elevação dos joelhos >90° e abertura dos membros inferiores >90° ou abertura dos membros superiores > 90°	Elevação dos joelhos >90° ou abertura dos membros inferiores > 90°	Elevação dos joelhos <90° e abertura dos membros inferiores <90° ou pescoço sem alinhamento mento-esternal	Abertura dos membros superiores <90°	Posição Anatómica
Comorbilidades	Úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada ou trombose venosa profunda	Obesidade ou desnutrição	Diabetes mellitus	Doença vascular	Sem comorbidades
Idade do paciente	Superior a 80 anos	Entre 70 e 79 anos	Entre 60 e 69 anos	Entre 40 e 59 anos	Entre 18 e 39 anos
					Pontuação Total

ANEXO XXIV: “Instrumento de Colheita de Dados – Período Pré e Pós-Operatório”

Instrumento de Colheita de Dados- Período Pré e Pós-Operatório

Dados de Identificação		Codificação:	
Data da Cirurgia:	Cirurgia Proposta:		
Gênero: M () F ()	Idade (anos): 18-39 () 40-59 () 60-69 () 70-79 () superior a 80 ()		
Peso:	Altura:	IMC:	
História Clínica:		Antecedentes Quimioterapia: Sim () Não ()	
		Antecedentes Radioterapia: Sim () Não ()	
Período Pré-Operatório			
Avaliação da Dor		Avaliação da Pele	
Presença: Sim () Não ()		Presença de UPP: Sim () Não ()	
Localização (*):		Classificação:	
		Localização (**):	
Score da Escala Numérica:		História Prévia de UPP: Sim () Não ()	
		Localização:	
Limitações Físicas/Mobilidade:		Categorização do Risco de UPP	
		Score da Escala de Braden:	
 * Assinale com um D azul a localização da dor no pré-operatório e com um D vermelho no pós-operatório ** Assinale com um U azul a localização da UPP no pré-operatório e com um U vermelho no pós-operatório *** Assinale com um R azul a localização do Rubor no pré-operatório e com um R vermelho no pós-operatório			
Período Pós-Operatório (PO)			
Avaliação da Dor (não associada ao local cirúrgico):			
1º Dia PO		2º Dia PO	
Presença: Sim () Não ()		Presença: Sim () Não ()	
Localização (*):		Localização (*):	
Score da Escala Numérica:		Score da Escala Numérica:	
Avaliação da Pele			
PO Imediato	1º Dia PO	2º Dia PO	3º Dia PO
Rubor:	Rubor:	Rubor:	Rubor:
Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Local:	Local:	Local:	Local:
UPP:	UPP:	UPP:	UPP:
Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()	Sim () Não ()
Classificação:	Classificação:	Classificação:	Classificação:
Local (**):	Local (**):	Local (**):	Local (**):
Alta () Óbito () Ocorrência de UPP ()		Data de Conclusão:	

ANEXO XXV: Autorização da Autora da Escala ELPO-PT

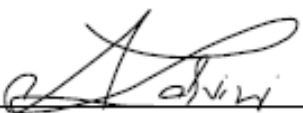
Porto, 02 de novembro de 2022

Autorização

Autorizo que Pedro Joel da Silva Pereira, mestrando em enfermagem médico-cirúrgica, sob a orientação de Isabel Maria Sousa Miranda, mestre em enfermagem médico-cirúrgica da ESSNorteCVP, utilize a Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT), bem como o instrumento de colheita de dados - Período pré e pós operatório, com o objetivo de desenvolver um projeto de investigação com o título "Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico".

A Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO-PT) resulta do produto final do Relatório de estágio de natureza profissional – Adaptação cultural e validação da Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico, defendido publicamente a 20 de junho de 2022 na Escola Superior de Saúde Viana do Castelo. A escala foi contruída e validada por Moraes-Lopes CM et al (2016).

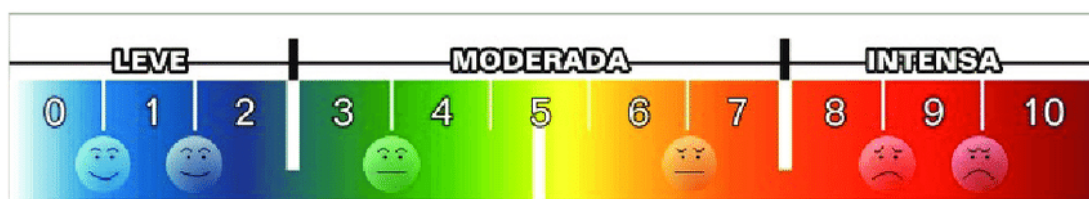
Deixo-me à disposição para contribuir e participar na autoria de artigos científicos que possam resultar deste trabalho.



Andreia Salvini

Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica

ANEXO XXVI: Escala Numérica da Dor



ANEXO XXVII: Escala de Braden

ESCALA DE BRADEN PARA AVALIAÇÃO DO RISCO DE ÚLCERAS DE PRESSÃO				
Nome do doente: _____		Nome do avaliador: _____		Data da avaliação: _____
Serviço: _____		Cama: _____		Idade: _____
Percepção sensorial Capacidade de reacção significativa ao desconforto	1. Completamente limitada: Não reage a estímulos dolorosos (não geme, não se retrai nem se agita a nada) devido a um nível reduzido de consciência ou à sedação. OU capacidade limitada de sentir a dor na maior parte do seu corpo.	2. Muito limitada: Reage unicamente a estímulos dolorosos. Não consegue comunicar o desconforto, excepto através de gemidos ou inquietação. OU tem uma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em mais de metade do corpo.	3. Ligeiramente limitada: Obedece a instruções verbais, mas nem sempre consegue comunicar o desconforto ou a necessidade de ser mudado de posição. OU tem alguma limitação sensorial que lhe reduz a capacidade de sentir dor ou desconforto em 1 ou 2 extremidades.	4. Nenhuma limitação: Obedece a instruções verbais. Não apresenta défice sensorial que possa limitar a capacidade de sentir ou exprimir dor ou desconforto.
Humidade Nível de exposição da pele à humidade	1. Pele constantemente húmida: A pele mantém-se sempre húmida devido a sudorese, urina, etc. É detectada humidade sempre que o doente é deslocado ou virado.	2. Pele muito húmida: A pele está frequentemente, mas nem sempre, húmida. Os lençóis têm de ser mudados pelo menos uma vez por turno.	3. Pele ocasionalmente húmida: A pele está por vezes húmida, exigindo uma muda adicional de lençóis aproximadamente uma vez por dia.	4. Pele raramente húmida: A pele está geralmente seca; os lençóis só têm de ser mudados nos intervalos habituais.
Actividade Nível de actividade física	1. Acamados: O doente está confinado à cama.	2. Sentados: Capacidade de marcha gravemente limitada ou inexistente. Não pode fazer carga e/ou tem de ser ajudado a sentar-se na cadeira normal ou de rodas.	3. Anda ocasionalmente: Por vezes caminha durante o dia, mas apenas curtas distâncias, com ou sem ajuda. Passa a maior parte dos turnos deitado ou sentado.	4. Anda frequentemente: Anda fora do quarto pelo menos duas vezes por dia, e dentro do quarto pelo menos de duas em duas horas durante o período em que está acordado.
Mobilidade Capacidade de alterar e controlar a posição do corpo	1. Completamente imobilizado: Não faz qualquer movimento com o corpo ou extremidades sem ajuda.	2. Muito limitada: Ocasionalmente muda ligeiramente a posição do corpo ou das extremidades, mas não é capaz de fazer mudanças frequentes ou significativas sozinho.	3. Ligeiramente limitado: Faz pequenas e frequentes alterações de posição do corpo e das extremidades sem ajuda.	4. Nenhuma limitação: Faz grandes ou frequentes alterações de posição do corpo sem ajuda.
Nutrição Alimentação habitual	1. Muito pobre: Nunca come uma refeição completa. Raramente come mais de 1/3 da comida que lhe é oferecida. Come diariamente duas refeições, ou menos, de proteínas (carne ou lactónicos). Ingere poucos líquidos. Não toma um suplemento dietético líquido. OU está em jejum e/ou a dieta líquida ou a soro durante mais de cinco dias.	2. Provavelmente inadequada: Raramente come uma refeição completa e geralmente come apenas cerca de 1/2 da comida que lhe é oferecida. A ingestão de proteínas consiste unicamente em três refeições diárias de carne ou lactónicos. Ocasionalmente toma um suplemento dietético. OU recebe menos do que a quantidade ideal de líquidos ou alimentos por sonda.	3. Adequada: Come mais de metade da maior parte das refeições. Faz quatro refeições diárias de proteínas (carne, peixe, lactónicos). Por vezes recusa uma refeição, mas toma geralmente um suplemento caso lhe seja oferecido. OU é alimentado por sonda ou num regime de nutrição parentérica total satisfazendo provavelmente a maior parte das necessidades nutricionais.	4. Excelente: Come a maior parte das refeições na íntegra. Nunca recusa uma refeição. Faz geralmente um total de quatro ou mais refeições (carne, peixe, lactónicos). Come ocasionalmente entre as refeições. Não requer suplementos.
Fricção e forças de deslizamento	1. Problemas: Requer uma ajuda moderada a máxima para se movimentar. É impossível levantar o doente completamente sem deslizar contra os lençóis. Descai frequentemente na cama ou cadeira, exigindo um reposicionamento constante com ajuda máxima. Espasmodicidade, contraturas ou agitação leva a fricção quase constante.	2. Problema potencial: Movimenta-se com alguma dificuldade ou requer uma ajuda mínima. É provável que, durante uma movimentação, a pele deslize de alguma forma contra os lençóis, cadeira, apoios ou outros dispositivos. A maior parte do tempo, mantém uma posição relativamente boa na cama ou na cadeira, mas ocasionalmente descai.	3. Nenhum problema: Move-se na cama e na cadeira sem ajuda e tem força muscular suficiente para se levantar completamente durante uma mudança de posição. Mantém uma correcta posição na cama ou cadeira.	
Nota: Quanto mais baixa for a pontuação, maior será o potencial para desenvolver uma úlcera de pressão.				Pontuação total

© Copyright Barbara Braden and Nancy Bergstrom, 1989;
 Versão Portuguesa 2011. Carlos Morgado, Cristina Almeida, Pedro Pereira, João Goncalves, Kiana Pinheiro
 Grupo Associativo de Investigação em Feridas (GAIF) e Centro de Estudos e Investigação em Saúde da Universidade de Coimbra (CEISUC)

ANEXO XXVIII: Consentimento Informado para participação em investigação



CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO

PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

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

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

Título do estudo: "Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico"

Enquadramento: Eu, Pedro Joel da Silva Pereira estudante do 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da ESSNorteCVP de Oliveira de Azeméis e investigador principal encontro-me a desenvolver um projeto de investigação intitulado "Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico". A investigação tem por objetivo avaliar o interesse da utilização da escala ELPO-PT, a qual avalia o risco de desenvolvimento de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico aos doentes submetidos a cirurgias eletivas no |

Prevê-se que os dados obtidos e os resultados da investigação contribuam para a melhoria dos cuidados prestados aos doentes cirúrgicos no | reduzindo o risco de lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico e promovendo a implementação de intervenções que previnam a ocorrência destas lesões.

Explicação do estudo: A colheita de dados será realizada em três momentos diferentes (antes, durante e após a realização da cirurgia). Os dados serão recolhidos no processo clínico eletrónico (área de enfermagem) e pela visualização direta consigo próprio (estes dados referem-se à sua idade, peso e altura, tipo de cirurgia, antecedentes cirúrgicos e patológicos); será ainda questionada a presença de dor, e caso se verifique, quais as suas características. Esta avaliação será realizada por enfermeiros, que irão avaliar também a pele antes e após a cirurgia. Irá ser utilizada a escala ELPO-PT para realizar uma avaliação do risco de desenvolver lesões provocadas pelo posicionamento cirúrgico, a qual se encontra validada para a população portuguesa pela mestre em enfermagem Andreia Salvini Guimarães. Esta escala aborda as seguintes questões: posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte (material utilizado na mesa cirúrgica), posição dos membros (posição das pernas e braços), comorbilidades (doenças significativas para o estudo tais como: doença vascular, diabetes, obesidade ou desnutrição, úlcera por pressão ou neuropatia previamente diagnosticada e trombose venosa profunda).

Após a cirurgia e mediante os dias de internamento em que estiver no hospital, serão realizadas avaliações relativas à presença de dor e suas características, e avaliação da pele para verificar se existem lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. Conforme referido anteriormente, estas avaliações serão realizadas em 24, 48 e 72 horas após a cirurgia (conforme os dias que estiver internado).

A sua participação nesta investigação é livre e carece da assinatura deste consentimento que deve ler atentamente e pedir esclarecimento para qualquer dúvida.

¹ http://www.who.int/medicinesafety/declaration/declaration_helsinki_1964.pdf

² http://www.who.int/medicinesafety/declaration/declaration_oviedo_1997.pdf





Condições e financiamento: A investigação não apresenta qualquer tipo de dano aos participantes e não será objeto de nenhum benefício, ressarcimento ou pagamento. O direito de resposta a qualquer pergunta a respeito da investigação e dos seus objetivos será sempre assegurado. Se no decorrer da investigação o participante manifestar a intenção de interromper a sua participação (mesmo após ter assinado o consentimento), o investigador atenderá a sua vontade. A não colaboração não implica qualquer discriminação no acesso aos cuidados de saúde, nem represália ao nível da qualidade de cuidados prestados aos doentes da instituição.

Confidencialidade e anonimato: Os dados recolhidos nesta investigação e os resultados obtidos serão anónimos e será assegurada a sua confidencialidade em todo o processo. A sua utilização destina-se apenas à realização desta investigação e produção científica dela resultante. A investigação foi submetida ao parecer da comissão de ética da _____ e teve parecer favorável.

Assinatura do investigador: _____
(Pedro Joel da Silva Pereira. Ordem dos enfermeiros:47225)

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

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



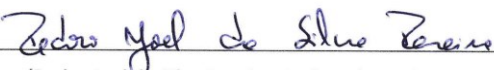
ANEXO XXIX: Declaração de Confidencialidade

DECLARAÇÃO

Pedro Joel da Silva Pereira (CC: 11933893 9 ZX8 com validade até 11-06-2031) estudante do 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória da ESSNorteCVP de Oliveira de Azeméis é responsável pelo projeto de investigação “Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico”, e tendo como orientadora do projeto a Professora Mestre em enfermagem Médico-Cirúrgica Isabel Maria de Sousa Miranda, vem por este meio declarar que os dados obtidos desta investigação são confidenciais e serão usados apenas no presente estudo e produção científica a ela associada. O anonimato dos participantes será sempre salvaguardado.

Por minha honra assino esta declaração

O investigador principal


(Pedro Joel da Silva Pereira. Ordem dos enfermeiros:47225)

Porto, 2 de novembro de 2022

ANEXO XXX: Autorização do Conselho Executivo

Assunto: A Cética para
de Francisco.

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho executivo

Assunto: Pedido de autorização para realização de projeto de investigação

Nome do investigador principal: Pedro Joel da Silva Pereira

Orientação: Isabel Maria de Sousa Miranda (mestre em enfermagem médico-cirúrgica)

Venho por este meio solicitar a V. Exa. Autorização para realizar o projeto de investigação com o título "Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico", no âmbito da realização do curso de mestrado em enfermagem médico-cirúrgica com vertente na pessoa em situação perioperatória da ESSNorteCVP no serviço do Bloco Operatório do

A tabela seguinte pretende fornecer resumidamente a informação que se considera relevante para facilitar a compreensão do estudo. A escala a ser utilizada e o instrumento de colheita de dados já se encontram devidamente validados para a população portuguesa pela autora da escala, enfermeira Andreia Salvini Guimarães (mestre em enfermagem médico-cirúrgica).

Título de estudo ou projeto de investigação	Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico
Nome do Investigador	Pedro Joel da Silva Pereira. Ordem dos enfermeiros: 47225
Instituição de ensino	ESSNorteCVP Oliveira de Azeméis
Curso	2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória
Orientação do estudo	Isabel Maria de Sousa Miranda (Mestre em enfermagem médico-cirúrgica)
Tipo de estudo	Quantitativo, transversal e descritivo-correlacional

Objetivos	Avaliar o risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico, através da aplicação da escala de ELPO-PT a doentes submetidos a cirurgia eletiva no BO do Promover a utilização de um instrumento que permita a melhoria da prestação de cuidados aos doentes em situação perioperatória.
Metodologia	As informações serão recolhidas por meio de um formulário validado e já utilizado em outra instituição pela autora da validação da escala para a população portuguesa. A recolha de dados será realizada através da análise do processo clínico eletrónico do doente (área de enfermagem) e da observação direta do paciente. Será após aplicada a escala de ELPO-PT e realizada uma avaliação posterior. Será sempre garantida a confidencialidade da informação e a autorização prévia do doente.
População	Doentes submetidos a cirurgia eletiva no BO do
Amostra	Doentes submetidos a cirurgia eletiva no BO de das especialidades cirúrgicas de Ortopedia e Cirurgia Plástica e Reconstructiva (n=120)
Duração prevista do projeto	De 21 de novembro de 2022 a 31 de janeiro de 2023

Anexam-se elementos que se pensam ser relevantes para a vossa compreensão sobre a investigação.

Regista-se que para o efeito não resultarão quaisquer encargos financeiros ou outros para a instituição.

A participação livre e voluntária será assegurada, assim como o anonimato dos participantes no estudo.

Assim solicito a V. Exa., na qualidade de investigador principal/promotor, autorização para a sua efetivação no Serviço do BO do

Com os melhores cumprimentos.

Pede deferimento,


 (Pedro Joel da Silva Pereira - Enferm dos enfermeiros:47225)

Porto, 2 de novembro de 2022

ANEXO XXXI: Parecer da Comissão de Ética

Comissão de Ética das Áreas de Saúde e Social

Emissão de Parecer

N.º 05 CEASS|

Exma. Direção do _____, para conhecimento do(s) Investigador(s)

Estudo P.I.N.º 0011/2022; analisado em 29/11/2022

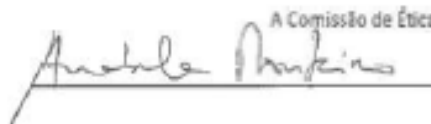
Designação: "Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico"

Submetido por: En.º Pedro Joel da Silva Pereira

Local onde o estudo vai ser efetuado: _____ do Porto

A Comissão de Ética (CEASS) de _____, tendo analisado os documentos,
relativos ao projeto de investigação supracitado, emite um parecer favorável à sua realização.

e CEASS, 22 de dezembro de 2022

A Comissão de Ética

(secretária da CEASS)

ANEXO XXXII: Parecer da UID da ESSNorteCVP

03/05/23, 21:55

Gmail - 2023.004 Aceite



Pedro Pereira <pjspereiradad@gmail.com>

2023.004 Aceite

1 mensagem

Secretariado UID <secretariado.uid@essnortecvp.pt>
Para: Pedro Pereira <pjspereiradad@gmail.com>

3 de maio de 2023 às 10:15

Estimado Investigador,

Informo que o estudo de investigação com a designação
2023-004 | Risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico

submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP)

obteve os seguintes resultados ao longo do processo de análise:

- Parecer favorável pela UID
- Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Filipa Sousa

Secretariado UID

Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002
3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430 (Chamada para a rede fixa nacional)
www.essnortecvp.pt



Pense no ambiente antes de imprimir...

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=aee625ac44&view=pt&search=all&permthid=thread-f:1764863854539907095&simpl=msg-f:1764863854539...> 1/1