



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**I CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
PERIOPERATÓRIA  
Relatório de Estágio**

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ADESÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO  
DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO  
NURSE SPECIALISTS 'INTERVENTIONS IN HEALTHCARE  
PROFESSIONALS' ADHERENCE TO PREVENTION AND CONTROL OF  
SURGICAL SITE INFECTION IN THE PERIOD OF OPERATION**

**Margarida Alexandra Pinto Correia**

**Almada  
2025**



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE  
EGAS MONIZ

**CURSO MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DE  
ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO  
PERIOPERATÓRIA  
Relatório de Estágio**

**INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA NA ADESÃO DOS  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO  
DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO  
NURSE SPECIALISTS 'INTERVENTIONS IN HEALTHCARE  
PROFESSIONALS' ADHERENCE TO PREVENTION AND CONTROL OF  
SURGICAL SITE INFECTION IN THE PERIOD OF OPERATION**

**Margarida Alexandra Pinto Correia  
Professora Mestre Tânia Soares**

**Almada  
2025**

## EPÍGRAFE

“É preferível ir abrindo caminho, ir corrigindo o percurso, melhorando-o, tornando-o pouco a pouco mais funcional e perfeito, do que estar à espera de conseguir as condições para abrir uma auto-estrada”

Edgar Morin (2005)

## **AGRADECIMENTOS**

À Professora e Enfermeira Mestre Tânia Soares que me orientou neste percurso longo, mas gratificante, pela sua dedicação, disponibilidade, acompanhamento e estímulo permanente para a excelência.

Às Enfermeiras Especialistas tutoras nos contextos de prática clínica, pela dedicação, apoio, paciência e gosto com que me orientaram neste percurso.

À Enfermeira Especialista Joana Simão pelo incentivo, atenção permanente e disponibilidade.

Às minhas amigas e colegas de Mestrado com quem partilhei desalentos, saberes e reflexões.

E em especial, à minha família:

Aos meus pais por todo o apoio incondicional, motivação e marmitas feitas com amor.

Ao meu Ru pela paciência, dedicação, ajuda, compreensão...e por seres o “meu domingo”, carregado de energia quando estava esgotada.

À minha irmã e ao meu cunhado pelo apoio e motivação.

Aos meus afilhados por me fazerem querer ser uma pessoa melhor e uma profissional de excelência, e por me darem força com os seus sorrisos e abraços quando o cansaço era extremo.

À Belinha e ao Migo por torcerem sempre por mim e por me darem força para continuar a querer saber mais.

Um obrigada nunca vai chegar!

## **DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE**

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho acadêmico e confirmo não ter recorrido à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações em nenhuma das etapas conducentes à sua elaboração. Mais declaro que tenho conhecimento e que respeitei o Código de Conduta e Ética da Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

## RESUMO

As infecções do local cirúrgico representam uma ameaça à segurança e à qualidade dos cuidados prestados nas instituições de saúde. Estima-se que cerca de um terço dessas infecções são evitáveis, o que reforça a importância da sua prevenção e controle como uma prioridade emergente de intervenção a nível global.

Estas infecções têm uma causa multifatorial, resultando da interação entre fatores intrínsecos e extrínsecos à pessoa. Por isso, é essencial que os profissionais de saúde que prestam cuidados no perioperatório intervenham de forma a controlar esses fatores, reduzindo os riscos associados. Entre os fatores extrínsecos, destaca-se a importância da adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controle de infeção, incluindo tanto as precauções básicas, como o cumprimento das diretrizes estabelecidas.

A compreensão dos fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controle de infeção continua a ser uma área pouco explorada, o que justifica a relevância da sua investigação, dada a potencial repercussão destes comportamentos na segurança dos cuidados. Estudar esta temática permite ao Enfermeiro Especialista identificar situações de risco, refletir criticamente, planear estratégias e liderar projetos de melhoria contínua que envolvam medidas promotoras de mudança de comportamento. Desta forma incentiva-se a adoção de práticas baseadas na evidência pela equipa multidisciplinar, contribuindo para a redução dos riscos, decorrentes de fatores de risco modificáveis, através da implementação de práticas baseadas na evidência.

O Enfermeiro Especialista, enquanto profissional de saúde, munido de competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, assume um contributo crucial no âmbito da gestão de risco em saúde, tanto a nível dos cuidados como institucional. Neste sentido, deve posicionar-se como agente de mudança e facilitador no processo de adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controle da infeção.

Este relatório tem como principal objetivo evidenciar, de forma crítica e reflexiva, o percurso desenvolvido para a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, articulando a teoria com a prática.

**Palavras-chave:** Adesão às diretrizes; Enfermagem; Infeção do local cirúrgico; Profissionais de saúde; Prevenção e controle da infeção; Perioperatório.

## **ABSTRACT**

*Surgical site infections represent a threat to the safety and quality of care provided in healthcare institutions. It is estimated that around a third of these infections are considered preventable, which is why their prevention and control has been declared an emerging issue for intervention at global level.*

*These infections have a multifactorial cause, resulting from the interaction between factors intrinsic and extrinsic to the person. It is therefore essential that health professionals who provide perioperative care intervene to control these factors, reducing the associated risks. Extrinsic factors include the importance of healthcare professionals adhering to infection prevention and control measures, including both basic precautions and compliance with established guidelines.*

*Understanding the factors that influence healthcare professionals' adherence to infection prevention and control measures is still an area that has been little explored, which justifies the relevance of this research, given the potential repercussions of these behaviors on the safety of care. Studying this topic allows the Specialist Nurse to identify risk situations, reflect critically, plan strategies, and lead continuous improvement projects that involve measures to promote behavior change. This encourages the adoption of evidence-based practices by the multidisciplinary team, contributing to the reduction of risks associated with the implementation of evidence-based practices, in order to reduce risks arising from modifiable risk factors.*

*The Specialist Nurse, as a health professional with the technical, scientific and human skills to provide specialized nursing care, makes a crucial contribution in the field of health risk management, both at the care and institutional levels. In this sense, they must position themselves as agents of change and facilitators in the process of health professionals adhering to infection prevention and control measures.*

*The main aim of this report is to critically and reflectively highlight the path taken to acquire the common and specific competences of a Specialist Nurse in Medical-Surgical Nursing for People in Perioperative Situations, linking theory with practice.*

**Keywords:** *Health professionals; Nursing; Prevention and control infection; Surgical site infection; Guideline adherence; Perioperative period.*

## LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória Portugueses

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

Art.º - Artigo

ASA - *American Society of Anesthesiologists*

BIS - *Brain function monitoring Systems*

BO - Bloco Operatório

BOC - Bloco Operatório Central

CA - Cirurgia Ambulatória

CI - Consentimento Informado

DGS - Direção-Geral da Saúde

ECDC - *European Centre for Diseases Control and Prevention*

EE - Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

EMC-PSP - Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA - *European Operating Room Nurses Association*

IACS - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial da Saúde

OSF - *Open Science Frame*

PBCI - Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PBE - Práticas Baseadas na Evidência

PS - Pessoa Significativa

PCI - Prevenção e Controlo da Infecção

PNSD - Plano Nacional de Segurança do Doente

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

PQCEE - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

PSPO - Pessoa em Situação Perioperatória

RAM - Resistência aos Antimicrobianos

REPE - Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem

SARS-CoV-2 - *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*

ScR - *Scoping Review*

SWOT - *Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*

TAS - Técnicos Auxiliares de Saúde

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

UCIC - Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VE-ILC - Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico

# ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	12
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL .....	15
1.1 PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA.....	15
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM.....	24
2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS.....	31
2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO .....	32
2.1.1 Estágio em contexto de unidade cirurgia ambulatoria.....	32
2.1.2 Estágio em contexto de bloco operatório central.....	33
2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA .....	35
2.2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista .....	36
2.2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional ética e legal.....	36
2.2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade.....	39
2.2.1.3 Domínio da gestão de cuidados.....	44
2.2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	46
2.2.2 Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória .....	48
2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM.....	57
2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	61
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
APÊNDICES.....	70
APÊNDICE I - PROTOCOLO <i>SCOPING REVIEW</i> .....	71
APÊNDICE II - <i>SCOPING REVIEW</i> .....	81
APÊNDICE III - OBJETIVOS DE ESTÁGIO.....	116
APÊNDICE IV - PLANO DE ATIVIDADES PRIMEIRO ESTÁGIO .....	119
APÊNDICE V - PLANO DE ATIVIDADES SEGUNDO ESTÁGIO.....	142
APÊNDICE VI - PROJETO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO, POSTERS, APRESENTAÇÃO <i>POWERPOINT</i> PARA FORMAÇÃO E INSTRUMENTO DE AUDITORIA) - PRIMEIRO ESTÁGIO.....	164
APÊNDICE VII – FICHAS CIRÚRGICAS OFTALMOLOGIA - SEGUNDO ESTÁGIO.....	242
APÊNDICE VIII - FICHAS CIRÚRGICAS UROLOGIA - SEGUNDO ESTÁGIO .....	249
APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO <i>POWERPOINT</i> “PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI) - AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS” - SEGUNDO ESTÁGIO .....	255

APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO <i>POWERPOINT</i> “PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO - IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS: INTERNAMENTO DE CIRURGIA GERAL E UNIDADE DA MAMA” - SEGUNDO ESTÁGIO.....	290
APÊNDICE XI - BROCHURA “MEDIDAS DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS” - SEGUNDO ESTÁGIO .....	322
APÊNDICE XII - PÓSTER “INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS” APRESENTADO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	331
APÊNDICE XIII - <i>POWERPOINT</i> DA COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO: FEIXE DE INTERVENÇÕES” - APRESENTADADO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS.....	333
APÊNDICE XIV - <i>POWERPOINT</i> DA COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA “APRESENTADO NAS V JORNADAS CIENTÍFICAS E POLITÉCNICAS DA EGAS MONIZ .....	348
<b>ANEXOS .....</b>	<b>362</b>
ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS .....	363
ANEXO II - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS”, EM COAUTORIA, NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS .....	365
ANEXO III - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE: PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO: FEIXE DE INTERVENÇÕES “, EM COAUTORIA, NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIO .....	367
ANEXO IV - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA “, NAS V JORNADAS CIENTÍFICAS E POLITÉCNICAS DA EGAS MONIZ .....	369
ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ÉTICA E DEONTOLOGIA PROFISSIONAL” .....	371
ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO: DA FORMAÇÃO À INOVAÇÃO.....	373
ANEXO VII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “CICLO DE WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. SESSÃO 2”.....	375
ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “CICLO DE WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS. SESSÃO 3”.....	377

ANEXO IX - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - LIDERANÇA PARA A INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO EM ENFERMAGEM” .....	379
ANEXO X - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “PERCURSOS E TENDÊNCIAS NA PRÁTICA PERIOPERATÓRIA” .....	381
ANEXO XI - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “HIPERTERMIA MALIGNA” .....	383
ANEXO XII - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “CONTROLO PERIOPERATÓRIO DO DOENTE DIABÉTICO” .....	385

## INTRODUÇÃO

O presente relatório insere-se no âmbito da unidade curricular estágio com relatório, integrada no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMC-PSP), referente ao ano letivo 2024/2025, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Tânia Soares.

Este relatório tem como principal objetivo evidenciar o percurso desenvolvido ao longo dos estágios, com foco na documentação e reflexão crítica sobre as competências adquiridas. A descrição está sustentada nos processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, visando a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) em EMC-PSP, estabelecidas pelo Regulamento n.º 140/2019 e pelo Regulamento nº 429/2018, respetivamente.

O papel a desenvolver pelo enfermeiro perioperatório encontra-se também descrito pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), pela *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) e pela *European Operating Room Nurses Association* (EORNA). Estas, são ambas associações que emanam frequentemente pareceres e normas de regulação que orientam a prática de enfermagem perioperatória e complementam os regulamentos da Ordem dos Enfermeiros (OE) supracitados.

A principal motivação para integrar este desafio formativo, com vista à obtenção do grau de Mestre em EMC-PSP, foi a necessidade do desenvolvimento profissional e pessoal. Procurou-se aprimorar as competências e os conhecimentos, com foco na melhoria da qualidade dos cuidados prestados e na valorização da cultura da experiência, tendo como pilar a Prática Baseada na Evidência (PBE).

A elaboração deste relatório foi norteadada pela temática de interesse, escolhida como base nas necessidades identificadas nos contextos dos ensinamentos clínicos realizados. Adicionalmente, a escolha reflete o reconhecimento da pertinência da adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da Infecção do Local Cirúrgico (ILC), no período perioperatório.

A prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na qual se insere a ILC, é considerada uma temática emergente e prioritária a nível mundial pela Organização Mundial da Saúde (OMS), dados os graves riscos que acarretam para a segurança da pessoa (World Health Organization [WHO], 2018).

Ao longo deste documento, será feita uma reflexão sobre os cuidados prestados no período perioperatório, abordando-se as estratégias de prevenção e controlo das IACS a nível

nacional e internacional. Será ainda analisado o contributo da intervenção do EE em EMC-PSP na Prevenção e Controlo da Infeção (PCI).

Ao EE em EMC-PSP está inerente um papel crucial no processo de PCI no perioperatório, sendo o profissional a quem são reconhecidas competências enquanto gestor do risco e modelo de referência. Este, deve desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interprofissional, visando a melhor qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO), através de liderança em programas de melhoria contínua da qualidade, dirigidos às necessidades da equipa e do contexto, devendo ainda atuar enquanto formador da equipa multidisciplinar.

A literatura descreve múltiplos fatores que podem influenciar o desenvolvimento de IACS, nomeadamente da ILC, sendo um deles a adesão dos profissionais de saúde às medidas de PCI. No entanto, existem poucos estudos sobre os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório a estas medidas, o que tornou pertinente a realização de um protocolo *Scoping Review* (ScR) (Apêndice I), precedido pela elaboração de uma ScR (Apêndice II) sobre esta temática.

A ScR elaborada ao longo deste percurso, forneceu dados pertinentes sobre os fatores que influenciam os profissionais de saúde a aderir às medidas de prevenção e controlo da ILC no perioperatório, o que facilitou o planeamento de estratégias modificadoras do comportamento.

Este relatório, elaborado para responder aos objetivos da unidade curricular, está organizado em três capítulos principais. O primeiro apresenta o enquadramento conceptual, dividido em dois subcapítulos: um sobre a pertinência da temática escolhida e outro sobre o referencial teórico, com base na Teoria das Transições de Afaf Meleis, que permite compreender e analisar as mudanças e transições comportamentais dos profissionais de saúde no contexto da adesão às medidas de prevenção, caracterizando uma transição organizacional.

O segundo capítulo, foca-se na análise da aquisição e desenvolvimento de competências, abrangendo quatro subcapítulos: a caracterização dos locais de estágio, as competências de enfermagem no cuidado especializado à PSPO refletindo as atividades realizadas e a sua relação com as competências comuns do EE e específicas em EMC-PSP, preconizadas pela OE, AESOP e EORNA. O terceiro subcapítulo corresponde às competências de Mestre em Enfermagem. Por fim, o quarto subcapítulo direcionado às considerações éticas deste relatório.

O último capítulo apresenta as considerações finais, refletindo sobre o percurso realizado, os principais pontos abordados ao longo do relatório, assim como as dificuldades e limitações

enfrentadas na elaboração do relatório, na execução atividades planeadas e durante o estágio.

Este relatório encontra-se redigido conforme o novo acordo ortográfico, tendo sido seguida a instrução para a elaboração de projeto e relatório de estágio dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, garantindo a conformidade com os critérios académicos exigidos pela instituição.

As referências bibliográficas foram formatadas pelo estilo da *American Psychological Association*, sétima edição, assegurando o rigor e a uniformidade na citação de fontes ao longo do relatório.

# 1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

## 1.1 PERTINÊNCIA DA TEMÁTICA

A PSPO é definida como qualquer pessoa, que, ao longo do seu percurso de cuidados, necessita, opta ou aceita ser submetida a intervenções cirúrgicas e anestésicas, com o objetivo de melhorar o seu estado de saúde e qualidade de vida. Ao fazê-lo, assume uma condição de vulnerabilidade física e emocional, bem como os riscos associados ao procedimento cirúrgico-anestésico (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

O perioperatório divide-se em três fases distintas: pré-operatório - período que decorre a tomada de decisão cirúrgica até à transferência da pessoa para a mesa cirúrgica. Intraoperatório - decorre transferência da pessoa para a mesa cirúrgica e termina com a transferência de pessoa para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); e pós-operatório - período que se inicia na admissão na UCPA e termina com a recuperação da pessoa do processo cirúrgico-anestésico (OE, 2017).

O Bloco Operatório (BO) é definido como uma “*unidade orgânico funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia*” (Direção-Geral da Saúde [DGS], 2015). Inserida neste contexto, a sala operatória representa um espaço restrito, localizado no interior BO, que cumprindo requisitos rigorosos está designada à realização de procedimentos cirúrgicos e invasivos (Association of periOperative Registered Nurses [AORN], 2021a).

A origem do BO remonta ao aparecimento da cirurgia, acompanhada da evolução das práticas da higiene hospitalar (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006). Neste sentido, os cuidados perioperatórios têm sofrido transformações significativas, impulsionadas pela constante inovação tecnológica, pelas alterações das necessidades da população e pelo progresso da investigação em saúde.

O envelhecimento demográfico e as comorbilidades associadas trouxeram novos desafios às diferentes áreas da saúde e, conseqüentemente, um aumento complexidade dos cuidados prestados no BO. Estas mudanças têm exigido adaptações estruturais e da *práxis* dos cuidados prestados neste contexto, destacando-se, entre elas, a crescente implementação de técnicas menos invasivas (OE, 2018). Tais transformações exigem ao EE uma atualização contínua dos conhecimentos, traduzindo-se na consolidação de um conhecimento especializado, que o capacita a desenvolver estratégias adaptativas e a oferecer respostas competentes e adequadas durante a prestação de cuidados no BO à PSPO, visando a excelência do exercício (OE, 2015b).

A enfermagem perioperatória assenta na prestação de cuidados holísticos à pessoa, ao longo do ciclo de vida, quando esta é submetida a um procedimento cirúrgico ou invasivo, facilitando a sua saúde e recuperação sobre as experiências cirúrgicas vivenciadas, suprimindo também as necessidades da equipa operatória ao longo do percurso (AORN, 2021b). Para tal, os enfermeiros perioperatórios desenvolvem planos de cuidados individualizados que orientam a prestação de cuidados, recorrendo ao processo de enfermagem com o qual avaliam, diagnosticam, planeiam, intervêm e avaliam os resultados das intervenções de enfermagem (OE, 2017; AORN, 2021b). Este planeamento envolve colheita de informação sobre a pessoa e sobre os múltiplos fatores que a possam influenciar.

Os fatores de risco associados aos cuidados perioperatórios, podem, segundo Matos et al. (2021), classificar-se em quatro categorias: fatores associados à pessoa (comunicação e barreiras linguísticas, condição clínica, complexidade do procedimento), à organização (equipamentos, dotações dos profissionais, sobrecarga de trabalho), à equipa (comunicação, liderança, dinâmicas, formação) e aos profissionais (experiência/inexperiência, défice de conhecimentos e treino, competências, saúde mental dos profissionais). Cada fator de risco constitui uma oportunidade de erro salientando-se, entre os mais frequentes, a realização de cirurgias na pessoa e local errado, violações na técnica asséptica, contagens incorretas de materiais utilizados e lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, comprometendo a segurança da pessoa (OE, 2017).

Com o intuito de promover a segurança e qualidade dos cuidados prestados pelos profissionais de saúde do perioperatório, face ao exposto anteriormente, torna-se essencial a implementação de intervenções sistematizadas. Para tal, o enfermeiro perioperatório deve possuir e aprofundar um conjunto de conhecimentos teórico-práticos e implementá-los de forma integrada, nas várias fases do processo de enfermagem, exercendo um rigoroso controlo e gestão do risco perioperatório e atuando preventivamente sobre os fatores de risco.

Considerando a rigorosa gestão de risco exigida no BO, é pertinente salientar o papel do EE, dotado de um nível elevado de competências, conhecimentos e instrumentos que o habilitam para o desenvolvimento de intervenções avançadas. Este propósito deve-se à capacidade deste profissional para liderar e integrar a investigação na prática diária, ao aplicar os seus conhecimentos e habilidades especializadas, e ainda, à sua capacidade de avaliação, análise, tomada de decisão, raciocínio e diagnóstico (International Council of Nurses, 2020).

O desempenho de funções técnicas e científicas especializadas, para as quais o EE está habilitado, permitem que este profissional de saúde desenvolver responsabilidades acrescidas, refletindo-se na otimização dos cuidados à PSPO e na sua segurança, gerando

impactos positivos em saúde, ganhos para as instituições e para os profissionais de saúde (OE, 2018).

Os cuidados de enfermagem especializados em EMC-PSP, podem desenvolver-se em diversas áreas de atuação, como as consultas perioperatórias, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos (OE, 2017). Por essa razão, o enfermeiro perioperatório deve aprimorar a sua *práxis*, integrando conhecimentos teóricos e práticos, em todas as etapas do processo de enfermagem (AESOP, 2012).

Ao longo dos anos, diversos documentos foram elaborados com o objetivo de orientar a prática dos enfermeiros. Um exemplo importante são os Padrões de Qualidade Cuidados de Enfermagem Especializados (PQCEE), no qual estão retratados sete enunciados descritivos sobre a enfermagem perioperatória especializada. Estes, orientam a prática do EE e abrangem os seguintes enunciados: a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem, e ainda, a segurança da pessoa (OE, 2017). Atendendo aos princípios supracitados, o EE atua de forma reflexiva, fundamentando as suas decisões informadas no perioperatório, com base em informações precisas, com o objetivo de proporcionar cuidados de excelência. A sua prática, traduz-se na aplicação de conhecimentos e competências avançadas de enfermagem na sua área de especialidade.

Segundo os PQCEE (OE, 2017), os cuidados de enfermagem perioperatórios baseiam-se em cinco pilares: Reconhecimento e capacitação; Vulnerabilidade; Responsabilidade do cuidado; Consciência cirúrgica; Prudência e gestão de risco. Tendo em conta os pilares referidos, o EE em EMC-PSP desenvolve a sua *práxis* promovendo a saúde da PSPO, capacitando-a ao longo do seu processo de saúde-doença e ainda prevenindo os riscos que possam decorrer do ato cirúrgico e anestésico, perante o estado de vulnerabilidade da pessoa. Estes fundamentam a necessidade de implementar o processo de enfermagem nas diferentes áreas de atuação no perioperatório, reconhecendo a importância da atitude antecipatória face aos riscos decorrentes da técnica cirúrgico-anestésica e da atuação em congruência com a responsabilidade profissional (OE, 2017).

Os enunciados descritivos dos PQCEE, relativos à Prevenção de Complicações e Segurança do Doente, salientam a importância do contributo do EE na prevenção e controlo das IACS, com especial enfoque na ILC. Cabe ao EE promover e implementar práticas seguras e eficazes no perioperatório, contribuindo ativamente para a redução de riscos e a garantia da segurança do utente (OE, 2017).

As IACS são definidas como uma *“infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade”* (OE, 2017, p.11). Estas infeções representam

um sério desafio para os sistemas de saúde, não apenas pelo seu impacto clínico, mas também pelas suas repercussões económicas. Em Portugal, a taxa de prevalência tem vindo a aumentar, registando-se 7,8% em 2017 (DGS, 2017b) e 9.9% no período entre 2022-2023 (European Centre for Disease Prevention Control [ECDC], 2024). Estas infeções causam o aumento da mortalidade das pessoas e do prejuízo para o sistema de saúde (Rosa, 2017), reforçando a necessidade de uma atuação competente e proativa por parte do EE na prevenção destas complicações.

No que respeita à segurança da pessoa, a PCI é considerada um pilar essencial da qualidade em saúde (Despacho n.º 9390/2021). Como medida de prevenção das IACS, ao longo dos anos foram desenvolvidas e implementadas as Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), baseadas no pressuposto que não existem pessoas de risco, mas sim, procedimentos de risco. Assim, torna-se necessário a implementação de precauções de acordo os procedimentos a realizar e tendo em conta os riscos inerentes ao mesmo. As PBCI devem ser aplicadas a todas as pessoas independentemente do seu estado infeccioso, com o objetivo de prevenir a transmissão de infeções cruzadas, decorrentes de potenciais fontes de infeção como sangue e fluidos orgânicos (exceto suor), mucosas, pele não integra ou materiais e equipamentos contaminados (DGS, 2013b, p. 10).

No contexto da área perioperatória, o *European Centre for Disease Prevention Control* (ECDC) destaca a ILC como uma das três IACS mais frequentes na Europa no período de 2022-2023, correspondendo a 16,1% de todas as IACS, sendo apenas ultrapassado pela infeção do trato urinário (19,2%) e a infeção do trato respiratório (29,3%) (ECDC, 2024).

Tendo em consideração os resultados apresentados, é importante ressaltar que entre 2020-2023, atravessou-se um período pandémico provocado pelo *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2). Em 2020, registou-se uma acentuada redução do número de cirúrgicas em Portugal e na Europa, face ao biénio anterior (ECDC, 2023). Nos anos subsequentes, verificou-se uma recuperação progressiva da atividade cirúrgica, e, em Portugal, em 2023 já tinham sido realizadas mais 113 mil intervenções cirúrgicas face a 2019 (pré-pandemia) (Conselho das Finanças Públicas, 2024). Face ao exposto, apesar do aumento significativo da atividade cirúrgica no biénio 2022-2023, observou-se uma diminuição da taxa da ILC. Este facto pode traduzir os efeitos positivos das medidas desenvolvidas no âmbito da prevenção e controlo da ILC, embora os níveis de incidência continuem a suscitar preocupação.

Dada a sua relevância, importa compreender melhor esta infeção. A ILC pode ser caracterizada por ocorrer no local de incisão da pele ou nas suas proximidades, podendo ser classificada, consoante a sua localização, como **infeção incisional superficial** (envolve pele ou tecido celular subcutâneo), **infeção incisional profunda** (envolve partes moles profundas,

como a fáscia e o músculo) ou **infecção incisional em órgão/espaco** (atingindo todas as estruturas anatómicas abertas ou manipuladas durante a intervenção cirúrgica). Esta sucede nos primeiros 30 dias após a cirurgia, ou até 90 dias se existir material implantável (ECDC, 2017; DGS, 2022; ECDC, 2024).

Segundo Berríos-Torres et al. (2017), a ILC pode prolongar o número de dias de internamento hospitalar entre 7 e 11 dias e aumentar o risco de morte entre 2 e 11 vezes.

Em Portugal, o relatório anual do Programa Prioritário de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) (2021, p.18) divulgou que, no período de 2015-2019, a incidência de ILC reduziu “nas cirurgias de colecistectomia (em 10%), cesariana (em 5,6%), artroplastia de joelho (em 30%) e artroplastia de anca (em 38,1%). Inversamente, verificou-se aumento da ILC na cirurgia colorretal (em 0,5%) e na laminectomia (em 200%)”. Esta monitorização nacional é realizada pelo PPCIRA e reportada a nível europeu, através do programa - Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico (VE-ILC), proposto pelo ECDC.

As complicações associadas às ILC patenteiam uma ameaça significativa à qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados, podendo persistir por meses ou anos, reforçando a necessidade de uma atuação competente e proativa por parte do EE na prevenção destas complicações. Entre os principais impactos destacam-se: o aumento dos custos para os sistemas de saúde, a elevada mortalidade e morbilidade, quadros de dor persistente, a necessidade de reintervenções cirúrgicas e aumento da Resistência aos Antimicrobianos (RAM) (DGS, 2017b). A OMS classificou a RAM como uma das dez principais ameaças à população mundial, sendo impulsionada, sobretudo, pelo uso inadequado ou excessivo de antibioterapia, tornando as infeções cada vez mais complexas ou impossíveis de tratar (WHO, 2022a; WHO, 2022b).

Dada a emergência da temática, a OMS reconheceu a prevenção da ILC como prioridade para a segurança da pessoa, tendo definido recomendações específicas para o período perioperatório (WHO, 2018). Neste contexto, foram criados programas como o PPCIRA, que integram medidas de PCI. Estes programas têm sido considerados como “*eficazes na diminuição da taxa de incidência das IACS e conseqüentemente na redução dos custos*” em saúde (Gonçalves & Carmo, 2022, p.1). O PPCIRA conta com a colaboração de diversas categorias profissionais, com especial destaque para os enfermeiros.

A VE-ILC teve como ponto de partida a implementação de uma *bundle*, conhecida em Portugal como feixe de intervenções, redigido pela Direção-Geral da Saúde (DGS) na Norma Clínica n.º 020/2015 e atualizada em 2022. O conceito de feixe de intervenções refere-se a um conjunto de medidas interventivas a aplicar de forma simultânea nas unidades de saúde, com o objetivo de reduzir a taxa de prevalência das IACS. Ao contrário da aplicação isolada

de medidas, esta abordagem consiste na implementação conjunta e sistemática das intervenções recomendadas, com base na metodologia de “tudo ou nada”, comprovadamente mais eficaz, pela mais recente evidência científica (Institute for Healthcare Improvement [IHI], 2017).

O feixe de intervenções para a prevenção de ILC constitui um plano estruturado de medidas a serem aplicadas nas diversas fases perioperatório, com o intuito de reduzir a taxa de prevalência destas infeções. A aplicação integral das diretrizes recomendadas tem demonstrado, com base nos dados do programa VE-ILC e nos resultados do Desafio "Stop Infecção Hospitalar" - em vigor em Portugal desde 2015 - um potencial promissor para a redução significativa da taxa de ILC num futuro próximo.

A prevenção da ILC constitui uma responsabilidade partilhada por todos os profissionais de saúde envolvidos no período perioperatório, sendo fundamental o desenvolvimento e implementação de medidas preventivas com o objetivo de aumentar a segurança e qualidade da prestação de cuidados. Tais ações não só contribuem para a redução do risco de complicações, como também promovem uma diminuição significativa dos custos associados, especialmente quando comparados aos encargos resultantes de eventos adversos como a ILC (WHO, 2018).

A implementação e disseminação de normas, como o feixe de intervenções de prevenção de ILC, partilham o mesmo objetivo. A sua eficácia depende do envolvimento ativo de todos os elementos da equipa multidisciplinar: Enfermeiros, Médicos, Técnicos Auxiliares de Saúde (TAS), entre outros. Para tal, é indispensável o investimento contínuo das instituições de saúde na formação destes profissionais, bem como na promoção da sua adesão às medidas recomendadas. A monitorização da aplicação destas medidas através do recurso a auditorias, permite avaliar o cumprimento dos procedimentos e fornecer *feedback* com base em indicadores de processo e resultado (DGS, 2022).

Apesar dos avanços alcançados, a prevenção e controlo da ILC continuam a ser uma prioridade emergente na segurança da PSPO, uma vez que cerca de um terço destas infeções são evitáveis, através da adoção de práticas seguras no perioperatório (WHO, 2016).

A literatura científica reconhece a ILC como um evento adverso de etiologia multifatorial, resultante da interação entre fatores de risco modificáveis (extrínsecos à PSPO) e não modificáveis (intrínsecos à PSPO) (Magalhães & Ferreira, 2022). O reconhecimento precoce destes fatores é crucial para a intervenção eficaz sobre os mesmos, ajustadas ao perfil de saúde de cada pessoa. Entre os fatores de risco não modificáveis, identificam-se, entre outros, a idade, complexidade da doença, comorbilidades, classificação da ferida cirúrgica, desnutrição e a classificação *American Society of Anesthesiologists* (ASA) (DGS, 2022).

Relativamente aos fatores de risco modificáveis associados à ILC, destacam-se diversas práticas, cuja correta implementação a pode reduzir. Salienta-se, conforme o feixe de intervenções, a administração de antibioterapia profilática, realização de tricotomia, pré-oxigenação, manutenção da normoglicémia e normotermia (DGS, 2022). Adicionalmente são considerados fatores de risco modificáveis, a realização de cirurgia colorretal com inadequada preparação colon, excesso de profissionais na sala operatória, a inadequada preparação da pele e a assepsia no procedimento cirúrgico (DGS, 2022).

A literatura identifica ainda um fator crítico frequentemente negligenciado: a baixa adesão dos profissionais de saúde às diretrizes baseadas na evidência mais recentes, sejam estas PBCI ou feixes de intervenções de prevenção de ILC. Giudice et al. (2019) sublinham que no exercício da profissão, nem todos os profissionais de saúde aderem às medidas de prevenção e controlo da ILC recomendadas internacionalmente.

A adesão é entendida como uma *“ação auto iniciada para promoção do bem-estar; (...) seguindo as orientações sem desvios; empenhado num conjunto de ações ou comportamentos. (...) muda o comportamento para melhor (...) interioriza o valor de um comportamento de saúde e obedece às instruções”* (OE, 2011, p. 38). No âmbito da ILC, a adesão dos profissionais de saúde é fundamental para garantir a segurança das pessoas e a qualidade dos cuidados prestados. Para tal, é imprescindível que esses profissionais ajustem os seus comportamentos e intervenções, alinhando-os com a melhor evidência disponível.

No contexto perioperatório, todos os membros da equipa devem reconhecer a relevância do seu contributo nesse processo, objetivar a excelência dos cuidados prestados e a redução da ILC. Esta atitude requer um compromisso contínuo com a formação, o treino e a atualização dos protocolos de prevenção, além da adesão rigorosa às medidas de controlo estabelecidas. Assim, os profissionais não apenas cumprem com as suas responsabilidades individuais, mas também colaboraram com a atuação integrada da equipa, visando a melhoria dos resultados clínicos e da segurança da pessoa.

De acordo com Santos (2018), a consciencialização e o *empowerment* dos profissionais de saúde relativamente às boas práticas de prevenção e controlo da ILC são fundamentais para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Tal é viabilizado pela uniformização de práticas seguras e de qualidade, sustentadas na evidência científica mais atualizada.

Como tal, é fundamental envolver toda a equipa multidisciplinar na aquisição de competências específicas para cada fase do perioperatório, no que diz respeito às medidas de prevenção e controlo da ILC. A partilha de conhecimento e fortalecimento da consciencialização coletiva, favorecem o compromisso e a participação ativa de todos os profissionais na implementação e monitorização dessas medidas, contribuindo para a redução de falhas no processo assistencial.

Neste cenário o enfermeiro assume um contributo crucial no planeamento e na implementação de medidas preventivas face aos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos, tendo um destaque particular na responsabilidade direta na prevenção da ILC.

Como mencionado por Câmara et al. (2022), o enfermeiro é o profissional que mantém um contacto mais próximo e contínuo com a pessoa, ao longo o período perioperatório. Esta proximidade confere-lhe uma posição privilegiada na deteção precoce de sinais de risco, bem como na implementação de intervenções preventivas. Para além disso, é o profissional de saúde que apresenta um contributo relevante na promoção da importância da prevenção da ILC, junto da equipa perioperatória e da pessoa, através de uma abordagem integrada e colaborativa, centrada na prevenção de complicações cirúrgicas.

A implementação bem-sucedida de medidas de prevenção e controlo como o feixe de intervenções de prevenção de ILC, recomendado pela DGS, exige a adesão consistente de todos os elementos da equipa multidisciplinar envolvida nas três fases do perioperatório. Esta colaboração, assegura a aplicação eficaz das medidas protocoladas em momentos críticos, contribuindo para a redução da incidência de ILC e para a melhoria dos resultados clínicos, por forma a garantir o seu cumprimento nos diferentes momentos.

Os enfermeiros titulares de Mestrado demonstram *“ganhos estatisticamente significativos no desenvolvimento de competências profissionais e resultados relacionados com liderança e gestão”* (Drennan, 2011, p. 109). Neste contexto, o enfermeiro Mestre e Especialista em EMC-PSP, ao planear e liderar processos de mudança no âmbito da prevenção da ILC, promove uma cultura de consciência cirúrgica em prol da PSPO e atua em conformidade com as competências comuns e específicas para o EE na sua área de especialidade, definidas pela OE, maximizando a eficácia da PCI e a RAM. A sua intervenção é especialmente relevante no cuidado de pessoas a vivenciar um processo cirúrgico complexo (Regulamento n.º 429/2018; Regulamento n.º 140/2019).

Ao EE é-lhe *“exigido um pensamento crítico constante na construção da disciplina de enfermagem enquanto ciência, na investigação, na re(conceptualização) dos cuidados de enfermagem e na compreensão mais alargada dos problemas de enfermagem”* (Henriques et al., 2021, p. 143). Assim, o EE deve comprometer-se a com a prática de enfermagem avançada, investindo continuamente no aprimoramento dos seus conhecimentos, atitudes e habilidades, de forma a serem reconhecidas as competências científicas, técnicas e humanas para a prática de cuidados especializados pela OE (Fernandes & Sá, 2021).

Além do descrito, é fundamental que o EE se dedique a demonstrar e partilhar os seus saberes, contribuindo ativamente para o desenvolvimento dos colegas e no avanço da disciplina de enfermagem.

Neste contexto, considerando a complexidade inerente ao ambiente operatório e aos procedimentos nele realizados, a enfermagem perioperatória está intrinsecamente ligada à gestão de risco e à segurança da pessoa, bem como da equipa multidisciplinar, demonstrando eficiência e qualidade dos cuidados prestados (AESOP, 2006). A atuação do EE, munido de competências técnicas e científicas específicas para a prática avançada de enfermagem perioperatória, revela-se essencial. Este profissional assume um papel formativo e de agente de mudança, sendo capaz de identificar precocemente as necessidades de intervenção no processo perioperatório, bem como as necessidades formativas da equipa. A sua intervenção visa a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, exigindo, para tal, a definição de metas, objetivos e métodos de avaliação que espelhem os resultados obtidos.

Ao integrar os conhecimentos provenientes da investigação, no planeamento e na liderança do processo de formação da equipa multidisciplinar, o EE impulsiona o desenvolvimento profissional da equipa, promovendo a adoção de práticas de enfermagem avançadas.

Tendo em mente a pertinência da temática da prevenção e controlo da ILC, constata-se que, apesar dos esforços realizados ao longo dos últimos anos, a taxa de incidência ILC se manteve elevada. Este cenário gerou uma inquietude particularmente em relação a um dos fatores que contribuem para a sua persistência: a baixa adesão dos profissionais de saúde às medidas preventivas recomendadas.

De acordo com o feixe de intervenções de prevenção de ILC (DGS, 2022), o sucesso da implementação depende da aplicação integrada e sistemática de todas as medidas propostas em todas as fases do perioperatório. Esta abordagem visa reduzir de forma eficaz o risco de ILC, sendo fundamental o cumprimento de forma rigorosa e contínua.

Neste sentido, torna-se essencial identificar as possíveis causas que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da ILC no contexto perioperatório, recorrendo, para isso, a uma pesquisa avançada. Esta necessidade é sustentada por Grimshaw et al. (2012), que destacam que a disseminação de novas práticas avançadas em saúde entre profissionais é mais eficaz, quando é precedida por uma estratégia de partilha de conhecimentos, pela avaliação das barreiras e facilitadores à sua implementação.

A OE defende que apenas por meio da investigação, sustentada em métodos rigorosos de pesquisa, é possível produzir e atualizar o conhecimento disciplinar, promovendo, com a sua aplicação, uma prática de cuidados de enfermagem segura e fundamentada (OE, 2006). Neste enquadramento, foi desenvolvida uma ScR (Apêndice II), orientada pela seguinte questão de investigação: “Quais os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico, no perioperatório?”.

O principal objetivo deste estudo consistiu em mapear a evidência científica disponível e atualizada, sobre os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC.

Os resultados obtidos contemplaram os fatores dificultadores e estratégias facilitadoras para a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo de ILC, no perioperatório. Os principais fatores dificultadores identificados pelos autores incluem ao défice de conhecimentos, a limitação/inadequação de recursos e a ausência/deficiência de diretrizes. Entre as estratégias facilitadoras salienta-se a realização de auditorias às práticas com feedback dos resultados, a formação contínua e consciencialização dos profissionais de saúde sobre a temática (Oliveira & Gama, 2015; Putnam et al., 2015; Gustafsson et al., 2017; Khan et al., 2018; Giudice et al., 2019; Lin et al., 2019; Lie et al., 2019; Mattingly et al., 2019; Zucco et al., 2019; Lin et al., 2020; Mayes, 2020; Campos, 2023).

O domínio deste conhecimento permite ao EE planear e desenvolver projetos de melhoria nos serviços de saúde, com intervenções e estratégias direcionadas aos fatores que influenciam o comportamento de adesão dos profissionais de saúde. Tais ações visam promover a mudança comportamental, aumentar a adesão às medidas preventivas, uniformizar as práticas de cuidados e assim contribuir para a redução da taxa de ILC.

Ao aprofundar o conhecimento sobre esta temática, por meio da investigação, pretendeu-se adquirir novos saberes, que permitam planear estratégias destinadas a capacitar e consciencializar os profissionais de saúde, sobre a necessidade de mudança das práticas desenvolvidas atualmente, para outras, mais adequadas e baseadas na evidência, sobre as quais poderão assentar a excelência de cuidados. Para tal, a partilha de conhecimentos e implementação de PBE, que permitem uma tomada de decisão alicerçada na ciência e investigação, e acima de tudo, uma atuação mais consciente dos riscos e benefícios inerentes à prática desenvolvida, é essencial.

## 1.2 REFERENCIAL TEÓRICO DE ENFERMAGEM

A enfermagem, enquanto disciplina, tem como objetivo prestar cuidados à pessoa e grupos sociais em todo ciclo de vida, considerando fatores intrínsecos e extrínsecos, que influenciam o estado de saúde, de modo a elaborar planos de cuidados eficazes e orientados para a funcionalidade, no menor espaço de tempo possível (OE, 2015b).

Por sua vez, as teorias de enfermagem constituem a base do conhecimento da disciplina e profissão, sustentando a sua prática, autonomia e identidade científica, ao diferenciarem-se de outros saberes por uma linguagem própria e pela integração entre ciência e arte do cuidar. Permitindo a consolidação da *"Enfermagem como ciência e arte na área da saúde"*

(Schaurich & Crossetti, 2010, p. 187), corroborando o conhecimento próprio e permitindo a autonomia da profissão (Silva & Nascimento, 2023).

Neste sentido, os enfermeiros devem utilizar as teorias de enfermagem, tanto na produção de conhecimento, como na melhoria da qualidade dos cuidados, transpondo-as, de forma adaptada, à sua prática clínica (Schaurich & Crossetti, 2010). Para tal, devem recorrer à conceptualização de uma teoria de enfermagem, promovendo a compreensão e reflexão sobre eventos ou processos do cuidar.

A temática sobre a qual se tem vindo a refletir, centra-se na compreensão dos fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC. O domínio deste conhecimento permite ao EE identificar métodos e estratégias, que visem aumentar a adesão aos feixes de intervenções por parte destes profissionais, gerar mudança de comportamento e uniformizar práticas, tendo em conta a evidência científica mais recente.

Atendendo que a mudança comportamental é um processo complexo, torna-se essencial delinear um plano de intervenção que integre estratégias facilitadoras, bem como a aquisição de conhecimentos e competências pela pessoa/grupo-alvo, por forma a ultrapassar barreiras e bloqueios à mudança (Marques et al., 2020).

A mudança de comportamento envolve um processo de transição, o que justifica a escolha pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, como guia orientador para a edificação do enquadramento conceptual deste relatório e para a prática de enfermagem. Trata-se de uma teoria de médio alcance, centrada em aspetos situacionais do cuidar e caracterizada por um nível de conhecimento menos abstrato. Ao longo do tempo, a teoria de Meleis tem evoluído, destacando-se pela sua ênfase na forma como as pessoas reagem a mudanças e a alterações nas condições de vida, levando-nos ao conceito de transição como elemento central na disciplina de enfermagem.

As transições são definidas como “*períodos entre estados relativamente estáveis*” (Chick & Meleis, 2010, p. 25), marcados por uma fase instabilidade, que ocorre entre dois momentos de equilíbrio. Representam a passagem de um estado, local ou condição para outro, que implicam mudanças na saúde, vida, relações ou ambiente (Chick e Meleis, 2010; Meleis et al., 2010).

Uma transição pode envolver uma ou mais pessoas e caracteriza-se por ser um processo dinâmico que inclui desconexão, perceção da mudança e dos padrões de resposta decorrentes da mesma (Chick & Meleis, 2010). Considera-se que a transição está concluída quando se resolve “*o potencial de instabilidade e de desorganização associado às circunstâncias precipitantes*” (Chick & Meleis, 2010, p. 26). A pessoa que vivencia uma

transição é influenciada por fatores intrínsecos ou extrínsecos, incluindo aspetos políticos, sociais, culturais e ambientais. Por isso, a intervenção do enfermeiro tem de ter em conta não só a pessoa, mas também o ambiente em que esta se insere (Chick & Meleis, 2010).

Schumacher & Meleis (2010) identificam quatro classes de transições centrais para a prática de enfermagem: **transições de desenvolvimento** (inerentes a mudanças no ciclo vital), **transições de saúde/doença** (correlacionam as alterações no estado de bem-estar e saúde da pessoa), **transições situacionais** (relacionadas com acontecimentos que geram mudanças nos papéis sociais) e **transições organizacionais** (relacionadas com o ambiente físico e social; introdução de novos programas numa equipa; mudança de líder).

Uma pessoa submetida a um procedimento cirúrgico, encontra-se em transição no processo saúde-doença, conforme descrito por Schumacher & Meleis (2010). Nesse contexto, a condição de saúde que requer uma intervenção cirúrgica, atua como fator independente, enquanto a transição sendo consequência dessa condição, é portanto, um fator dependente da sua condição de saúde. No entanto, esta relação não é rígida, uma vez que a transição pode também assumir um fator independente, influenciando diretamente a condição de saúde. Mudanças como a alteração do emprego ou nas relações interpessoais, podem eventualmente desencadear modificações nas alterações de comportamentos, estilos de vida e padrões de resposta da pessoa a problemas de saúde (Chick & Meleis, 2010).

As transições são processos complexos, podendo ocorrer mais do que um tipo em simultâneo, no mesmo espaço de tempo, podendo estar ou não relacionadas (Schumacher & Meleis, 2010). Como propriedades essenciais à transição identifica-se: a **consciencialização**, o **empenho**, a **mudança e diferença**, o **espaço temporal** da transição, **pontos e eventos críticos** (Meleis et al., 2010).

Segundo Meleis et al. (2010), a **consciencialização** diz respeito à perceção, ao conhecimento e reconhecimento da experiência de uma transição. Esta reflete-se na congruência da resposta obtida face às mudanças físicas, emocionais, sociais ou ambientais. Pessoas consciencializados tendem a envolver-se mais ativamente no processo de transição, procurando informação de forma autónoma ou recorrendo a modelos de referência, ao contrário daqueles que não reconhecem a transição que estão a experienciar. Uma vez reconhecido o processo de transição, por parte da pessoa ou grupo, é essencial **empenho** para que seja bem-sucedido. O empenho envolve a adaptação da pessoa ao novo estado, recorrendo, para tal, à pesquisa de informação, seguindo-se a adoção de novos comportamentos, adequados à transição experienciada (Meleis et al. 2010).

As transições envolvem mudança, mas nem todas as mudanças constituem transições, tornando-se relevante compreender os seus significados e impactos. A **mudança** é um fenómeno multidimensional, podendo ser despoletada por eventos críticos, rutura na

identidade, percepção ou rotinas. Esta deve analisar-se tendo em conta a sua natureza, temporalidade, importância/gravidade ou expectativas - familiares, pessoais e sociais (Meleis et al. 2010).

Relativamente à **diferença**, enquanto propriedade das transições, remete-nos para a existência de expectativas não satisfeitas ou divergentes, podendo refletir-se na percepção de ser ou sentir-se diferente em relação ao mundo (ou aos outros), bem como na diferença com que vê o mundo (e o outro) (Meleis et al., 2010). Esta percepção de diferença pode gerar alterações de comportamento, dependendo do significado atribuído pela pessoa que vivencia a transição.

O **espaço temporal** ou período de experiência refere-se à duração da transição e inclui os períodos que a antecedem, marcado por sinais de antecipação, percepção, instabilidade, confusão e *stress*, até ao momento em que ocorre efetivamente a mudança e se atinge novamente a estabilidade (Meleis et al., 2010).

Já os **pontos ou eventos críticos** correspondem aos momentos-chave em que a pessoa toma consciência da mudança/diferença. Estes eventos, muitas vezes associados a acontecimentos como a morte ou o diagnóstico de uma doença crónica, conduzem a maior empenho e envolvimento na experiência transicional (Meleis et al., 2010).

As condições de transição - que incluem **significados, expectativas, nível de conhecimentos e competências, bem-estar** (emocional e físico), **planeamento e contexto ambiental** (Schumacher & Meleis, 2010) - podem tornar a experiência transicional um momento de risco. Trata-se de um fenómeno central para a enfermagem, principalmente quando se trata de experiências de saúde-doença ou quando a resultam em mudanças no comportamento em saúde (Meleis, 2010).

Os **significados** referem-se à forma como uma pessoa percebe e avalia as mudanças na sua vida e que podem ser vistas como positivas, neutras ou negativas. Entender esses significados é importante para compreender a experiência das pessoas e como pode afetar sua saúde. O contexto cultural deve ter sido em consideração (Schumacher & Meleis, 2010). As **expectativas** são subjetivas e influenciam a experiência de transição, podendo basear-se em experiências anteriores (Schumacher & Meleis, 2010).

O **nível de conhecimentos e competências** afetam os resultados nas transições e podem ser insuficientes para responder às necessidades. Desenvolver estas habilidades é essencial para resolver inseguranças (Schumacher & Meleis, 2010). As transições são acompanhadas por várias emoções, relacionadas com as dificuldades sentidas durante uma transição, assim, o **bem-estar** emocional pode interferir na transição, bem como desconforto físico pode interferir na assimilação de novas informações (Schumacher & Meleis, 2010).

O **planeamento** que ocorre antes e durante a transição influencia o seu sucesso. Um planeamento bem estruturado requer a identificação prévia sobre os problemas e necessidades que possam surgir durante a transição, viabilizando uma transição suave, saudável e eficaz (Schumacher & Meleis, 2010). O **ambiente** envolve recursos externos como suporte social da família, colegas de trabalho e amigos, além de suporte de enfermagem e grupos terapêuticos. Quando o apoio é insuficiente, as pessoas experienciam sentimentos negativos (frustração, impotência). Um modelo de referência é fundamental para facilitar as transições profissionais, pois atuam como exemplo e conselheiro (Schumacher & Meleis, 2010; Rich, 2010).

Neste sentido, o enfermeiro desempenha um contributo essencial nos períodos de maior vulnerabilidade das pessoas/grupos, devendo atuar como facilitador da experiência transicional, ao aplicar os seus conhecimentos para apoiar e orientar a pessoa/grupo ao longo do processo (Rich, 2010).

No caso das organizações também podem vivenciar transições, denominadas de organizacionais, que refletem transições no ambiente institucional e que impactam os profissionais e as pessoas, alvos de cuidados. Estas transições podem ser despoletadas por transformações de natureza social, política, económica ou por mudanças internas de estrutura e dinâmica organizacional, como mudanças na liderança, na adoção de novas práticas ou procedimentos (Schumacher & Meleis, 2010).

Neste contexto, a mudança comportamental dos profissionais de saúde - da “não adesão” para a “adesão” a novas práticas - pode ser interpretada como uma transição organizacional. Esta mudança é fortemente influenciada pelo ambiente em que ocorre, nomeadamente pelas interações no seio da equipa, e pelas características organizacionais da instituição de saúde, podendo ser facilitada ou dificultada por estes fatores.

A literatura destaca a importância de elementos-chave no processo de transição das equipas, bem como, a capacidade de colaboração, o desenvolvimento de um trabalho em equipa eficaz e a presença de comunicação efetiva (clara e eficiente) (Schumacher & Meleis, 2010). Estes fatores são essenciais para facilitar a adaptação e a implementação de mudanças no contexto organizacional.

Os elementos-chave devem assumir um papel de liderança, embora este não precise, necessariamente, ser exercida pelo enfermeiro gestor (Schumacher & Meleis, 2010). Podem ser enfermeiros séniores (mais experientes; enfermeiros especialistas), que funcionam como elos de ligação dentro da equipa. Benner (2001) classifica o desenvolvimento de um enfermeiro em cinco níveis de proficiência - iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito - sobre os quais diferem os conhecimentos e experiências vividas durante a prática profissional. Considera-se que o enfermeiro que atinga um elevado nível de

proficiência, aumenta a qualidade e segurança dos cuidados prestados, ao aliar a sua experiência profissional à realização de pesquisa avançada permanente, através da implementação das melhores técnicas na sua prática diária, aplicando PBE (Gallani & Dallaire, 2014).

De acordo com Benner (2001), quanto mais conhecimentos o enfermeiro detiver, maior será a sua capacidade de decisão e resposta sobre um evento da prática. Assim, o EE, enquanto elemento-chave, pode atuar como agente moderador e gestor de conflitos, facilitando as relações de trabalho saudáveis e incentivando a cooperação entre os vários elementos da equipa. Em períodos de transição, assume ainda a função de influenciar positivamente o grupo, contribuindo como facilitador do processo transicional.

Neste sentido, o EE desempenha um contributo relevante nas transições vivenciadas pelas pessoas, grupos ou organizações. Os seus conhecimentos avançados e compreensão aprofundada do processo de transição, capacitam-no para otimizar o processo transicional, gerir as diferentes etapas da experiência, promover a adaptação dos membros da equipa e implementar mudanças de forma eficaz (Meleis, 2010). Para tal, é essencial que o EE reconheça a importância da adaptação dos vários elementos da equipa e compreenda os fatores que podem influenciar a mudança, bem como as barreiras que podem dificultar, enfrentar e integrar o processo de transição (Meleis, 2010).

No âmbito da temática abordada neste relatório, a identificação dos fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC, através de uma ScR, contribuiu para a otimização de uma transição organizacional neste domínio. A análise desses fatores possibilita o planeamento de intervenções especializadas e direcionadas. Ao mobilizar os resultados decorrentes de investigação, o EE intervém sobre os fatores de risco inerentes ao processo transicional, antecipando a instabilidade induzida pela transição. Fá-lo por meio da sensibilização e capacitação dos profissionais envolvidos, visando a promoção de uma transição saudável, segura e bem-sucedida (Meleis, 2010). Ao garantir a capacitação da equipa para a aquisição de novas competências, através do planeamento e implementação de estratégias adequadas, o EE atua enquanto agente ativo e facilitador ao processo de transição, a vivenciar na equipa. Para tal, cabe-lhe gerir eficazmente o processo de mudança, disponibilizando os recursos necessários e promovendo as condições que otimizem essa transição.

Segundo Schumacher e Meleis (2010), para que uma transição organizacional - especialmente aquela que envolva alteração de comportamentos - seja bem-sucedida, é fundamental a implementação de programas educativos. Estes devem incluir o treino de competências e ações de sensibilização, com o intuito de preparar a equipa para a transição, e promover a consciencialização dos profissionais, quanto ao seu papel nesse processo. Considerando a

consciencialização, o resultado do processo vivido por uma pessoa que teve percepção sobre a mudança (Martins et al., 2016), o EE, enquanto elo facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho, deve divulgar na equipa as evidências científicas que conduziram à necessidade de alterar práticas, bem como o modo como se vão aplicar. Mas também, incluir os dados objetivos, que demonstrem os riscos decorrentes das práticas atuais e os benefícios da implementação das novas medidas.

Este propósito exige ao EE uma atualização contínua dos conhecimentos, com o intuito de promover o desenvolvimento da equipa multidisciplinar e garantir que a prática clínica se alinha com a evidência científica mais recente. As intervenções neste âmbito, favorecem a tomada de decisão consciente, contribuem para a uniformização das práticas na equipa multidisciplinar, melhoram a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, e refletem o elevado nível de competência reconhecido ao EE pela OE.

Recorrendo à formação teórica, o EE facilita a aquisição e consolidação dos conhecimentos entre os seus pares, enquanto a formação prática permite o treino das competências essenciais, contribuindo para reduzir as dificuldades sentidas pelos profissionais na adaptação ao processo de transição. É igualmente fundamental apresentar os métodos de avaliação e os objetivos, inerentes à implementação das novas medidas, garantindo que todos os elementos estejam informados sobre as metas e cronogramas definidos, sentindo-se parte integrante do processo de mudança.

A avaliação da qualidade das relações interpessoais na equipa que experienciou uma transição organizacional, permite aferir se esta ocorreu de forma saudável (Schumacher & Meleis, 2010). A presença de conflitos frequentes, a ausência de coesão, o elevado absentismo e a dificuldade em reter profissionais, são indicadores de uma transição mal-sucedida. Pelo contrário, quando uma transição organizacional é bem gerida, observa-se a presença de uma comunicação eficaz, cooperação ativa, trabalho em equipa e confiança entre os membros - sinais de uma transição saudável (Schumacher & Meleis, 2010).

Conclui-se que a Teoria das Transições de Afaf Meleis, constitui um referencial fundamental para a prática exercício profissional do EE, orientando a sua intervenção na prevenção de complicações decorrentes das transições. Ao ter em conta as características específicas das transições vivenciadas pelas pessoas, bem como os fatores facilitadores e as barreiras que influenciam este processo, o EE atua de forma a promover uma experiência transicional saudável e com maiores ganhos em saúde. Para isso, é essencial que mobilize as várias competências avançadas que lhe foram reconhecidas pela OE, garantindo uma prática segura adaptada e baseada na evidência.

## 2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A disciplina de Enfermagem está em permanente evolução e tem vindo a transformar-se em consonância com as constantes descobertas científicas na área da saúde, os avanços tecnológicos e as crescentes necessidades populacionais. Para responder aos novos desafios emergentes, torna-se essencial a aquisição e atualização contínua de conhecimentos sobre a disciplina, apenas conseguido através da investigação. Esta, aliada à prática clínica, permite otimizar resultados em saúde, garantindo cuidados com qualidade e segurança (OE, 2006).

Neste sentido, com o intuito de melhorar a qualidade e segurança dos cuidados prestados, bem como valorizar a cultura da experiência, tendo como pilar a PBE, foi iniciado o percurso formativo no curso de Mestrado em EMC-PSP. Este percurso exige o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas, indispensáveis à prestação de cuidados especializados, assim como o aprofundamento de saberes que sustentam a práxis esperada pelo EE - competências essas reconhecidas e valorizadas pela OE.

A competência representa um *“conjunto integrado de habilidades cognitivas, de habilidades psicomotoras e de comportamentos socio-afectivos que permite exercer, ao nível do desempenho exigido à entrada no mercado de trabalho um papel, uma função, uma tarefa ou uma actividade”* (Phaneuf, 2002, p. 2). A competência em enfermagem consiste nos *“níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança”* (Oliveira & Queirós, 2015, p. 78). Na perspetiva de Benner (2001) é a habilidade de completar um procedimento sob diversas condições, por forma a atingir um resultado desejável.

A práxis do EE na área de EMC-PSP deve refletir as competências comuns (Regulamento n.º 140/2019) e específicas em EMC-PSP (Regulamento n.º 429/2018). Como tal, é fundamental que durante o curso de Mestrado sejam implementadas estratégias que promovam a aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento destas competências, tanto na teoria quanto na prática.

Os estágios curriculares são fundamentais neste processo pois permitem a consolidação de conhecimentos, habilidades, capacidade de análise crítica, tomada de decisão e liderança (Esteves et al., 2018), e ainda, partilha de saberes entre profissionais de saúde. Neste contexto, o percurso formativo inclui um primeiro estágio com duração de 180h numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) e um segundo estágio num Bloco Operatório Central (BOC) com duração de 360h.

O planeamento de um estágio curricular deve iniciar-se desde o primeiro dia com a definição dos objetivos gerais e específicos (Apêndice III), que norteiem a aquisição e consolidação de

competências de EE em EMC-PSP e do grau de Mestre em Enfermagem. Com base nesses objetivos, foram elaborados planos de atividade com cronogramas integrados, que explanam as atividades previstas para cada contexto de estágio (Apêndice IV e V). Salienta-se, que todas as atividades planeadas foram realizadas integralmente e com sucesso, permitindo o cumprimento integral dos objetivos traçados. Sucede, no próximo subcapítulo, uma breve caracterização dos contextos de estágios curriculares.

## 2.1 CARACTERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

### 2.1.1 Estágio em contexto de unidade cirurgia ambulatória

O primeiro estágio decorreu no serviço de UCA de um hospital privado, situado na cidade de Lisboa, cujo nome não será referido por motivos de proteção de dados. A missão deste hospital consiste em prestar cuidados de saúde diferenciados a toda a população, baseados em elevados níveis de conhecimento e com a maior qualidade, tendo em vista a vida humana e o ambiente, promovendo o desenvolvimento constante da organização.

No âmbito do primeiro estágio do Mestrado foi proposto a realização de um projeto de intervenção de melhoria contínua (Apêndice VI), para o qual se seguiu a metodologia de projeto de Ruivo et al. (2010). Neste projeto, realizou-se uma caracterização do local de estágio bem como a equipa que o constitui, motivo pelo qual não se realizou uma caracterização exaustiva do mesmo neste subcapítulo.

Este hospital apresenta uma vasta oferta de cuidados especializados em quarenta e duas áreas da saúde. Entre estas, quinze são referentes a especialidades cirúrgicas: Anestesiologia; Cirurgia Vascular; Cardiologia adulto e Cardiologia pediátrica; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Geral; Cirurgia pediátrica; Cirurgia plástica, reconstrutiva e estética; Cirurgia torácica; Dermatologia; Ginecologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Urologia.

A equipa multidisciplinar é constituída por um enfermeiro gestor, dez enfermeiros adjuntos, setenta e quatro enfermeiros permanentes, dos quais apenas um EE em EMC, oito enfermeiros em *part time*, quarenta e quatro TAS, dezenas de cirurgiões das várias especialidades e anestesiológicos. Os recursos humanos deste serviço, nomeadamente, a equipa de enfermagem, prestam cuidados nas várias valências do serviço, de acordo com as competências adquiridas ao longo da integração nas áreas de enfermagem perioperatória, por forma a cumprir as dotações seguras recomendadas pela OE.

A polivalência de prestação de cuidados da enfermeira tutora, bem como a diversidade de áreas de prestação de cuidados neste hospital, permitiu, enquanto estudante de Mestrado,

a aquisição e consolidação de conhecimentos sobre várias áreas de especialidades cirúrgicas e vertentes dos cuidados de enfermagem perioperatórios, considerando-se uma mais-valia.

No que concerne ao método de transmissão de informação, neste serviço, consiste no método de Identificação, Situação atual, Antecedentes, Avaliação e Recomendação (ISBAR). Este método permite a transmissão de informações clínicas de forma simples, clara e de memorabilidade fácil, apresentando múltiplas vantagens para a PSPO e para a equipa de saúde, verificando-se uma franca melhoria da segurança da pessoa na transferência de cuidados (Figueiredo et al., 2020).

Direcionando à Cirurgia Ambulatória (CA), é uma cirurgia programada que ocorre sob anestesia “*geral, regional ou local*” (Entidade Reguladora da Saúde, 2008, p. 5), diferenciando-se da cirurgia convencional, por se realizar num período de admissão e alta inferior a 24 horas, com ou sem necessidade de pernoita, tendo instalações próprias (Portaria n.º 207/2017). No entanto, é necessário que a PSPO se enquadre nos critérios de seleção cirúrgicos, clínicos e sociais, para ser submetida a uma cirurgia em regime de ambulatório (Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório [CNDCA], 2008).

Este regime de cirurgia programada tem aumentado exponencialmente nos últimos anos na Europa e em Portugal sendo que, em 2018, correspondiam a 80% das indicações cirúrgicas (Despacho n.º 1380/2018).

A CA promove à PSPO o regresso a casa precoce, a sua recuperação e a redução de complicações pós-operatórias, como o tromboembolismo e IACS (Despacho n.º 1380/2018), entre outras inúmeras vantagens clínicas, organizativas, económicas e sociais (CNDCA, 2008; AESOP, 2012). Salienta-se assim benefícios para “*o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), o profissional (satisfação) e o estado (custos), possuindo por isso um potencial que deve ser rentabilizado*” (CNDCA, 2008, p. 10).

## **2.1.2 Estágio em contexto de bloco operatório central**

O segundo estágio decorreu no serviço de BOC de um hospital público, gerido por entidade pública empresarial, situado na região de Lisboa e Vale do Tejo. A missão deste hospital assenta na promoção e preservação da saúde, aposta na literacia de toda a população e em garantir, equitativamente, o acesso aos cuidados adequados a cada pessoa.

Este hospital é composto por serviços de internamento de múltiplas valências médica e cirúrgicas. Relativamente às áreas de especialidades cirúrgicas, são prestados cuidados perioperatórios em contexto de cirurgia programada convencional, em regime de CA, e ainda, cirurgia urgente/emergente. No âmbito da cirurgia de urgência e eletiva convencional

são realizadas intervenções cirúrgicas nas vertentes de cirurgia geral, ortopedia e ginecologia. No entanto, em contexto de cirurgia programada, às especialidades descritas anteriormente, acrescem a cirurgia plástica e reconstrutiva (patologia da mama), dermatologia, urologia, oftalmologia e otorrinolaringologia.

O acesso ao serviço de BO é feito através de um corredor de entrada restrita, controlado por um cartão magnético institucional. Esta área inicial, ainda considerada zona livre do BO, inclui o gabinete da secretária de unidade. Após este ponto, seguem-se a copa para os profissionais, uma sala de pausa, duas casas de banho, dois vestiários - feminino e masculino, o gabinete da enfermeira gestora e uma sala de computadores. No final do corredor, existe uma porta que marca a transição para a zona semi-restrita, onde é obrigatória a utilização de indumentária específica - farda verde, touca e socas descontaminadas diariamente.

O serviço organiza-se em dois setores – o BOC e a UCA – que partilham algumas áreas comuns. Está organizado de acordo com o modelo misto, existindo um corredor comum à entrada e saída das pessoas sujeitas a cirurgia, mas também, por onde entra o material esterilizado e saem os resíduos/materiais contaminados num contentor hermeticamente fechado.

É composto por nove salas operatórias, no entanto, apenas oito estão operacionais e a sua ocupação por CA ou eletiva convencional, varia conforme a programação da atividade cirúrgica semanal. Todas as salas operatórias são constituídas por uma sala de desinfeção e uma sala de sujus, comum a cada duas salas operatórias.

É composto por duas UCPA - a UCPA I, direcionada às cirurgias em regime de internamento e urgentes, composta por nove unidades com cama; e uma UCPA II, da UCA, com capacidade para dez unidades com cama e dez cadeirões, designados à recuperação de fase 1 e 2. Este serviço é constituído por uma Unidade de Cuidados Intermédios Cirúrgicos (UCIC), com capacidade de seis unidades com cama, na qual atualmente é realizado o acolhimento das pessoas que veem ser submetidas a cirurgia convencional.

Existe uma zona de *transfer-in*, onde são recebidas no BO as pessoas provenientes do internamento, serviço de urgência e propostas para cirurgia convencional programada (admitidas na UCIC), sendo as últimas transportadas por um TAS que fica de apoio a estas transferências. O circuito realizado pelas pessoas que vêm ser submetidas a CA, são transferidas diretamente da UCPA da UCA, onde se realiza o seu acolhimento, para a sala operatória.

O serviço é composto por várias áreas de apoio essenciais ao funcionamento do BO, incluindo uma sala de receção de material consignado, uma sala de arrumos destinado aos carros de transporte e roupa limpa e uma sala de arrumação para equipamentos eletrónicos como

seringas e bombas infusoras, eletrobisturis, aquecedor de fluídos. Dispõem ainda de uma sala de consumíveis não estéreis e outra de consumíveis estéreis, sala de instrumental cirúrgico, uma sala de preparação onde são acondicionadas as peças anatómicas para envio ao laboratório. O serviço conta também com um gabinete destinado ao assistente técnico responsável pelo armazém do BO, uma farmácia e uma outra sala de medicação reservada aos fármacos estupefacientes (fechados num cofre), e medicamentos com necessidade de refrigeração. Inclui adicionalmente uma sala de limpos e sujos, onde se realiza a lavagem e desinfecção dos materiais de posicionamento, edredons de aquecimento e máquina de arrastadeiras, sala de lavagem das socas e uma sala de resíduos, equipada com contentores apropriados para a eliminação adequada dos diferentes tipos de resíduos hospitalares.

A equipa multidisciplinar deste serviço é constituída por uma enfermeira gestora, uma enfermeira adjunta, cinquenta e oito enfermeiros, dos quais dez são especialistas em EMC, vinte e dois TAS, um assistente operacional de logística, diretores clínicos das várias especialidades cirúrgicas, um diretor de anestesiologia, dezenas de cirurgiões das várias especialidades e anestesiolistas. A equipa de enfermagem e anestesiologia dão ainda apoio ao bloco de obstetrícia, externo ao serviço de BO deste hospital, na realização de cesarianas de urgência, havendo um elemento da equipa de enfermagem destacado para esta função, diariamente. A distribuição da equipa de enfermagem tem em conta as dotações seguras, recomendadas pela OE no Regulamento n.º 743/2019.

No que concerne ao método de transmissão de informação é realizada através do método ISBAR, já descrito anteriormente.

## 2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A evolução das necessidades em saúde ao longo dos anos, tem conduzido a uma adaptação contínua dos cuidados de enfermagem, o que reforça a importância da especialização dos enfermeiros em diferentes áreas. A especialização traduz-se numa diferenciação significativa face aos demais, refletindo-se num elevado nível de competências e exigência técnico-científica e maior responsabilidade no cuidar por parte dos EE, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019.

A OE distingue as competências comuns das competências específicas do EE, onde as primeiras, se direcionam a todos os EE, a quem se confere um elevado nível de conceção, gestão e supervisão de cuidados e ainda, a nível da investigação, formação e assessoria dos pares, face aos enfermeiros generalistas (Regulamento n.º 429/2018). Enquanto as competências específicas envolvem as capacidades deste profissional na sua área de

especialidade, correspondendo ao elevado nível de adaptação sobre cuidados prestados, tendo em conta as necessidades das pessoas, ao longo da vida e processos de saúde doença (Regulamento n.º 429/2018).

Seguidamente, será realizada uma reflexão crítica sobre o percurso formativo desenvolvido centrando-se na aquisição e consolidação destas competências ao longo do Mestrado. Esta análise será articulada com o enquadramento regulamentar profissão de enfermagem, definida pela OE, *“que tem como desígnio fundamental a defesa dos interesses gerais dos destinatários dos serviços de enfermagem e a representação e defesa dos interesses da profissão”* (OE, 2015b, p.16). A OE é ainda a entidade reguladora responsável pela supervisão e regulação do exercício em Portugal, tendo emanado documentos como os Estatutos da OE e o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem (REPE) (OE, 2015b) e os PQCEE (OE, 2017), onde estão clarificadas as responsabilidades profissionais do EE.

## 2.2.1 Competências comuns do enfermeiro especialista

A regulamentação das competências comuns do EE é transversal aos diferentes contextos de cuidados (Regulamento n.º 140/2019). Estas, regulam o padrão de conhecimentos, capacidades e habilidades a observar na *práxis* do EE e subdivide-se em quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão de cuidado; desenvolvimento das aprendizagens profissionais. O desenvolvimento destas competências permite ao EE a tomada de decisão consciente e fundamentada nos vários contextos da prática.

### 2.2.1.1 Domínio da responsabilidade profissional ética e legal

No domínio da **Responsabilidade Profissional Ética e Legal**, o EE, ao assumir o compromisso com a profissão, orienta a sua prática pela relação interpessoal com a pessoa e a sua família, reconhecendo-a como um ser holístico, influenciado por vários fatores externos e internos como o ambiente, crenças e costumes. Em Enfermagem, a ética *“foca-se na fundamentação da dimensão da práxis, com centro na dignidade da pessoa, a sua autonomia, o seu contexto situado e associando a responsabilidade e respeito pelo Outro, compromisso de cuidado e processo transpessoal”* (Nunes, 2016, p. 7).

Visando garantir *“um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746), essencial à prática de enfermagem especializada, a prestação de cuidados ao longo dos estágios foi orientada pelos valores universais da igualdade, a liberdade responsável com a capacidade

de escolha, tendo em conta o bem comum, a verdade e a justiça, o altruísmo, a solidariedade, a competência e o aperfeiçoamento profissional (OE, 2015b). Foi também conduzida pelos princípios da beneficência, da não maleficência, do respeito pela autonomia, da justiça e da vulnerabilidade (OE, 2015a).

O desenvolvimento da prática ética e deontológica requer uma reflexão crítica contínua, de forma assegurar decisões consistentes com os princípios da profissão e baseadas em evidência científica. A consolidação de conhecimentos sobre a prestação de cuidados de enfermagem em BO, permitiu integrar a teoria à prática, aprimorar o processo de tomada de decisão ao longo do tempo e fortalecer o contributo do EE enquanto agente de mudança e modelo de referência nos diferentes contextos de estágio.

Durante a realização dos estágios, tive oportunidade de assumir a responsabilidade sobre as intervenções realizadas, sustentando-as com base na evidência científica atualizada. Esta abordagem permitiu demonstrar um elevado sentido de responsabilidade profissional, respeito pelos princípios deontológicos da enfermagem e um firme compromisso com a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Tal postura evidencia uma prática alinhada com os princípios da veracidade, beneficência e não maleficência, assegurando que as ações desenvolvidas promovem o bem-estar e minimizam os riscos para a pessoa em contexto de procedimento cirúrgico. Ao assumir e justificar eticamente as decisões tomadas, revelei maturidade ética e adesão consciente aos princípios da autonomia e da responsabilidade profissional, conforme preconizado no Regulamento n.º 140/2019 e no Código Deontológico da OE.

Ao longo dos estágios, foram também vários os momentos em que fundamentei a minha prática perante a restante equipa de enfermagem e partilhei as evidências científicas que a sustentavam. Esta partilha promoveu momentos reflexivos em equipa e a mudança de práticas de alguns elementos, sendo possível demonstrar sensibilidade ética ao criar espaços de partilha e debate, respeitando diferentes perspetivas e incentivando o pensamento crítico.

A *práxis* do EE deve espelhar as competências que lhe são reconhecidas pela OE. Este é responsável por “*promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido*” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4746), sendo capaz de agir enquanto consultor na sua área de competência, fazer enquadramento jurídico e deontológico sobre a tomada de decisão em enfermagem e promover a reflexão na equipa sobre a mesma. O EE não pode ser conivente com qualquer ato ou intervenção comprometa os direitos e valores da pessoa cuidada, assumindo uma maior responsabilidade em garantir práticas de cuidados que respeitem princípios éticos, deontológicos e as responsabilidades profissionais, devendo atuar como modelo de

referência. Como tal, ao longo dos turnos, foram corrigidas práticas que pudessem comprometer a ética profissional e os direitos da PSPO, fomentando o respeito pela privacidade da pessoa (Regulamento n.º 140/2019).

Ao longo do processo cirúrgico-anestésico são muitos os momentos em que a privacidade da PSPO pode ser comprometida, o que levou a momentos de reflexão sobre dilemas éticos, com o intuito de desenvolver estratégias que permitissem ultrapassá-los. À luz do descrito, ao longo da prática clínica foram desenvolvidas intervenções que garantissem à PSPO a sua segurança, privacidade, confidencialidade e o dever de sigilo, enquanto profissional de saúde, perante as informações a que tinha acesso. Também durante a transição de cuidados, apenas foi permitida a presença dos elementos da equipa estritamente necessários para garantir a manutenção de cuidados.

Tendo em conta o estado de vulnerabilidade da PSPO, o EE perioperatório deve ainda garantir que ao longo do processo cirúrgico-anestésico são respeitados os seus valores, crenças, princípios e as suas dimensões - psicológicas e culturais (AESOP, 2006).

Posto isto, foi respeitada a vontade da PSPO e solicitada autorização para colaborar na sua prestação de cuidados enquanto estudante de Mestrado. Foi assegurado que as intervenções realizadas seriam as mesmas com as quais concordou no Consentimento Informado (CI), bem como o cumprimento do princípio beneficência e da não maleficência. Foi mantido um papel ativo na promoção da privacidade da PSPO, reduzindo a exposição corporal apenas à estritamente necessária à intervenção cirúrgica e assegurando a dignidade da pessoa.

Por forma a responder às expectativas da pessoa e promover o planeamento de cuidados adequados à mesma, ao longo dos estágios colaborei na verificação do CI (cirúrgico, anestésico e transfusão sanguínea), na identificação das necessidades da PSPO e na averiguação das restantes condições de segurança para a realização de uma intervenção cirúrgica. Estas intervenções defendem não só a liberdade, mas também a dignidade e autonomia da pessoa (OE, 2015a).

Foram esclarecidas dúvidas à pessoa e família sempre que necessário, assegurando que compreendiam as informações fornecidas e os cuidados a manter antes e após a intervenção cirúrgica. Quando as dúvidas eram externas à minha área de especialidade, foi solicitada a colaboração do cirurgião ou anestesiológista, assegurando o direito ao CI e respeito pela autodeterminação (OE, 2015b).

Medidas como as descritas anteriormente vão ao encontro do preconizado nos PQCEE de EMC-PSP contribuindo para a satisfação da pessoa, respeitando as suas crenças e valores, e maximizando o seu empoderamento *“para a tomada de decisão no que concerne ao consentimento informado para os atos perioperatórios (ato cirúrgico e anestésico)”* (OE,

2017, p. 28). Com estas intervenções procurei ainda maximizar o bem-estar e autocuidado da PSPO zelando pelo seu conforto, integridade, privacidade e o cumprimento da sua vontade até que esta tivesse novamente capacidade para a garantir (OE, 2017).

Relativamente à comunicação com a PSPO foi adotada uma comunicação clara e concisa, adaptada ao nível de conhecimentos de cada uma, bem como estratégias que facilitaram a relação de ajuda, empatia e confiança, recorrendo por exemplo, ao toque terapêutico e escuta ativa. Considerando que o processo perioperatório envolve momentos de vulnerabilidade, receio e ansiedade, em muitos momentos tornou-se necessário empregar palavras de conforto à PSPO e acompanhá-la, mostrando-lhe confiança e suporte.

A humanização dos cuidados de enfermagem e o cumprimento das leis e princípios éticos, constituem a base para a elaboração de um plano de cuidados individualizado e focado na pessoa, capaz de responder às necessidades identificadas em cada pessoa/família. Esta abordagem individualizada permite ao EE estabelecer uma relação de confiança com a pessoa e família, tendo em consideração a vulnerabilidade, a instrumentalização e a complexidade dos cuidados perioperatórios (OE, 2017). Paralelamente, essa mesma relação de confiança é essencial também no seio da equipa multidisciplinar. A confiança, enquanto pilar ético das relações profissionais, é construída através de uma prática clínica pautada pela ética, transparência e competência. A atuação do EE, ao mobilizar conhecimento atualizado para fundamentar a prática e ao partilhá-lo com os colegas, promove momentos de reflexão coletiva que podem originar mudanças de comportamento e contribuir para a humanização dos cuidados em equipa.

O impacto positivo destas ações revela o EE como um verdadeiro agente de mudança, cuja liderança ética e conhecimento científico influenciam positivamente as práticas dos profissionais ao seu redor. Desta forma, o EE não só assegura cuidados de qualidade e humanizados à pessoa, como também fortalece os princípios éticos no funcionamento da equipa, consolidando a sua posição como modelo de referência no contexto clínico.

### 2.2.1.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

A demonstração de competência no domínio da **Melhoria Contínua Da Qualidade** evidencia-se, ao longo dos estágios, pela capacidade de atuar como agente ativo na identificação de oportunidades de melhoria e na implementação de práticas sustentadas na evidência científica. Esta atuação alinha-se com o Regulamento n.º 140/2019, que define a responsabilidade do EE na conceção, operacionalização e avaliação de projetos que visem a qualidade dos cuidados.

O EE deve ainda atuar como gestor do ambiente terapêutico seguro, identificando e corrigindo práticas de risco para a pessoa e equipa multidisciplinar. Enquanto estudante de Mestrado, e sem experiência prévia na prestação de cuidados de enfermagem no BO, os conhecimentos iniciais advinham essencialmente da teoria e dos feixes de intervenção consultados. Esta limitação levou-me a adotar uma postura mais vigilante e recetiva, com o objetivo de adquirir competências práticas e integrar o conhecimento teórico na prática clínica. No entanto, constatei que nem todas as práticas observadas se encontravam alinhadas com diretrizes científicas mais recentes, despertando a necessidade de refletir criticamente sobre as causas inerentes. Ao discutir estas incongruências com as enfermeiras tutoras, concluiu-se que, frequentemente, a divergência se devia à desatualização de conhecimentos ou à ausência de formação contínua.

Por outro lado, perante algumas situações, como na administração da antibioterapia profilática fora do intervalo de tempo recomendado pelo feixe de intervenções de prevenção da ILC, foram promovidos momentos de partilha de conhecimentos e discussão na equipa, tendo sido divulgados os feixes existentes e incentivado o seu cumprimento. Apesar dos feixes de intervenção e as instruções de trabalho internas se encontrarem presentes e atualizadas em ambos os contextos de estágio, foi evidente que o seu cumprimento não era integral, provavelmente por falta de conhecimentos ou sensibilização da equipa sobre os seus conteúdos e a sua importância.

Estas ações demonstram o desenvolvimento de competências críticas no domínio da melhoria contínua da qualidade, através da identificação de práticas desajustadas, da promoção do conhecimento baseado na evidência e da mobilização da equipa para uma prática mais segura, eficaz e alinhada com os *standards* de qualidade preconizados.

Durante o primeiro estágio foi proposta e desenvolvida a implementação de um projeto de melhoria contínua da qualidade (Apêndice VI), seguindo a metodologia de projeto descrita por Ruivo et al. (2010). A fase inicial centrou-se na Identificação dos problemas e diagnóstico de situação, realizada com base na observação direta das práticas e na dinamização de sessões de *brainstorming* com a equipa de enfermagem e enfermeiro gestor. Esta abordagem colaborativa permitiu uma caracterização detalhada do serviço, recorrendo à análise SWOT para evidenciar forças, fraquezas, oportunidades e ameaças do serviço.

Face a uma das limitações identificadas, realizou-se o diagnóstico de situação: défice de conhecimentos sobre as medidas de descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em situação de infeção documentada, sobre o qual foi elaborado um diagrama de *Ishikawa* para identificar as possíveis causas do problema.

Tendo em conta a pertinência da temática, o projeto desenvolveu-se no âmbito da adequada utilização de PBCI e métodos rigorosos de higienização da sala operatória e tinha o objetivo minimizar o risco de infeções hospitalares e garantir a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde. O plano de ação foi criterioso e teve em consideração as características do problema e do serviço, tendo sido descritas as várias etapas e atividades a desenvolver, cronologicamente. Foram definidos indicadores de resultado, para avaliar as atividades e o projeto, e definidas metas e métodos de divulgação dos resultados.

Para este projeto foram realizadas duas sessões de formação e dois posters. Saliento ainda a construção de um instrumento de auditoria, em formato *excel*, que teve em conta as diretrizes para a descontaminação da sala operatória e equipamentos clínicos e que incluiu itens de observação sobre as diferentes etapas do processo em situação de rotina ou em situação de infeção documentada. Com este instrumento pretende-se mensurar a conformidade das práticas, para posterior análise e fornecimento de *feedback* à equipa, contribuindo para a avaliação das estratégias implementadas e reformulação do plano de ação se necessário. Todos os documentos de apoio e o projeto foram fornecidos ao serviço em formato digital por forma a garantir a continuação do projeto após o *términus* do estágio.

Com este projeto foram desenvolvidas competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade e da gestão de cuidados (Regulamento n.º 140/2019), salientando-se a competência B2 relativa à gestão e colaboração de programas de melhoria contínua e competência C1, relativa à supervisão de tarefas delegadas. Visa ainda garantir um ambiente seguro e terapêutico, através da consciencialização e sensibilização da equipa multidisciplinar sobre os riscos decorrentes da não adequada adesão às PBCI, fomentando a segurança ocupacional e da PSPO, e minimizar o risco de transmissão cruzada de agentes patogénicos envolvendo a equipa na gestão de risco (Regulamento n.º 140/2019).

Estas são competências essenciais à prática de enfermagem especializada enquanto gestora de riscos institucionais e através da implementação e manutenção de medidas de PCI, envolvendo ainda a prevenção de complicações e a organização dos cuidados de enfermagem, inerentes aos PQCEE (OE, 2017) através implementação de metodologias promotoras da qualidade e gestoras do risco e ambiente.

Ao EE cabe a “*gestão do risco e ambiente na prevenção de complicações com recurso à evidência científica*” (OE, 2017, p. 7) e sendo a supervisão das tarefas delegadas uma das competências descritas pela OE para os enfermeiros de cuidados gerais bem como para o EE, ambos têm de assumir a responsabilidade “*pelas decisões que toma, que realiza e que delega*” (OE, 2017, p. 7). Para garantir que estão reunidas as condições de segurança e a adequada assepsia da sala operatória antes da transferência da pessoa, este profissional tem de conhecer os métodos rigorosos de descontaminação para realizar a correta supervisão.

Ao EE cabe a formação dos pares sobre as mais recentes evidências científicas, fomentando a segurança dos cuidados, ao liderar a gestão de risco e otimizando o ambiente e qualidade dos cuidados.

A mobilização de conhecimento científico atualizado para ajustar práticas clínicas – como protocolos, procedimentos e rotinas – às mais recentes recomendações, evidenciou um claro compromisso com a segurança, a eficácia e a qualidade dos cuidados prestados, tanto à PSPO quanto à equipa multidisciplinar. A participação ativa em momentos de partilha e reflexão colaborativa reforçou a capacidade de influenciar positivamente o ambiente de cuidados, contribuindo para a promoção de uma cultura de segurança, transparência e excelência.

No contexto perioperatório, a cultura de segurança assume um papel central na gestão do risco institucional. Neste sentido, ao longo dos estágios, colaborei no planeamento e organização dos turnos com o objetivo de reduzir a probabilidade de erro humano, promovendo um ambiente assistencial mais seguro. Procedi às verificações e preenchimento das *checklist* de verificação diárias dos ventiladores e equipamentos e na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC), fomentando a sua adesão e importância junto da equipa e promovendo práticas de qualidade e redutoras do risco (Regulamento n.º 140/2019).

Tanto a LVSC bem como as *checklist* de verificação de equipamentos são essenciais para assegurar a segurança e a qualidade do processo cirúrgico-anestésico, permitindo a deteção precoce de erros ou falhas em alinhamento com as orientações do Regulamento n.º 140/2019. Estas ações demonstram a competência enquanto EE em EMC-PSP comprometida com a melhoria contínua da qualidade e a gestão do risco nos cuidados prestados.

Ao longo dos estágios curriculares foi possível desenvolver e demonstrar competências essenciais do EE em EMC-PSP, particularmente nas dimensões da segurança, qualidade e controlo da infeção.

Na gestão segura da terapêutica foram asseguradas práticas rigorosas de preparação, rotulagem, validação e administração de medicamentos, sempre com validação dos “nove certos” e confirmação da prescrição verbal com o anestesista, prevenindo erros terapêuticos e promovendo a segurança da PSPO (The Joint Commission, 2024).

Relativamente ao controlo de infeção, foram promovidas ações educativas e práticas baseadas no feixe de intervenções para prevenção da ILC, como a manutenção da normotermia com mantas de ar forçado, o controlo da normoglicémia, a realização criteriosa da tricotomia e a administração atempada da antibioterapia profilática, com registos rigorosos no sistema informático.

O contributo do EE como agente de qualidade e segurança ficou também evidenciado na colaboração em auditorias clínicas, nomeadamente às práticas de higiene das mãos (com o elo PPCIRA) e à monitorização da hipotermia perioperatória, com análise dos registos de enfermagem e comparação com as diretrizes. Estas auditorias reforçaram a importância da vigilância contínua e a necessidade de ajustamento de práticas clínicas. Como estratégia de sensibilização da equipa multidisciplinar, foi planeada a afixação trimestral dos resultados das auditorias em formato de poster, na sala de pausa, promovendo a reflexão, a adesão às boas práticas e a identificação de necessidades de formação - numa abordagem alinhada com o Regulamento n.º 140/2019 no que concerne à competência de avaliar e melhorar continuamente a qualidade dos cuidados.

No contexto das transições de cuidados no perioperatório, foi sistematicamente utilizada a metodologia ISBAR, já implementada nos serviços, assegurando a comunicação clara, segura e estruturada entre profissionais. Esta mnemónica, promove a segurança da pessoa durante a transmissão de cuidados, sendo simples, clara, concisa e de fácil memorização o que permite a uniformização da transição de informação e a comunicação eficaz nos diferentes momentos, contribuindo também *“para a rápida tomada de decisões, promove pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais”* (DGS, 2017a, p. 6). A utilização de instrumentos como o ISBAR permitem uma franca melhoria da qualidade dos cuidados ao minimizar o risco de erro humano por falhas na transmissão de informações clínicas. Ao recorrer a esta metodologia o EE garante *“a informação necessária para a continuidade dos cuidados”* (OE, 2017, p. 31), devendo incentivar a sua utilização por todos os elementos da equipa nos vários momentos de transmissão de informação. Para que esta seja eficaz todos devem estar familiarizados com a metodologia e com a sua utilização prática.

Com foco na melhoria contínua e na capacitação da equipa, foram ainda elaboradas fichas cirúrgicas para as especialidades de Oftalmologia (Apêndice VII) e Urologia (Apêndice VIII), com o objetivo de complementar e atualizar os manuais já existentes e facilitar a integração dos enfermeiros enquanto circulantes nestas áreas. Estas fichas promovem a segurança dos cuidados e contribuem para a formação contínua e para uma prática antecipatória do enfermeiro perioperatório (OE, 2017).

Além disso, foram promovidas ações no âmbito da sustentabilidade ambiental, como a triagem de resíduos, correta gestão dos grupos III/IV, incentivo ao uso criterioso de dispositivos descartáveis e prevenção do desperdício, contribuindo para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável 6 e 12 da Organização das Nações Unidas. Estas iniciativas demonstram a responsabilidade ambiental do EE e a sua atuação ética e sustentável no contexto hospitalar.

### 2.2.1.3 Domínio da gestão de cuidados

No domínio da **Gestão de Cuidados**, a OE define, no Regulamento n.º 140/2019, que compete ao EE gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta dos seus pares e articulando eficazmente com os diferentes elementos da equipa multidisciplinar, assegurando a qualidade, continuidade e segurança dos cuidados prestados. Enquanto estudante do Mestrado em EMC-PSP, foram desenvolvidas e consolidadas competências que permitem não só gerir eficazmente os cuidados, mas também liderar e organizar intervenções em contexto de complexidade.

Ao longo dos estágios curriculares assumi um papel ativo na planificação individualizada dos cuidados, garantindo a sua adequação às necessidades da PSPO e envolvendo ativamente a pessoa e/ou a família na tomada de decisão. Sempre que surgiram dúvidas no âmbito da prestação de cuidados, estas foram esclarecidas de forma clara e empática, e, quando necessário, foi promovida a colaboração com outros profissionais (médicos, psicólogos, assistentes sociais), respeitando os princípios da autonomia e da autodeterminação da pessoa (OE, 2015b).

Com o intuito de otimizar a tomada de decisão e consciencializar a equipa multidisciplinar sobre os riscos decorrentes das práticas inadequadas, foram planeadas sessões de formação com esclarecimento de dúvidas (Apêndice VI, IX e X) e elaborados documentos de apoio que orientam a prática dos TAS na descontaminação da sala operatória (Apêndice VI e XI), por forma a garantir a segurança e qualidade das tarefas delegadas e que exigem supervisão do EE (Regulamento n.º 140/2019). Foram também promovidos momentos de reflexão sobre as práticas, em reuniões de serviço, e partilha de saberes durante os turnos, nomeadamente sobre o feixe de intervenções - prevenção da ILC e as medidas que nele constavam, por forma a consciencializar a equipa sobre as PBE disponíveis e mitigar as falhas que pudessem advir do défice de conhecimentos.

Sendo o enfermeiro parte de uma equipa multidisciplinar é-lhe inerente a colaboração entre os diferentes profissionais. Para otimizar o tempo e os cuidados de enfermagem prestados torna-se necessário delegar tarefas, evitando a sobrecarga de trabalho e atrasos, permitindo manter o foco em intervenções que apenas podem ser realizadas única e exclusivamente por enfermeiros. De acordo com o art.º 10 do REPE, *“os enfermeiros só podem delegar tarefas em pessoal deles funcionalmente dependente quando este tenha a preparação necessária para as executar, conjugando-se sempre a natureza das tarefas com o grau de dependência do utente em cuidados de Enfermagem”* (OE, 2015b, p. 104), estando obrigados a *“garantir a qualidade e assegurar a continuidade das atividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos”* (OE, 2015b, p. 86).

Visando garantir a excelência profissional, ao longo dos estágios, foi adotada e mantida uma postura assertiva quanto às tarefas a delegar. Estas foram explícitas de forma clara e objetiva, promovendo a sua efetividade, segurança e a qualidade dos cuidados prestados, sendo que, para isso, foi verificada a concretização das tarefas delegadas.

A qualidade dos cuidados no BO só pode ser garantida se existir organização e uma atitude antecipatória, sendo fundamental o planeamento dos cuidados e a gestão da equipa que os vai desenvolver.

A gestão da equipa de enfermagem e de TAS deve responder às necessidades dos cuidados a prestar e à legislação em vigor. Relativamente aos cuidados prestados no intraoperatório, a OE regulamentou a necessidade de existirem três enfermeiros por sala de BO (anestesia, circulante, instrumentista), em cirurgias programadas ou urgentes, por forma a garantir a *“prestação de cuidados de enfermagem em segurança, qualidade e adequação, contribuindo assim para um sistema de saúde mais eficiente e melhor capacitado para responder às necessidades da população”* (Regulamento n.º 743/2019, p. 128), sendo a função do enfermeiro gestor garantir o cumprimento deste regulamento.

No entanto, o EE tem o dever de conhecer a legislação e políticas inerentes à sua prática de cuidados e garantir o cumprimento de normas como as dotações seguras e os cuidados prestados (OE, 2017), em prol da segurança da PSPO e da redução dos riscos decorrentes do seu não cumprimento, devendo disseminar a sua importância na equipa.

*“A liderança torna-se essencial para a profissão, pois ter aptidão para comunicar, solucionar conflitos e ter iniciativa são atributos que contribuem para o cuidar”* (Ribeiro et al., 2006, p. 109). Sendo o EE um profissional dotado de competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados especializados, deve ter a capacidade de atuar como líder e adequar o seu estilo de liderança ao contexto, recursos disponíveis e à sua equipa. Para que tal suceda, é necessário que o EE reconheça e compreenda as funções e competências de cada elemento da equipa multidisciplinar, o ambiente em que se insere e quais os recursos disponíveis por forma a otimizar recursos, estabelecer prioridades e otimizar as capacidades da equipa.

O planeamento dos cuidados deve ser estruturado e ter em conta os possíveis riscos e complicações que possam ocorrer no processo cirúrgico-anestésico face às necessidades da pessoa e complexidade dos procedimentos. Como tal, enquanto estudante de Mestrado, ao longo dos estágios colaborei no planeamento dos cuidados para o ato cirúrgico-anestésico, conforme a área de atuação em cada turno, verificando que estavam reunidas todas as condições de segurança necessárias e reconhecendo a importância das funções dos vários elementos da equipa multidisciplinar para a organização dos cuidados.

#### 2.2.1.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

O domínio do **Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais** refere-se à aquisição, desenvolvimento e consolidação de conhecimentos e de competências enquanto EE, alinhados com as evidências científicas e os avanços tecnológicos disponíveis sobre a área de especialidade. Este domínio envolve a necessidade de investimento pessoal e compromisso com a atualização constante, enquanto enfermeiro e pessoa, por forma a dar resposta às expectativas, às exigências e complexidade dos contextos.

A consciência das próprias limitações é um ponto de partida essencial para o crescimento profissional. No meu percurso, reconheci que a minha experiência prévia se centrava essencialmente na prestação de cuidados em enfermaria, nos períodos pré-operatório e pós-operatório tardio, não abrangendo o contexto intraoperatório. Este reconhecimento tornou-se evidente desde o início dos estágios curriculares, que decorreram maioritariamente no BO, tendo sido identificados lacunas e limitações de conhecimentos para a prática. Estas, exigiram momentos de reflexão e pensamento crítico, que aliados à investigação e pesquisa diárias, permitiram o desenvolvimento de novos conhecimentos e melhorar a qualidade dos cuidados prestados ao longo dos turnos. Esta estratégia facilitou a adaptação a esta área da enfermagem perioperatória.

Ao longo dos estágios curriculares foi mantida uma postura assertiva e proativa, sendo aceites críticas construtivas sobre a minha prática. A reflexão sobre a prática permitiu-me consolidar a minha identidade profissional enquanto enfermeira perioperatória e fortalecer a tomada de decisão, refletindo-se em respostas adequadas a cada situação.

O papel do EE enquanto facilitador de aprendizagem no contexto de trabalho, exige que este se mantenha permanentemente atualizado. Para tal, deve recorrer a evidências científicas atualizadas. Ao estar munido de conhecimentos e implementar práticas de forte nível de qualidade, o EE *“Suporta a prática clínica em evidência científica”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749), devendo recorrer à divulgação de *“resultados provenientes de evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem”* (Regulamento n.º 140/2019, p. 4749). Esta estratégia é considerada eficaz por Mayes (2020), ao salientar que a divulgação de dados baseados em evidências científicas sólidas e de alta qualidade como estratégia facilitadora na adesão às práticas de prevenção e controlo de ILC.

As atividades desenvolvidas em ambos os contextos de estágio, enquanto facilitador da aprendizagem, foram antecedidas por um levantamento prévio das necessidades formativas. Considerando que estas atividades já foram descritas pormenorizadamente em momentos anteriores, importa destacar que incidiram maioritariamente sobre medidas de PCI. Estas materializaram-se através da realização de múltiplas sessões de formação nos contextos de

estágio (Apêndice VI e IX), da elaboração de posters informativos (Apêndice VI) e da construção de uma brochura (Apêndice XI), com o intuito de uniformizar as práticas e diminuir o risco de infecções cruzadas. Ainda a acrescentar, a realização de duas sessões formativas, no âmbito da PCI (Apêndice X), no serviço de internamento de cirurgia, do hospital onde foi realizado o segundo estágio, devido à incidência de situações de infeção documentadas. Considero que a elaboração dos posters informativos e da brochura, contribui significativamente para o esclarecimento de dúvidas de forma rápida e acessível no dia a dia da prática clínica. As informações apresentadas foram claras, concisas e orientadas para a ação, facilitando a consulta imediata. Os materiais foram afixados na zona de sujos de cada sala operatória, tornando-se facilmente visíveis e disponíveis aos profissionais.

Ao longo dos turnos realizados em ambos os locais de estágio realizei intervenções pertinentes com o intuito de modificar práticas obsoletas, quando comparadas com as mais recentes evidências científicas, tendo sido promovidos momentos de reflexão sobre as mesmas na equipa multidisciplinar. Foram ainda elaboradas fichas cirúrgicas (Apêndice VII e VIII), com o intuito de facilitar a integração de enfermeiros na área de circulação de oftalmologia e urologia, no segundo contexto de estágio.

Conforme o que tem vindo a ser descrito, o EE deve alicerçar a sua *práxis* e tomada de decisão em conhecimentos adquiridos em fontes com forte nível de evidência. Para tal, o EE tem o dever de se manter permanentemente atualizado e para isso deve recorrer à investigação. Ao longo deste Mestrado foi também desenvolvido um protocolo ScR (Apêndice I), publicado no *Open Science Frame (OSF)* com o [doi.org/10.17605/OSF.IO/NTP4R](https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NTP4R), que precedeu a ScR (Apêndice II) que aguarda decisão de publicação na revista *Perioperative Care and Operating Room Management*, classificada como Quartil 2, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento do conhecimento especializado.

O EE “*Contribuiu para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada*” (Regulamento n. ° 140/2019, p. 4749). A este cabe ainda interpretar, organizar e divulgar os resultados obtidos e assim, contribuir para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem (Regulamento n. ° 140/2019), uma vez que apenas a partilha de saberes pode levar à mudança na prática especializada.

Neste sentido, ao longo do Mestrado de Enfermagem, foram frequentadas diversas jornadas científicas (Anexo I), nas quais foi apresentado um poster (Apêndice XII; Anexo II) e realizadas duas comunicações livres, uma em coautoria com outras investigadoras (Apêndice XIII; Anexo III) e outra enquanto autora principal (Apêndice XIV; Anexo IV), tendo-me sido atribuído o primeiro prémio de comunicações livres neste evento científico. Foram também frequentados múltiplos *webinar's* formativos, providenciados pela OE, abrangendo áreas

como a ética e deontologia profissional (Anexo V), sobre a prevenção e controlo da infeção (Anexo VI, VII e VIII), sobre a investigação em enfermagem (Anexo IX) e sobre práticas perioperatórias (Anexo X). Foram ainda frequentadas formações relativas à atuação perante situação de hipertermia maligna (Anexo XI) e sobre o controlo da pessoa diabética no perioperatório (Anexo XII). Estas formações contribuíram significativamente para a aquisição de novos conhecimentos, bem como para a reflexão crítica sobre as perspetivas e experiências vivenciadas pelos enfermeiros na implementação de PBE e na análise dos resultados obtidos.

### **2.2.2 Competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória**

A especialização em EMC-PSP tem o intuito capacitar o EE a intervir perante a PSPO e família/Pessoa Significativa (PS) durante a experiência cirúrgica e anestésica. Este pode atuar em cinco campos distintos nomeadamente: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento n.º 429/2018). O EE perioperatório deve demonstrar as suas competências especializadas nos cuidados prestados à PSPO, congruentes com a consciência cirúrgica, garantindo a segurança (Regulamento n.º 429/2018).

Ao longo da prática clínica, foram prestados cuidados de enfermagem à PSPO e à sua família/PS com o objetivo de desenvolver e aprofundar competências comuns e específicas de EE em EMC-PSP. Sucede uma reflexão crítica com a qual se pretende demonstrar as aprendizagens e a consolidação de competências específicas de EE em EMC-PSP (Regulamento n.º 429/2018), ao longo do Mestrado e ensino clínico: **Cuida da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa Significativa; Maximiza a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, congruente com a Consciência Cirúrgica.**

A necessidade de ser submetido a um procedimento cirúrgico-anestésico gera na PSPO e em sua família/PS sentimentos de medo e ansiedade, principalmente, decorrentes do desconhecimento do processo. Esta situação exige que o EE perioperatório assuma um papel de liderança na gestão dos cuidados, com a capacidade de facilitar a transição neste processo, capacitando a PSPO e sua família para o autocuidado e reintegração familiar e social (Regulamento n.º 429/2018).

À luz da Teoria das Transições de Afaf Meleis, face às transições de saúde-doença, o enfermeiro deve atuar como facilitador do processo transicional, promovendo o desenvolvimento das capacidades e expectativas de saúde da pessoa. Para tal, é essencial que a PSPO seja instruída e habilitada com novos conhecimentos que lhe permitam adotar comportamentos de saúde adequados (Meleis, 2012). Assim, com base nesta teoria, foi-me possível contribuir para a adaptação da PSPO às mudanças inerentes ao processo cirúrgico, apoiando a aquisição de novos comportamentos de saúde e favorecendo o envolvimento da família no processo de reabilitação. Esta atuação revelou sensibilidade às dimensões emocionais e sociais da transição saúde-doença, fortalecendo o vínculo terapêutico e promovendo a autonomia da pessoa.

Neste contexto, a missão do enfermeiro perioperatório tem o intuito de cuidar da PSPO durante toda a experiência cirúrgica, tendo em consideração a sua individualidade e vulnerabilidade, e garantindo a sua privacidade, segurança, integridade e autonomia (AESOP, 2012; Bilbao, 2014).

Durante a prática clínica foram desenvolvidas diversas intervenções com o intuito de aprimorar a competência de cuidar da PSPO e família/PS, consolidando competências sociais, técnicas e humanas de natureza especializada.

A identificação das necessidades da pessoa e sua família constitui o foco da prática de enfermagem. O EE em EMC-PSP deve ser capaz de estabelecer relação de ajuda efetiva, identificando as necessidades da pessoa e família/PS, elaborando um plano de intervenção que, por meio da capacitação, permita à pessoa gerir a experiência cirúrgica com maior confiança. Este processo exige a utilização de estratégias facilitadoras da comunicação, conforme o estabelecido no Regulamento n.º 429/2018.

O planeamento dos cuidados deve integrar estratégias promotoras de saúde, orientadas para a satisfação da pessoa, o bem-estar e o fortalecimento do autocuidado envolvendo-a e à sua família no seu processo de saúde (OE, 2017). Neste contexto, foi-me possível demonstrar competências específicas no cuidado centrado na PSPO e respetiva família/PS, através de uma abordagem holística e humanizada. Desenvolvi intervenções direcionadas à redução da ansiedade no período pré-operatório, utilizando recursos como escuta ativa, esclarecimento de dúvidas e promoção da literacia em saúde. Estas ações visaram criar um ambiente de confiança, segurança e preparação, permitindo que a PSPO e a sua família se sentissem acolhidas, compreendidas e capacitadas para a experiência cirúrgica.

No primeiro contacto com PSPO no BO, fosse na unidade de admissão cirúrgica, UCA ou na zona de *transfer in*, procurava desde logo estabelecer uma relação de proximidade e confiança. Retirava a máscara cirúrgica e apresentava-me a mim e à equipa presente,

criando um ambiente acolhedor e humanizado. Em conformidade com a Orientação n.º 018/2011 da DGS (2011), procedia à verificação inequívoca da identificação da PSPO, cruzando as informações prestadas pela própria pulseira identificativa e os dados do processo clínico, reconhecendo a importância da pessoa enquanto parceira ativa nos seus cuidados de saúde e na verificação de segurança (OE, 2017).

Foi também assegurada a compreensão da PSPO relativamente ao procedimento cirúrgico-anestésico, confirmada com a assinatura do CI e solicitada a colaboração de outros elementos da equipa multidisciplinar, sempre que surgiam dúvidas que extravasavam a minha área de competência. Enquanto enfermeira de apoio à anestesia, assegurava ainda a verificação das condições cirúrgicas, anestésicas e antecedentes pessoais da PSPO, identificando potenciais situações de risco cirúrgico-anestésico, as quais eram partilhadas com a restante equipa sempre que necessário. Estas intervenções garantiam o cumprimento das normas éticas e legais, bem como os PQCEE (OE, 2015b; Regulamento n.º 429/2018).

*“A informação é uma necessidade real para os doentes, que possibilita respostas adequadas às situações, participação efetiva na tomada de decisão e à perspetiva futura.”* (Gonçalves et al., 2017, p. 23). Assim, ao garantir que a PSPO e sua família/PS, compreendiam as informações transmitidas, incluindo, as possíveis alterações da imagem corporal, decorrentes do processo cirúrgico-anestésico e algumas técnicas de readaptação funcional, orientei a prática perante princípio da autonomia, de acordo com o qual a pessoa tem a *“liberdade de decidir sobre si e nomeadamente sobre o seu corpo”* (OE, 2005, p. 312), e estabeleci relação de confiança e ajuda, contribuindo para a gestão da ansiedade e medos.

A este propósito, destaca-se a consulta de enfermagem pré-operatória como uma estratégia eficaz na redução da ansiedade e do medo, bastante associados à experiência cirúrgica. Esta, permite explicar, com antecedência, os vários momentos do processo cirúrgico-anestésico, esclarecer dúvidas e instruir à PSPO e família/PS sobre os cuidados pré e pós-operatórios a adotar. Tal consulta *“privilegia a proximidade e a construção de uma relação terapêutica fundamental na satisfação das necessidades informativas do doente.”* (Breda & Cerejo, 2021, p. 1). Na última semana do segundo estágio, foi iniciado um projeto de melhoria que previa a implementação desta consulta para as pessoas admitidas para cirurgia convencional programada. Contudo, não me foi possível observar ou colaborar diretamente nesta consulta, devido à limitação temporal do estágio.

Durante a prática clínica, tive a oportunidade de desenvolver turnos em todas as áreas preconizadas para o EE em EMC-PSP. Cada uma destas áreas revelou-se fundamental para prestação de cuidados integrados e seguros à PSPO. Independentemente da função desempenhada – seja em anestesia, instrumentação, circulação ou recobro – é

imprescindível que o enfermeiro detenha conhecimento aprofundado sobre o processo clínico da PSPO, o procedimento cirúrgico a que esta se propõe e consente, bem como os riscos associados ao mesmo. Este conhecimento permite antecipar potenciais complicações, promover a segurança e garantir que as vontades, valores e crenças da pessoa são respeitados.

O EE tem o dever de advogar pela PSPO, zelando por um ambiente seguro e pelo respeito pela dignidade da pessoa, desempenhando as suas funções em prol do bem-estar da PSPO, demonstrando um comportamento baseado nos princípios éticos e morais da profissão, de acordo com a consciência cirúrgica (AORN, 2021). Compete-lhe ainda garantir que são cumpridas as dotações seguras, conforme preconizado, no Regulamento n.º 743/2019 da OE, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados ao longo de toda a intervenção cirúrgica. Estas exigências estão igualmente refletidas nos PQCEE e nas competências específicas do EE em EMC-PSP.

Ao longo dos estágios, foram assegurados mecanismos de suporte e acompanhamento da PSPO, conforme a legislação em vigor e as políticas institucionais, destacando-se o Despacho n.º 6668/2017. Este regula o acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, com idade inferior a 18 anos ou pessoas maiores de idade com deficiência ou em situação de dependência, que vão ser submetidos a uma intervenção cirúrgica, contribuindo para a redução do medo, ansiedade e fatores geradores de *stress* e potenciais problemas comportamentais no pós-operatório (Despacho n.º 6668/2017). Neste sentido, promovi o acompanhamento da criança/jovem pela família/PS e recorri a estratégias lúdicas e adequadas ao seu estágio de desenvolvimento de cada criança, considerando as suas necessidades bem como da família/PS.

Enquanto enfermeira em funções de apoio à anestesia, no início de cada turno, colaborei na verificação sistemática dos equipamentos necessários à anestesia (ventilador, *Brain Function Monitoring Systems* (BIS), TOFscan, bombas infusoras, etc), assim como dos *checklist* de funcionamento do ventilador e carro de emergência, demonstrando conhecimento aprofundado e aplicação de boas PBE. Foi também possível demonstrar capacidade de antecipação e prevenção de complicações, adotando medidas proativas como a colocação de grades na maca operatória e cuidados no posicionamento cirúrgico, promovendo a segurança da pessoa no perioperatório, conforme preconizado pelo Plano Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021).

A documentação do posicionamento da PSPO no processo clínico, de forma rastreável, reflete uma prática segura, responsável e conforme as orientações da AESOP (2012). Medidas neste âmbito são salientadas no PNSD 2021-2026, no Pilar 5 relativo a práticas seguras em ambientes seguros, descrito no Despacho n.º 9390/2021.

A interação eficaz com os anestesistas e os cirurgiões, por forma a adequar as intervenções aos procedimentos a realizar, quer para a preparação da técnica anestésica quer para o posicionamento cirúrgico, demonstrou o desenvolvimento de competências relacionais e de trabalho em equipa multiprofissional, essenciais ao exercício da prática avançada em enfermagem.

Os recursos a fontes de conhecimento foram baseados em evidência e aprimorados na prática diária, permitindo a consolidação do saber teórico-prático ao longo dos estágios, culminando numa prática cada vez mais autónoma, crítica e reflexiva.

Colaborei e promovi nas equipas multiprofissionais a realização da LVSC. Esta, é um instrumento que permite às equipas multidisciplinares verificar sistematicamente os passos críticos antes, durante e após a intervenção cirúrgica (Cushley et al., 2021), prática alinhada com as recomendações da DGS, com carácter obrigatório desde 2010, reforçada pela Circular Normativa nº 02/2013. A sua realização está preconizada nos PQCEE da EMC-PSP, na procura da excelência profissional e garantia da segurança da pessoa (OE, 2017).

Através das intervenções descritas é passível de se evidenciar, ao longo do meu percurso no estágio, o compromisso desenvolvido com a cultura de segurança da pessoa, nomeadamente ao assegurar os registos do procedimento cirúrgico-anestésico e a sua rastreabilidade, demonstrando responsabilidade profissional, contribuindo para a conformidade legal e ética do processo, e garantindo que os procedimentos realizados coincidiam com o consentimento previamente obtido da PSPO.

A promoção de práticas de comunicação eficaz, clara e assertiva junto da equipa multidisciplinar revela competências relacionais essenciais ao exercício da enfermagem especializada, com foco na coordenação de cuidados e na gestão clínica de situações complexas, mas também nas competências e conhecimentos sobre técnicas anestésicas. Saliento a importância de uma adequada comunicação com o anestesologista, através da realização de dupla verificação da terapêutica anestésica em voz alta e com clareza, evidenciando o domínio de estratégias comunicacionais seguras, que minimizam o risco de erro terapêutico ao recorrer a *“estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para a aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 19367).

Ressalto ainda a importância da adequada rotulagem das terapêuticas preparadas recorrendo a medidas de segurança, contribuindo para a prevenção de eventos adversos decorrentes da administração terapêutica, com o qual se demonstra conhecimento atualizado sobre práticas seguras (Regulamento n.º 429/2018).

A realização do balanço hidroeletrólítico, a manutenção da normoglicémia e a implementação de medidas para assegurar a normotermia (recorrendo a estratégias de aquecimento), demonstram conhecimento aprofundado e atuação preventiva, fundamentais para a manutenção da homeostasia durante o procedimento cirúrgico. A monitorização contínua dos sinais vitais, bem como a gestão da dor, e a resposta adequada às alterações fisiológicas decorrentes, assim como o registo adequado, evidenciam competências em avaliação clínica avançada e capacidade de intervenção segura e eficaz. Dada a complexidade da situação cirúrgico-anestésica, foi assegurada a disponibilização de fármacos de *live saving*, permitindo uma resposta célere na presença de alterações do estado hemodinâmico agudas na pessoa, dando resposta ao dever de enfermeiro em situação de emergência *“agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais”* (OE, 2015b, p. 103).

A gestão de situações cirúrgico-anestésicas complexas, com autonomia e discernimento clínico, demonstra um elevado grau de competência, destacando-se a capacidade de tomada de decisão rápida e segura em articulação com o anestesiológico.

Na transmissão de informação devem utilizar-se *“estratégias de comunicação adequadas para assegurar a documentação precisa e a continuidade de cuidados”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 19366), como tal, ao longo dos turnos a transmissão informação foi realizada segundo a metodologia ISBAR, já normalizada em ambos os campos de estágio. A comunicação estruturada permitiu a continuidade dos cuidados prestados à PSPO, assegurando que todos os profissionais envolvidos tinham acesso à informação essencial para a tomada de decisões clínicas adequadas, mas também para a redução do risco de falhas na comunicação, conforme preconizado pela OE (2017) e pela DGS (2017). Nestes momentos foi garantido o respeito pela privacidade e o sigilo profissional, limitando a presença dos profissionais diretamente responsáveis pela pessoa e pela continuidade dos cuidados na UCPA, demonstrando consciência ética e responsabilidade profissional.

A atuação colaborativa e alinhada com metodologias normalizadas nos campos de estágio demonstra integração eficaz em contextos clínicos exigentes, reforçando a minha competência em ambientes de trabalho interprofissionais.

A consolidação de competências na função de enfermeira circulante foi principalmente desenvolvida nas áreas de ginecologia, oftalmologia e urologia. A prestação de cuidados maioritariamente nestes contextos, permitiu-me adquirir um nível de conhecimentos mais profundo sobre as especificidades de cada área. Destaco a evolução significativa na área de oftalmologia, onde me foi possível adquirir plena autonomia no desempenho das funções de circulação. A proatividade e interesse na área, aliados à frequência de turnos nesta

especialidade, à consulta de evidência científica e ao apoio prestado no esclarecimento de dúvidas pela enfermeira tutora, conduziram-me à autonomia nos cuidados prestados. Estes fatores, em conjunto, permitiram-me prestar cuidados com segurança, rigor técnico e autonomia, refletindo a aquisição de competências especializadas no âmbito da enfermagem perioperatória.

O desempenho da função de enfermeiro circulante exige uma perspetiva interprofissional sólida, perante a qual foi identificado, em articulação prévia com os cirurgiões, as necessidades específicas para cada procedimento cirúrgico, com o intuito de garantir a segurança e a eficácia dos cuidados. Esta articulação revela competências de planeamento, organização e comunicação interprofissional, permitindo antecipar recursos e contribuir para o bom funcionamento da equipa em ambiente operatório, otimizando o tempo cirúrgico e minimizando riscos.

Adicionalmente, a atuação em situações de elevada exigência, próprias do contexto cirúrgico, exigiu uma postura assertiva e profissional. Foi-me possível demonstrar a capacidade de manter o controlo, mantendo uma postura assertiva, evitando o conflito e gerando respostas adequadas face às situações experienciadas - competências relacionais fundamentais à prática do EE. Estas características são determinantes para a promoção de um ambiente de trabalho seguro, colaborativo e centrado na qualidade dos cuidados.

No exercício da função de enfermeira circulante, ao longo dos turnos foi compreendida e incorporada a importância de adotar uma atitude antecipatória e gestora de risco, com o objetivo de manter a segurança da PSPO e da equipa de saúde. Previamente à transferência da pessoa para a sala operatória, procedia à verificação adequada da higienização da sala operatória, superfícies e equipamentos, em conformidade com medidas de PCI. Estas ações visaram minimizar o risco de infeções e a transmissão cruzada, garantindo um ambiente seguro. Em articulação com o enfermeiro instrumentista, assegurei também a funcionalidade e disponibilidade dos equipamentos e materiais necessários à intervenção cirúrgica, organizando a disposição do espaço na sala operatória. Estas intervenções vão ao encontro do descrito nas competências específicas do EE em EMC-PSP, relativamente à gestão e controlo de dispositivos médicos utilizados no perioperatório, mas também promovendo a fluidez dos movimentos da equipa e reduzindo potenciais riscos de quedas ou outros eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018).

No desempenho da função de enfermeira circulante, promovi a assepsia cirúrgica, assegurando os parâmetros ambientais da sala operatória, com a verificação da temperatura e humidade da mesma. Garanti também o fornecimento de materiais estéreis e equipamentos, atempadamente, verificando a integridade das mangas e tiras de

esterilização, mas também, assegurando a manutenção das condições de esterilidade até ao momento da sua utilização. Colaborei na execução do penso cirúrgico, em articulação com o enfermeiro instrumentista, contribuindo para a segurança e qualidade dos cuidados prestados.

Destaco ainda a realização da contagem rigorosa de materiais, instrumentos cirúrgicos e dispositivos corto-perfurantes antes, durante e após os procedimentos, prática essencial para a prevenção da retenção acidental de corpos estranhos, que constitui o terceiro evento sentinela mais frequente segundo a *Joint Commission International* (JCI, 2024). Esta contagem foi realizada em momentos-chave: antes do início da cirurgia, antes do encerramento de cada plano cirúrgico e no final da intervenção, em conformidade com os protocolos de segurança cirúrgica. Estes procedimentos refletem a aplicação da “consciência cirúrgica”, promovendo a segurança da pessoa e a rastreabilidade dos cuidados prestados. Os registos das contagens foram devidamente documentados no processo clínico, cumprindo com a unidade de competência do EE em EMC-PSP relativa à gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Regulamento n.º 429/2018).

O EE deve liderar o processo de gestão de risco nos cuidados especializados, conforme preconizado nos PQCEE de EMC-PSP (OE, 2017). Nesse sentido, promovi a consciencialização da equipa multidisciplinar para a importância da adoção de medidas de gestão de risco, integrando práticas que visam garantir a segurança da PSPO e da própria equipa. Medidas como a contabilização de materiais, equipamentos e dispositivos utilizados durante o procedimento. A verificação da integridade e correto local de colocação da placa neutra na eletrocirurgia, a prevenção de lesões decorrentes de quedas ou posicionamento cirúrgico inadequado outros eventos adversos na pessoa e na equipa multidisciplinar que garantem a segurança de ambos.

Ainda no âmbito da função de enfermeiro circulante, assegurei a rastreabilidade dos dispositivos médicos implantáveis, mediante o registo sistemático no processo clínico e em documento próprio, posteriormente entregue à PSPO, conforme estabelecido no Regulamento n.º 429/2018. Esta prática contribui diretamente para a segurança e continuidade dos cuidados, permitindo o acompanhamento futuro da intervenção e promovendo a transparência e a rastreabilidade dos atos clínicos.

Em relação ao desempenho nas funções de enfermeiro instrumentista, esta foi-me permitida em ambas as experiências de estágio, verificando que o foco de atenção está dirigido às necessidades da equipa cirúrgica e a sua tomada de decisão deve ser baseada em conhecimentos técnicos e científicos, através dos quais compreende a complexidade das técnicas e procedimentos cirúrgicos (Martins, 2014; Silva, 2016). Ao enfermeiro

instrumentista cabe reduzir os riscos de infecção, a retenção de corpos estranhos e o risco de hemorragia, promovendo a minimização da agressão cirúrgica (AESOP, 2013). Esta função, exige o conhecimento alargado sobre o procedimento cirúrgico e anatomia, por forma a antecipar os passos cirúrgicos e as necessidades do cirurgião. Apenas um conhecimento aprofundado sobre os procedimentos a que a PSPO será submetida permite antecipar as necessidades cirúrgicas e a preparação do material necessário, contribuindo *“para a otimização da complementaridade dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa”* (Regulamento n.º 429/2018, p. 19367).

O exercício desta função foi direcionado para as áreas ginecologia e cirurgia geral. Durante esta experiência, pude aprimorar a técnica da desinfeção cirúrgica das mãos, colaborar no vestir da equipa cirúrgica, compreender a funcionalidade dos instrumentos cirúrgicos, assim como, métodos de organização da mesa operatória e a importância deste profissional na manutenção da assepsia cirúrgica.

Implementando a consciência cirúrgica e visando a PCI, cabe ao enfermeiro instrumentista e a qualquer elemento da sala operatória comunicar rapidamente a quebra na assepsia cirúrgica, garantindo a substituição dos instrumentos ou indumentária cirúrgica infetada, minimizando o risco de infecção. Além disso, o enfermeiro instrumentista deve garantir a manutenção e a correta funcionalidade dos instrumentos cirúrgicos, testando-os previamente. Durante o procedimento, estes devem ser higienizados regularmente para assegurar o seu correto funcionamento e durabilidade.

A prática clínica desenvolvida em contexto de UCA, facilitou o desenvolvimento de planos de capacitação e individualizados, relativos ao período pré e pós-operatório. Foram elaboradas cartas de alta de enfermagem, esclarecidas dúvidas e realizados ensinamentos à PSPO e família/PS, com os quais se pretendia promover a sua saúde e capacitação para o autocuidado, com o objetivo de *“alcançarem o máximo potencial de saúde na vivência da situação perioperatória”* (OE, 2017, p. 28). Foi também assegurada a prevenção de complicações, inerente aos PQCEE de EMC-PSP (OE, 2017), e utilizadas estratégias de comunicação adequadas a cada pessoa e situação perioperatória, garantindo a continuidade dos cuidados à pessoa e readaptação funcional.

As intervenções do EE em EMC-PSP, já documentadas, consolidaram competências para cuidar da PSPO e garantir a segurança da equipa, alinhadas com a consciência cirúrgica. Foram promovidas ações para minimizar riscos de complicações, assegurar conforto, implementar boas práticas, e fortalecer a cultura de segurança. Na sala operatória, garanti um ambiente organizado e seguro, incentivando o uso de equipamentos de apoio para proteção da equipa. Além disso, liderei o controlo de infeções, supervisionando a assepsia e

esterilidade, complementado com um projeto de intervenção e múltiplas sessões de formação. Foi supervisionada a técnica de higienização das mãos e a manutenção da assepsia cirúrgica, informando sobre a quebra da mesma sempre que ocorresse.

Com o objetivo de compreender o processo de esterilização e maximizar a organização e os cuidados de enfermagem prestados no BO, considerei pertinente, no segundo estágio, realizar turnos de observação no serviço de esterilização do hospital. Com esta experiência, observei e compreendi os diferentes momentos do processo de esterilização, nomeadamente os diferentes métodos de descontaminação e esterilização existentes, de acordo com os materiais e equipamentos, compreendendo a importância do papel do EE neste serviço.

Cada método exige tempos diferentes, não sendo possível saltar nenhuma fase de descontaminação ou esterilização sem comprometer o resultado final e a prevenção de contaminação cruzada. Como tal, enquanto enfermeira perioperatória, é crucial conhecer o tempo necessário para poder solicitar um instrumento cirúrgico enviado para esterilização, por forma a organizar os cuidados prestados no BO e garantir a existência de todos os materiais e equipamentos necessários para a intervenção cirúrgica, garantindo a qualidade dos cuidados prestados e o risco de infeção cruzada. O enfermeiro instrumentista, bem como o EE em funções no serviço de esterilização zelam pela gestão e controlo do instrumental cirúrgico, pela sua manutenção e vitalidade.

Este planeamento vai ao encontro do PQCEE relativo à organização dos cuidados de enfermagem e à PCI e de resistência aos antimicrobianos, devendo o EE envolver-se no cumprimento e estabelecimento de *“procedimentos e circuitos, requeridos na prevenção e controlo da infeção, face às vias de transmissão no decorrer dos processos médicos e/ou cirúrgicos complexos”* (OE, 2017, p. 9).

## 2.3 COMPETÊNCIAS DE MESTRE EM ENFERMAGEM

O Mestrado em Enfermagem proporciona o desenvolvimento de prática de enfermagem avançada, integrando a teoria, a prática e investigação científica na tomada de decisão clínica. Com o Mestrado em EMC-PSP pretende-se que além da aquisição das competências comuns e específicas nesta área, se desenvolvam competências de Mestre em Enfermagem.

Do Mestre em Enfermagem espera-se um profissional dedicado à investigação e desenvolvimento da disciplina pela partilha de conhecimentos com os demais (OE, 2006). Assim, ao longo deste percurso, a investigação assumiu um contributo central, não apenas na melhoria contínua dos cuidados prestados, mas também na sua disseminação entre os pares, promovendo a adoção de PBE.

A prática despertou a necessidade constante de aprofundar conhecimentos, sustentando a minha atuação em evidência científica de elevada qualidade. Neste contexto, foram inúmeras as situações do dia a dia que me levaram a realizar investigação e a querer aprofundar conhecimentos para prestar os cuidados de enfermagem adequados, tendo em conta que, para que o conhecimento adquirido seja fidedigno, deve recorrer-se a evidências científicas de forte qualidade. Destaco a minha participação em procedimentos complexos, como a colaboração na colocação de linha arterial, na entubação orotraqueal e nos bloqueios do neuroeixo - técnicas onde atuei com base na literatura científica e com foco na segurança da PSPO.

Este percurso reflete a consolidação de competências de Mestre, nomeadamente na utilização crítica da evidência, na colaboração em contextos clínicos diferenciados e na promoção de cuidados seguros e de qualidade.

No que concerne a questões éticas e deontológicas, este Mestrado permitiu a consolidação de competências neste âmbito. Enquanto estudante de Mestrado, em ensino clínico, a minha *práxis* foi alicerçada nos princípios éticos e deontológicos inerentes à profissão de enfermagem, descritos no código deontológico (OE, 2015b), perante os quais regi o processo de tomada de decisão e adaptação a cada situação.

Ao longo do ensino clínico foi aliançando a teoria com a prática reflexiva e, conforme o demonstrado ao longo dos subcapítulos anteriores, foram desenvolvidas competências comuns e específicas de EE em EMC-PSP. A aquisição destas vai ao encontro das aptidões descritas para conferir o grau de Mestre, no art.º 15 do Decreto-Lei n.º 65/2018:

a) ” Possuir *conhecimentos e capacidade de compreensão*” (p. 4162). Foram desenvolvidos conhecimentos a implementar face a situações complexas, mantendo uma atitude antecipatória como a vigilância dos parâmetros ventilatórios e a monitorização eletrocardiográfica na pessoa submetida a anestesia, vigiando possíveis complicações decorrentes do processo cirúrgico-anestésico ou através da preparação ou disponibilização de terapêutica de emergência, face à situação da PSPO.

b) “*Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo*” (p. 4162). Foram desenvolvidas estratégias de comunicação tendo em conta cada situação da PSPO e envolvida a equipa multidisciplinar, sempre que necessário, por forma a esclarecê-la e assegurar a segurança e respeito pela sua vontade. Na equipa multidisciplinar foram desenvolvidas estratégias promotoras de reflexão sobre a prática e a mudança de comportamento, perante práticas desatualizadas e que não tivessem em conta as evidências científicas mais recentes, exigindo o desenvolvimento das capacidades descritas no ponto c), do mesmo documento.

c) *“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;”* (p. 4162). Destaca-se a capacidade demonstrada para expressar o processo de tomada de decisão à equipa multidisciplinar, salientando evidências científicas em que assenta, bem como a capacidade de transmitir informação clínica com clareza - segundo a metodologia ISBAR - e esclarecendo os cuidados de enfermagem inerentes a cada pessoa. O desenvolvimento do projeto de melhoria contínua, com vista na uniformização das práticas e melhoria da qualidade e segurança cuidados, exigiram uma reflexão prévia e planeamento criterioso para que tenham se atingisse o objetivo esperado. Considera-se ainda que, o facto de ao longo do Mestrado terem sido apresentados diversos trabalhos em sala de aula, realizadas formações nos contextos de estágio e apresentações em congressos melhoraram capacidade de exposição de ideias e de comunicação.

d) *“Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;”* (p. 4162). Salienta-se a capacidade de partilha de conhecimentos e processos de tomada de decisão na equipa multidisciplinar, que promoveu momentos reflexivos na mesma. A elaboração de um projeto de intervenção para um dos contextos de estágio (Apêndice VI), recorrendo à metodologia de projeto, permitiu a projeção de um problema existente no serviço e o planeamento da sua intervenção face às possíveis causas identificadas para este. A realização e apresentação de poster (Apêndice XII) e comunicações livres (Apêndice XIII; Apêndice XIV), apresentados em congressos, que espelhavam resultados baseados em evidência científica, pertinentes para a prática de enfermagem.

e) *“Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”* (p. 4162). A este ponto remetem-se as pesquisas realizadas ao longo deste Mestrado, que contribuíram para consolidar os conhecimentos previamente existentes e desenvolver novos, face à especialidade em EMC-PSP. A realização da ScR (Apêndice II), aprimorou a capacidade de realizar investigação e pesquisa avançada, facilitando a implementação de PBE de forte nível de qualidade, que orientam prática diária e a sua disseminação entre os pares.

Face ao disposto anteriormente, o enfermeiro Mestre deve ter a capacidade de adaptar e desenvolver os seus conhecimentos e formação, integrando novos conhecimentos para responder a questões com maior grau de complexidade, tendo em consideração as responsabilidades éticas e legais da profissão. Neste âmbito considero ter desenvolvido ao longo do Mestrado um papel ativo na disseminação de conhecimentos, nomeadamente

através da elaboração do projeto de intervenção, formações em serviço e documentos de apoio à prática diária, contribuindo para aquisição de novos conhecimentos e uniformização das práticas nas equipas, sempre baseados em fortes níveis de evidência.

Na mesma perspetiva e demonstrando a aptidão para promover a mudança na prática de enfermagem, foram apresentadas duas comunicações orais (Apêndice XIV; Anexo III), uma delas reconhecida com o primeiro prémio e um poster (Apêndice XII; Anexo II) em Jornadas de Científicas. Foi publicado o protocolo ScR (Apêndice I) na OSF e aguarda-se a publicação da ScR (Apêndice II), elaborada ao longo do Mestrado, numa revista de Quartil 2.

Foram também frequentadas Jornadas Científicas (Anexo I), vários *webinar's* formativos (Anexo V, VI VII, VIII, IX e X) e formações presenciais (Anexo XI e XII), relativos a vários conceitos inerentes à prática de enfermagem especializada e perioperatória, com o intuito de atualizar os conhecimentos e refletir criticamente sobre as perspetivas e experiências vivenciadas pelos enfermeiros na implementação de PBE e na análise dos resultados obtidos.

## 2.4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A elaboração do presente relatório de estágio bem como a prestação de cuidados durante as práticas clínicas, foram orientadas por uma conduta ética e deontológica, conforme os princípios definidos pela OE, bem como de acordo com os regulamentos internos dos serviços onde foram desenvolvidos os estágios clínicos. Esta conduta assegurou o cumprimento rigoroso das normas profissionais e da política de proteção de dados pessoais.

No desenvolvimento das atividades descritas e na consolidação de competências de EE, foi garantido o consentimento informado da pessoa para a prestação de cuidados enquanto estudante de Mestrado. Em momento algum foram divulgadas informações pessoais ou identificáveis, respeitando os princípios da confidencialidade, privacidade e dignidade da pessoa. Este cuidado foi essencial para o estabelecimento de uma relação terapêutica baseada na confiança, garantido a humanização dos cuidados e o respeito pela sua autonomia, autodeterminação e direitos enquanto pessoa.

Declara-se que, tanto na elaboração deste relatório, como durante a prática clínica, não existiram conflitos de interesses ou quaisquer influências que compromettesse a integridade, imparcialidade ou objetividade do trabalho desenvolvido.

A fundamentação teórica e científica utilizada ao longo do relatório foi devidamente referenciada, garantido a rastreabilidade das fontes e respeitando os direitos e a perspetiva dos autores. Foram cumpridas integralmente as diretrizes éticas e regulamentares definidas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz para a elaboração do presente relatório académico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

A construção deste relatório proporcionou uma reflexão crítica e aprofundada sobre o percurso decorrido ao longo do Mestrado em EMC-PSP. Revelando-se um documento essencial para analisar o percurso desenvolvido ao longo do estágio, com foco na documentação e reflexão crítica sobre as competências adquiridas, recorrendo, para tal aos regulamentos profissionais e legislação disponíveis.

De modo a concluir esta análise recorreu-se a uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), onde foi possível identificar os pontos fortes, fraquezas, oportunidade e ameaças sentidas ao longo deste Mestrado.

**Pontos fortes** - A componente de estágio foi determinante na articulação entre a componente teórica e prática de enfermagem em BO, promovendo o desenvolvimento progressivo das competências necessárias para a prestação de cuidados perioperatórios especializados. Apesar de apresentar seis anos de experiência profissional, cinco dos quais em internamento cirúrgico, o ingresso em ambiente de intraoperatório, constitui um desafio, exigindo a reestruturação de pensamento, a aquisição de novos conhecimentos e competências para a prestação de cuidados no contexto de BO.

Considera-se que objetivos definidos para os estágios foram concluídos com sucesso, possibilitando o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EE em EMC-PSP. A elaboração do presente relatório permitiu a refletir sobre o impacto significativo das várias experiências vividas no desenvolvimento de ambos os estágios.

**Fraquezas** - A integração no primeiro contexto de estágio revelou-se desafiante, devido à ausência de experiência prévia no contexto intraoperatório. A alocação da enfermeira tutora maioritariamente à função de enfermeira circulante, dificultou o ganho de autonomia pelo desconhecimento das dinâmicas intraoperatórias. Com o tempo fui desenvolvendo competências nesta área, nomeadamente através da experiência anterior em funções de anestesia.

Neste sentido, considero, por isso, que seria facilitador para a apropriação de conhecimentos e desenvolvimento de competências, que os enfermeiros sem experiência em contexto intraoperatório, desenvolvam o primeiro estágio em UCPA ou em funções de enfermeiro de anestesia pode facilitar a transição e a aquisição de competências essenciais.

**Oportunidades** - A realização de estágio em contexto de UCA e BOC ofereceram uma visão abrangente sobre os cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória em diferentes contextos: cirurgia convencional programada, ambulatória e de emergência. A diversidade de especialidades cirúrgicas permitiu um contacto enriquecedor com diferentes necessidades

das pessoas, bem como diferentes complexidade de cuidados cirúrgico-anestésicos, contribuindo assim para a consolidação e aquisição de conhecimentos.

A elaboração e implementação de um projeto de intervenção para o primeiro estágio permitiu planejar um projeto de melhoria contínua, cujo objetivo era promover a adesão às PBCI, reforçando a segurança e qualidade dos cuidados, através da redução do risco de incidência de IACS. Para este feito, torna-se necessário o EE estar dotado de conhecimentos sobre os fatores que podem influenciar a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da ILC, e facilitar o processo transicional organizacional entre a “não adesão” e a “adesão”. A revisão de literatura realizada - ScR - contribuiu para a aquisição de conhecimentos e estratégias sobre os fatores que influenciam este processo, o que facilitou o planeamento do projeto de melhoria contínua e intervenções desenvolvidas em ambas as experiências da prática clínica. Salienta-se ainda que o protocolo ScR, que precedeu a Scr, foi publicado na OSF e que a ScR está em processo de submissão na revista *Perioperative Care and Operating Room Management*. Considera-se que a publicação desta ScR irá contribuir para o desenvolvimento do conhecimento especializado.

Enquanto estudante de Mestrado, adotei um papel ativo na promoção da mudança de práticas, incentivando a reflexão em equipa e fundamentando os cuidados com base nas melhores práticas disponíveis.

**Ameaças** - A limitação temporal do primeiro estágio (180h), aliada à exigência de planejar e iniciar o projeto de intervenção, representou um risco em termos de conclusão das atividades planeadas. Embora o projeto não tenha sido finalizado durante o estágio, foi estruturado de forma a permitir a sua continuidade pela equipa de serviço, após o *terminus* do estágio.

Concluindo, a elaboração deste relatório de estágio, integrado no curso de Mestrado em EMC-PSP, teve em conta o caminho a percorrer para o desenvolvimento das competências comuns e específicas de EE em EMC-PSP, através das atividades planeadas e desenvolvidas, que foram atingidas na integra, considerando assim, que este desafio formativo foi desenvolvido com sucesso, exigindo foco e dedicação. Este Mestrado, contribuiu para o aprofundamento, consolidação e aquisição de conhecimentos especializados, que promovem a prática de enfermagem especializada baseada em evidência científica de forte qualidade e a mudança nos cuidados perioperatórios.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidata.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: Da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidata.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Dia europeu do enfermeiro perioperatório*. <https://www.chlc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/09/AESOP-PND-2013-FLYER.pdf>
- Association of periOperative Registered Nurses. (2021a). *AORN position statement on perioperative safe staffing and on-call practices*. [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/personnel-staffing/posstat-staffingoncall-0721.pdf?sfvrsn=903675d2\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/personnel-staffing/posstat-staffingoncall-0721.pdf?sfvrsn=903675d2_1)
- Association of periOperative Registered Nurses. (2021b). *Perioperative nursing: Scope and standards of practice*. [https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee\\_1](https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1)
- Benner, P., Queirós, A., & Lourenço, B. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Barbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., & Schechter, W. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152(8), 784. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
- Bilbao, M. (2014, Fevereiro 15). Entrevista - dia europeu do enfermeiro perioperatório [Interview]. In *Ordem Dos Enfermeiros - Região Autónoma Dos Açores*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/acoeres/noticias/conteudos/entrevista-dia-europeu-do-enfermeiro-perioperat%C3%B3rio/>
- Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5). <https://doi.org/10.12707/RV20088>
- Câmara, M., Felix, C., & Corgozinho, M. (2022). Enfermagem no contexto da infeção da ferida cirúrgica: Revisão integrativa. *Health Residencies Journal - HRJ*, 3(14), 941-960. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.352>
- Campos, A. (2023). *Adesão Dos Profissionais De Saúde Às Medidas De Prevenção De Infeção Do Local Cirúrgico No Bloco Operatório* [Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.26/50079>
- Chick, N., & Meleis, A. I. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 24-38). Springer Publishing Company.
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente. In *Issuu*. [https://issuu.com/ulsmhph/docs/relatorio\\_cirurgia\\_ambulat\\_rio](https://issuu.com/ulsmhph/docs/relatorio_cirurgia_ambulat_rio)
- Conselho das Finanças Públicas. (2024). *Evolução do desempenho do serviço nacional de saúde em 2023*. [https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes\\_ficheiros/cfp-rel-07-2024.pdf](https://www.cfp.pt/uploads/publicacoes_ficheiros/cfp-rel-07-2024.pdf)

- Cushley, C., Knight, T., Murray, H., & Kidd, L. (2021). Writing's on the wall: Improving the WHO surgical safety checklist. *BMJ Open Quality*, 10(1), e001086. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2020-001086>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de Agosto da Presidência do Conselho de Ministros. (2018). Diário da República: I série, n.º 157. pp. 4147 - 4182. <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/65/2018/08/16/p/dre/pt/html>
- Despacho n.º 6668/2017, de 2 de Agosto do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2017). Diário da República: II série, n.º 148. pp.16068-16069. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/6668-2017-107794485>
- Despacho n.º 1380/2018, de 8 de Setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2018). Diário da República: II série, n.º 28. p. 4511. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/10901-2022-200789503>
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de Setembro do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. (2021). Diário da República: II série, n.º 187. pp. 96-103. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
- Direção-Geral da Saúde. (2011, maio 23). Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde. Orientação n.º 018/2011. [https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient\\_018\\_2011.pdf](https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2013a, fevereiro 12). *Cirurgia Segura, Salva Vidas. Circular normativa 02/2013 de 12/2/2013.* <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2013b, outubro 31). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013.* [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029.2012%20ACT.10.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029.2012%20ACT.10.2013.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Sistema de metainformação - conceitos. In *Instituto Nacional De Estatística*. <https://smi.ine.pt/conceito/Detalhes/3219>
- Direção-Geral da Saúde. (2017a, fevereiro 8). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017.* <https://normas.dgs.min-saude.pt/2017/02/08/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude/>
- Direção-Geral da Saúde. (2017b, dezembro). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017.* [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2022, novembro 17). *“Feixe de intervenções” de prevenção de infeção de local cirúrgico: Norma de orientação clínica n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022.* [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf)
- Drennan, J. (2011). Masters in nursing degrees: An evaluation of management and leadership outcomes using a retrospective pre-test design. *Journal of Nursing Management*, 20(1), 102-112. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2011.01346.x>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório.* [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/75/Microsoft\\_Word\\_-\\_Relatorio\\_Qualidade\\_em\\_Cirurgia\\_de\\_Ambulatorio-VFinal.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/75/Microsoft_Word_-_Relatorio_Qualidade_em_Cirurgia_de_Ambulatorio-VFinal.pdf)
- Esteves, L., Cunha, I., Bohomol, E., & Negri, E. (2018). Supervised internship in undergraduate education in nursing: Integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(suppl 4), 1740-1750. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0340>

- European Centre for Disease Prevention and Control. (2017). *Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in european hospitals - HAI-Net SSI protocol, version 2.2*. European Centre for Disease Prevention and Control. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol-v2.2.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2023). *Annual epidemiological report for 2018-2020 healthcare-associated infections: Surgical site infections*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Healthcare-associated%20infections%20-%20surgical%20site%20infections%202018-2020.pdf>
- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in european acute care hospitals*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>
- Fernandes, J., & Sá, M. (2021). *Desenvolvimento de competências do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação* (1ª ed.). Papa Letras.
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes - revisão scoping. *Ámbitos Revista Internacional de Comunicación*, 49(1139-1979), 32-48.
- Giudice, D. L., Trimarchi, G., La Fauci, V. L., Squeri, R., & Calimeri, S. (2019). Hospital infection control and behaviour of operating room staff. *Central European Journal of Public Health*, 27(4), 292-295. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4932>
- Gonçalves, M., Cerejo, M., & Martins, J. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/riv17023>
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Grimshaw, J. M., Eccles, M. P., Lavis, J. N., Hill, S. J., & Squires, J. E. (2012). Knowledge translation of research findings. *Implementation Science*, 7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>
- Gustafsson, I. L., Elmqvist, C., From-Attebring, M., Johansson, I., & Rask, M. (2017). The Nurse Anesthetists' Adherence to Swedish National Recommendations to Maintain Normothermia in Patients during Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(5), 409-418. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.006>
- Henriques, C., Santos, P., & Frade, J. (2021). Enfermagem avançada - conceptualização através de grupos focais. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 138-144. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.138-144>
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). *10 IHI innovations to improve health and health care*. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
- International Council of Nurses. (2020). *Guidelines on advanced practice nursing*. [https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN\\_APN%20Report\\_EN\\_WEB.pdf](https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf)
- Khan, M. N., Versteegen, D. M., Bhatti, A. B., Dolmans, D. H., & Mook, W. N. (2018). Factors Hindering the Implementation of Surgical Site Infection Control Guidelines in the Operating Rooms of low-income countries: a mixed-method Study. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases*, 37(10), 1923-1929. <https://doi.org/10.1007/s10096-018-3327-2>

- Lie, S. A., Lee, K. Y., Goh, M. H., Harikrishnan, S., & Poopalalingam, R. (2019). Achieving 100 Percent Compliance to Perioperative Antibiotic administration: a Quality Improvement Initiative. *Singapore Medical Journal*, 60(3), 130-135. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018039>
- Lin, F., Gillespie, B. M., Chaboyer, W., Li, Y., Whitelock, K., Morley, N., Morrissey, S., O'Callaghan, F., & Marshall, A. P. (2019). Preventing Surgical Site Infections: Facilitators and Barriers to Nurses' Adherence to Clinical Practice guidelines—A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*, 28(9-10), 1643-1652. <https://doi.org/10.1111/jocn.14766>
- Lin, F., Marshall, A. P., Gillespie, B., Li, Y., O'Callaghan, F., Morrissey, S., Whitelock, K., Morley, N., & Chaboyer, W. (2020). Evaluating the Implementation of a Multi-Component Intervention to Prevent Surgical Site Infection and Promote Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 17(3). <https://doi.org/10.1111/wvn.12436>
- Magalhães, S., & Ferreira, L. (2023). Infecções da ferida cirúrgica. Fatores de risco. *Enformação*, 13, 23-30. Associação Científica dos Enfermeiros. <https://www.chts.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/4/2023/01/enformacao-n13-2023-online.pdf>
- Marques, A.; Osório C.; Aguiar C.; Lopes G.; Rodrigues T. (2020). Implementação de uma bundle para a redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia. *Revista ROL Enfermagem*, 43(1), 97-103.
- Martins, T., Peixoto, M., Machado, P., & Araújo, M. (2016). *A pessoa dependente & o familiar cuidador* (1st ed.). Escola Superior Enfermagem do Porto.
- Mattingly, A. S., Starr, N., Bitew, S., Forrester, J. A., Negussie, T., Berekyei Merrell, S., & Weiser, T. G. (2019). Qualitative Outcomes of Clean cut: Implementation Lessons from Reducing Surgical Infections in Ethiopia. *BMC Health Services Research*, 19(519). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4383-8>
- Matos, F., Sales, L., Baquero, L., & Bilbao, M. (2021). Cirurgia segura. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Eds.), *Guia Prático Para a Segurança Do Doente* (pp. 235-248). Lidel.
- Martins, L. (2014). *Formação da equipa de enfermagem do bloco operatório no reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis* [Relatório De Estágio De Mestrado]. <http://hdl.handle.net/10400.26/7627>
- Mayes, C. G. (2020). A Grounded Theory of Intraoperative Team Members' Decision Making regarding Surgical Attire Guideline Adherence. *AORN Journal*, 112(5), 457-469. <https://doi.org/10.1002/aorn.13207>
- Meleis, A. (2010). Role insufficiency and role supplementation: A conceptual framework. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp.13-24). Springer Pub.
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E., Messias, D. K., & Schumacher, K. (2010). Experiencing transitions: An emerging middle-range theory. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 52-64). Springer Publishing Company.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Revista Servir*, 59(2), 7-17. [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro\\_%20Rev%20Servir\\_2016.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14209/1/Limites%20eticos%20agir%20enfermeiro_%20Rev%20Servir_2016.pdf)
- Oliveira, A. C., & Gama, C. S. (2015). Avaliação Da Adesão Às Medidas Para a Prevenção De Infecções Do Sítio Cirúrgico Pela Equipe Cirúrgica. *Revista Da Escola de Enfermagem*

Da Universidade São Paulo, 49(5), 767-774. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000500009>

- Oliveira, L., & Queirós, P. (2015). Tradução, adaptação cultural e validação da nurse competence scale (NCS) para a população portuguesa. *Revista Investigação Em Enfermagem*, 77-89. [https://www.researchgate.net/publication/275714022\\_TRADUCAO\\_ADAPTACAO\\_CULTURAL\\_E\\_VALIDACAO\\_DA\\_NURSE\\_COMPETENCE\\_SCALE\\_NCS\\_PARA\\_A\\_POPULACAO\\_PORTUGUESA](https://www.researchgate.net/publication/275714022_TRADUCAO_ADAPTACAO_CULTURAL_E_VALIDACAO_DA_NURSE_COMPETENCE_SCALE_NCS_PARA_A_POPULACAO_PORTUGUESA)
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro - dos comentários à análise dos casos*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Investigação em enfermagem - tomada de posição*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_26Abr2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2011). *CIPE® versão 2 - classificação internacional para a prática de enfermagem. Do original "ICNP" version 2 - Internacional classification for nursing practice*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/27837/ordem-enfermeiros-cipe.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia profissional de enfermagem*. Ordem Dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj\\_deontologia\\_2015\\_web.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatuto da ordem dos enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados de enfermagem médico-cirúrgica*. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. [https://ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem\\_inescotecabril2018.pdf](https://ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inescotecabril2018.pdf)
- Phaneuf, M. (2002). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação* (N. Salgueiro & R. Salgueiro, Trans.; 1st ed.). Lusociência.
- Portaria n.º 207/2017, de 11 de Julho do Ministério da Saúde. (2017). Diário da República: I série, n.º 132. pp. 3550-3708. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2017/07/13200/0355003708.pdf>
- Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistências aos Antimicrobianos. (2021). *Infeções e resistências a antimicrobianos: Relatório do programa prioritário PPCIRA*. Direção-Geral da Saúde. <https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoos-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
- Putnam, L. R., Chang, C. M., Rogers, N. B., Podolnick, J. M., Sakhuja, S., Matuszczak, M., Austin, M. T., Kao, L. S., Lally, K. P., & Tsao, K. (2015). Adherence to Surgical Antibiotic Prophylaxis Remains a Challenge despite Multifaceted Interventions. *Surgery*, 158(2), 413-419. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.04.013>

- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de Julho da Ordem dos Enfermeiros. (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. pp. 19359 - 19370. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, n.º 26. pp. 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de Setembro da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem*. Diário da República: II série, n.º 184. pp.128 - 155. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/743-2019-124981040>
- Ribeiro, M., Santos, S. L. dos, & Meira, T. G. B. M. (2006). Refletindo sobre liderança em enfermagem. *Escola Anna Nery*, 10(1), 109-115. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452006000100014>
- Rich, V. (2010). On becoming a flexible pool nurse: Expansion of the Meleis transition framework. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 423-464). Springer Publishing Company.
- Rosa, M. (2017). *Infeção do local cirúrgico. um desafio multidisciplinar* [Dissertação De Mestrado, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/32630/1/MonicaASRosa.pdf>
- Ruivo, M. A., & Ferrito, C. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 15. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)
- Santos, C. (2018). *Prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa - intervenção de enfermagem* [Relatório de Estágio, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/24219>
- Schaurich, D., & Crossetti, M. (2010). Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: Análise de periódicos na área, 1998-2007. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 14(1), 182-188.
- Schumacher, K. L., & Meleis, A. L. (2010). Transitions: A central concept in nursing. In A. Meleis (Ed.), *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice* (pp. 38-51). Springer Publishing Company.
- Silva, A., & Nascimento, S. (2023). Teoria do conforto de Kolcaba no cuidado de enfermagem: uma revisão integrativa. *Revista JRG De Estudos Acadêmicos*, 6(13), 946- 969. <https://doi.org/10.5281/zenodo.8065092>
- Silva, T. (2016). *Competências não técnicas do enfermeiro instrumentista* [Relatório De Estágio De Mestrado]. <http://hdl.handle.net/10400.26/17276>
- The Joint Commission. (2024). Sentinel event data 2023 annual review. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/2024/2024\\_sentinel-event\\_annual-review\\_published-2024.pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/2024/2024_sentinel-event_annual-review_published-2024.pdf)
- World Health Organization. (2016). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. (1ª ed.). World Health Organization. <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250680/9789241549882eng.pdf;jsessionid=029852B0B904B07E747A410D172CF0B7?sequence=1>

- World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. (2<sup>a</sup> ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022a). *Global report on infection prevention and control*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354489/9789240051164-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2022b). *World health statistics 2022. Monitoring health for the SDGs sustainable development goals*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/356584/9789240051140-eng.pdf?sequence=1>
- Zucco, R., Lavano, F., Nobile, C. G., Papadopoli, R., & Bianco, A. (2019). Adherence to Evidence-based Recommendations for Surgical Site Infection Prevention: Results Among Italian Surgical Ward Nurses. *PLOS One*, 14(9), e0222825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222825>

## **APÊNDICES**

## APÊNDICE I - PROTOCOLO *SCOPING REVIEW*

# **Surgical site infection prevention and control measures in the perioperative period - Adherence by healthcare professionals: Scoping Review Protocol**

**Margarida Pinto Correia<sup>1</sup>, Inês Canejo<sup>2</sup>, Tânia Soares<sup>3</sup>**

<sup>1</sup> Corresponding author, General Care Nurse, Master's student in Medical-Surgical Nursing in Perioperative Nursing at the Egas Moniz School of Health. ORCID: [0009-0001-5595-9169](https://orcid.org/0009-0001-5595-9169), Portugal  
Margarida\_correia1996@hotmail.com

<sup>2</sup> Master's Degree Nurse and Specialist in Medical-Surgical Nursing. ORCID: [0009-0001-6885-9597](https://orcid.org/0009-0001-6885-9597), Portugal.

<sup>3</sup> Assistant Professor at the Egas Moniz School of Health, Master's Degree Nurse and Specialist in Medical-Surgical Nursing. ORCID: [0000-0002-7993-1267](https://orcid.org/0000-0002-7993-1267), Portugal.

## **Abstract**

**Objective:** To map the available scientific evidence on the factors that influence adherence to Surgical Site Infection (SSI) prevention and control measures by healthcare professionals in the perioperative period.

**Introduction:** SSI is a surgical complication that involves the skin and subcutaneous cellular tissue, deep tissues of the incision or organ/space and entails numerous complications for the safety and quality of care provided. Its prevention can be influenced by the adherence of members of the multidisciplinary team to SSI prevention and control measures, making it relevant to understand the factors that influence it.

**Inclusion criteria:** The inclusion criteria will be defined using the PCC mnemonic (Population; Concept; Context): P - Health professionals; C - Factors influencing adherence to surgical site infection prevention and control measures; C - Perioperative period.

**Materials and Methods:** The Joanna Briggs Institute (JBI) methodology for Scoping Reviews (ScR) was followed. The databases consulted were PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost, Web of Science and gray literature. The search was carried out using English descriptors and included studies in English or Portuguese, available in full text, from 2014-2024.

The selection, data extraction and data analysis were conducted by two independent reviewers, using the PRISMA flowchart for the study selection process.

**Keywords:** Guideline adherence; Health professionals; Perioperative period; Prevention and control Surgical site infection.

## Introduction

Surgical site infection (SSI) occurs at or near the skin incision site in the first thirty days after surgery or up to ninety days if there is implanted material. It is classified according to its location as a superficial incisional infection, deep incisional infection, or organ/space incisional infection (1-3).

The development of an SSI increases the number of days spent in hospital, morbidity and mortality, pain, the need for surgical re-interventions and resistance to antimicrobials (4-6). Therefore, regarding patient safety, infection prevention and control are considered essential pillars of healthcare quality and have been addressed in international and national guidelines for their prevention and control (7-9).

The European Control Center of Disease (ECDC) has recommended the implementation of a bundle aimed at standardizing procedures, adopting evidence-based practices, and monitoring them. This includes a set of interventional measures to be implemented at different stages of the perioperative period. Rather than a list of isolated interventions, it requires the integrated implementation of all measures to achieve the expected outcomes (2).

Since SSI is a multifactorial adverse event that is considered preventable, its prevention requires addressing multiple risk factors and it is essential to identify them. Non-modifiable risk factors include personal characteristics, which are therefore not amenable to intervention, limiting the actions of health professionals in reducing the associated risk. Therefore, it is crucial to focus on modifiable risk factors, whose prevention depends on the adherence of healthcare professionals (doctors, nurses, anesthesiologists, healthcare assistants) who interact with patients during the perioperative period. Examples of essential measures include administering prophylactic antibiotic therapy, preoxygenation and maintenance of normothermia (3).

The literature reports low adherence of healthcare professionals to SSI prevention and control guidelines (10), as they require behavioral changes aimed at the efficient implementation of evidence-based practices. This process aims to increase the safety and quality of care and ensure lower risks (9).

Nurses play a crucial role in planning and implementing measures to prevent the risks associated with surgical procedures and actively intervening to prevent SSIs (11). The effectiveness of these measures is compromised when adherence is limited to a single professional group, and it is essential that all members of the multidisciplinary perioperative team recognize the importance of their role to the prevention and control of SSIs. The involvement of the specialist nurse, taking on the acting as a change agent and risk manager, is essential given due to their specialized technical, scientific, and interpersonal skill (12).

A preliminary search in MEDLINE, the Cochrane Database of Systematic Reviews, and JBI Evidence Synthesis identified only one ScR on this topic, which focuses solely on the intraoperative period (13). Given that current guidelines for SSI prevention and control include measures targeting the entire perioperative period

to reduce its incidence and improve the quality of care, we decided to conduct a ScR which aims to map the available scientific evidence on the factors that influence health professionals' adherence to measures for the prevention and control of SSI in the perioperative period.

## Review question

What factors influence healthcare professionals' adherence to surgical site infection prevention and control measures in the perioperative period?

## Keywords

Adherence to guidelines; Surgical site infection; Perioperative period; Prevention and control; Health professionals.

## Inclusion criteria

The inclusion criteria determine the dimension on which the selection of studies will be based and for this purpose, the mnemonic "PCC" (Population, Concept and Context) was used in accordance with the JBI methodology for the ScR (14). According to Peters et al. (14), it is essential to ensure consistency between the title, the objective, the research question and the established inclusion criteria.

### *Participant*

Studies involving perioperative healthcare professionals (nurses, surgeons, anesthesiologists, healthcare assistants, medical and nursing students, other healthcare professionals in the field) were included. Studies that did not include healthcare professionals or those who did not work in the perioperative period were excluded. No restrictions were applied regarding gender, personal characteristics, age, or ethnicity.

### *Concept*

Limited to studies that include factors that influence adherence to surgical site infection prevention and control measures. This could include barriers to adherence, as well as facilitators and strategies that promote it.

### *Context*

The context was limited to studies addressing the perioperative period: preoperative, intraoperative and postoperative. Any study that did not involve the perioperative period was excluded.

### *Type of sources*

This protocol included primary and secondary study designs; quasi-experimental studies, including before-and-after studies; observational studies, including prospective cohort studies; descriptive observational studies; qualitative studies focusing on qualitative data, including grounded theory and qualitative description; mixed-method studies; and scoping reviews, provided they met the inclusion criteria.

Articles identified in gray literature will also be considered for inclusion in the review, provided they meet the inclusion criteria.

This protocol will only consider articles with full-text availability.

## Methods

As the subject under investigation has not yet been explored, we decided to carry out a ScR, based on the JBI methodology (14).

### Search strategies

The search strategy used in this ScR protocol aims to map all the available literature – both published and unpublished studies. To this end, a search strategy divided into three stages was used, as recommended in the literature (14).

An initial limited search was conducted in the MEDLINE (PubMed) and CINAHL (EBSCO) databases, as appropriate, to identify articles on the topic. This was followed by an analysis of the words contained in the titles and abstracts of the most relevant articles, with the goal of understanding the best terms to use in the review and identifying the keywords to include in the search equation.

In the second phase, using the identified keywords and indexed terms, the health descriptors to be used on the DeCS/MeSH platform were validated. The search strategy, including all the keywords and index terms identified as then adapted to each database and/or information source included (Appendix I).

An advanced search was carried out on the EBSCOhost platform, including the following databases: Medline Complete; Nursing&Allied Health Collection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers; In addition, a search was carried out on the Web of Science platform and on the PubMed and ScienceDirect databases.

The list of bibliographic references from all the sources of evidence included was analyzed to identify relevant literature for this review.

The search strategy was limited to studies published in Portuguese and English, as these are the languages in which the reviewers are proficient, only studies with full-text availability and publication dates between 2014 and 2024 were considered, given the increased investment in the perioperative field in recent years.

### Selection of studies

After the search, the identified articles were exported to the Rayyan platform (15) for screening. Duplicates were removed, followed by exclusion based on title screening, then abstract screening, and finally full-text reading, applying the inclusion criteria at all stages. Potentially relevant bibliographic sources were retrieved and imported into the Rayyan platform (15) for further screening. The selection of articles was conducted

4

independently by two researchers. In cases of disagreement, the researchers opted for discussion or the involvement of an additional reviewer.

The results of the search and the study inclusion process are described in the PRISMA flowchart, adapted from Page et al. (16).

#### Data extraction

Data extraction from the included studies was conducted by two independent researchers using a data extraction table (Appendix II) provided in the JBI manual (14). According to the authors (14), the table presented is intended to facilitate the mapping of the results obtained to answer the research question.

The data extraction table includes the following parameters: Author (year); Country; Title; Objective; Methodology; Population; Context; Results, which are subdivided into “barriers and factors that hinder adherence” and “strategies to improve adherence to measures.”

Each researcher completed the data extraction tables independently, after which they were jointly validated. In cases of disagreement, a third reviewer facilitated resolution through discussion.

#### Analysis and presentation of results

The extracted results will be summarized in a table compiling the collected information. Each researcher will extract the data independently, followed by a validation process.

The collected data will allow for a synthesis of the information found in the included studies. This data can be accessed in the supplementary material described in Appendix II/Appendix 2.

This was followed by an analysis and comparison of the data obtained.

#### Acknowledgements

This protocol is intended to help the author MPC obtain a master's degree in medical-surgical nursing.

#### Funding

This ScR was not funded by any organization.

#### Conflicts of interest

The authors declare no conflicts of interest.

## References

1. European Centre for Disease Prevention and Control. Point Prevalence Survey of Healthcare-associated Infections and Antimicrobial Use in European Acute Care Hospitals [Internet]. 2024.
2. Direção-Geral da Saúde. “Feixe de intervenções” prevenção de infeção de local cirúrgico: Norma de orientação clínica nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 2]. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf) (accessed 2024 Apr 2)
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of Surgical Site Infections and Prevention Indicators in European Hospitals - HAI-Net SSI protocol, Version 2.2 [Internet]. 2017.
4. Direção-Geral da Saúde. Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos 2017 [Internet]. 2017 Dec.
5. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. JAMA Surgery [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
6. Badia JM, Casey AL, Petrosillo N, Hudson PM, Mitchell SA, Crosby C. Impact of Surgical Site Infection on Healthcare Costs and Patient outcomes: a Systematic Review in Six European Countries. Journal of Hospital Infection [Internet]. 2017 May;96(1):1–15. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2017.03.004>
7. Direção-Geral da Saúde. Precauções Básicas Do Controlo Da Infeção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 Atualizada a 31/10/2013 [Internet]. 2013. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029\\_2012%20ACT.10.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029_2012%20ACT.10.2013.pdf)
8. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [Internet]. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Apr 25].
9. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Apr 25].
10. Giudice DL, Trimarchi G, Fauci VL, Squeri R, Calimeri S. Hospital Infection Control and Behaviour of Operating Room Staff. Central European Journal of Public Health. 2019 Dec 31;27(4):292–5. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4932>
11. Câmara M, Felix C, Corgozinho M. Enfermagem no Contexto da Infeção da Ferida cirúrgica: Revisão Integrativa. Health Residencies Journal - HRJ. 2022 Jan 4;3(14):941–60. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.352>
12. Ordem dos Enfermeiros. 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. 19359-19370. [Internet]. 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
13. Campos A. Adesão Dos Profissionais De Saúde Às Medidas De Prevenção De Infeção Do Local Cirúrgico No Bloco Operatório [Internet]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa; 2023 [cited 2024 Apr 30]. <http://hdl.handle.net/10400.26/50079>
14. Peters M, Godfrey C, Mclnerney P, Tricco A, Khalil H. JBI Manual for Evidence Synthesis [Internet]. Jordan Z, Aromataris E, Lockwood C, Pilla B, Porritt K, editors. Refined.site. Joanna Briggs Institute; 2024.
15. Ouzzani M, Hammady H, Elmagarmid A. Rayyan — a Web and Mobile App for Systematic Reviews [Internet]. www.rayyan.ai. 2022. <https://www.rayyan.ai/>

16. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal* [Internet]. 2021 Mar 29;372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

## Appendix

### Appendix I: Search strategies

Platform/database	Boolean equation and limitations
<i>ESBCOhost</i>	<p>((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection OR Surgical Site))</p> <p>Availability: Full text. Date of publication: 01/01/2014 - 15/04/2024</p>
<i>ScienceDirect</i>	<p>((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence) AND (Prevention OR Infection control) AND (surgical wound infection))</p> <p>Availability: Open access and open articles. Thematic area: Nursing and health professions. Year of publication: 2014-2024</p>
<i>PubMed</i>	<p>((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection))</p> <p>Availability: Free full text; Full text. Language: English; Portuguese. Date of publication: 2014/1/1 - 2024/12/31</p>
<i>Web of Science</i>	<p>((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol Compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection))</p> <p>Year of publication:2014-2024</p>

Appendix II: Data extraction table

							Results		
Author (year)	Country	Title	Objective	Methodology	Population	Context	Barriers and facto that hinder adherence		Strategies that facilitate adherence to measures

## APÊNDICE II - *SCOPING REVIEW*

## **Medidas de prevenção e controlo de infeção do local cirúrgico no perioperatório - Adesão dos profissionais de saúde: *Scoping Review***

*Surgical site infection prevention and control measures in the perioperative period - Adherence by healthcare professionals: Scoping Review*

**Margarida Pinto Correia<sup>1</sup>, Inês Canejo<sup>2</sup>, Tânia Soares<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Autor correspondente, Enfermeira de Cuidados Gerais, Estudante de Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior da Saúde Egas Moniz. ORCID: [0009-0001-5595-9169](https://orcid.org/0009-0001-5595-9169), Portugal. Margarida\_correia1996@hotmail.com

<sup>2</sup>Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ORCID: [0009-0001-6885-9597](https://orcid.org/0009-0001-6885-9597), Portugal.

<sup>3</sup>Professora assistente na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, Enfermeira Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. ORCID: [0000-0002-7993-1267](https://orcid.org/0000-0002-7993-1267), Portugal.

### **Resumo**

**Objetivo:** Mapear a evidência científica disponível sobre os fatores que influenciam a adesão às medidas de prevenção e controlo da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) por parte dos profissionais de saúde no perioperatório.

**Introdução:** A ILC é definida como uma infeção que envolve a pele, o tecido celular subcutâneo, os tecidos profundos da incisão ou órgão/espaco, manipulados durante a cirurgia. Estas infeções, ocorrem nos primeiros 30 dias após a cirurgia ou até 90 dias, caso exista material implantado.

Apesar dos esforços mobilizados ao longo dos últimos anos, a incidência de ILC mantém-se elevada. Considerando que a prevenção e controlo da ILC pode ser influenciada por múltiplos fatores, destaca-se a adesão dos membros da equipa multidisciplinar às medidas implementadas. Compreender os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às mesmas, torna-se relevante para otimizar os esforços a redução da incidência da ILC e na melhoria dos resultados em saúde.

**Crítérios de inclusão:** Os critérios de inclusão serão definidos recorrendo à mnemónica **PCC** (População; Conceito; Contexto): P – Profissionais de saúde; C – Fatores que influenciam a adesão às medidas de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico; C – período Perioperatório.

**Métodos:** Seguida a metodologia de Joanna Briggs Institute (JBI) para as *Scoping Review* (ScR). A 15 de abril de 2023 foram consultadas as bases de dados *PubMed*, *ScienceDirect*, *EBSCOhost* e *Web of Science*, bem como literatura cinzenta. Pesquisa realizou-se com os descritores em inglês, no período temporal 2014-2024, incluindo estudos com idioma em inglês ou português e com disponibilidade em texto integral. Serão excluídos todos os estudos que não incluam critérios descritos anteriormente.

Dois revisores independentes conduziram a seleção, extração de dados e análise dos dados, recorrendo ao fluxograma prisma para o processo de seleção de estudos.

**Resultados:** Os principais obstáculos à adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas implementadas incluem o défice de conhecimentos, a insuficiência ou inadequação de recursos materiais e humanos, e a ausência/deficiência de diretrizes nacionais ou internas nas instituições de saúde. Como principais estratégias que facilitam a adesão destes profissionais salienta-se a realização de auditorias com *feedback* sobre as práticas e a oferta de formação contínua direcionada à temática.

**Conclusão:** A adesão às medidas de prevenção e controlo de ILC é influenciada por fatores que podem facilitar ou dificultar a sua implementação. Identificar as principais barreiras à adesão é essencial para planejar estratégias direcionadas à mudança de comportamento dos profissionais, abordando os obstáculos identificados. No entanto, é importante reconhecer que não existem medidas ou estratégias standard eficazes para todos os contextos. Por isso, torna-se fundamental realizar uma avaliação prévia do contexto e dos profissionais envolvidos para identificar possíveis barreiras. Devem ser conduzidos mais estudos primários neste âmbito, por forma a identificar outros fatores que possam influenciar a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC.

**Palavras-Chave:** Adesão às medidas; Infecção do local cirúrgico; Perioperatório; Prevenção; Profissionais de saúde.

## **Abstract**

**Objective:** To map the available scientific evidence on the factors that influence adherence to Surgical Site Infection (SSI) prevention and control measures by healthcare professionals in the perioperative period.

**Introduction:** SSI is defined as an infection involving the skin, subcutaneous cellular tissue, deep tissues of the incision or organ/space manipulated during surgery. These infections occur in the first 30 days after surgery or up to 90 days if there is implanted material.

Despite the efforts made in recent years, the incidence of SSI remains high. Considering that the prevention and control of SSI can be influenced by multiple factors, the adherence of the members of the multidisciplinary team to the measures implemented stands out. Understanding the factors that influence

the adherence of health professionals to these measures is important to optimize efforts to reduce the incidence of SSI and improve health outcomes.

**Inclusion criteria:** The inclusion criteria will be defined using the PCC mnemonic (Population; Concept; Context): P - Health professionals; C - Factors influencing adherence to surgical site infection prevention and control measures; C - Perioperative period.

**Methods:** PubMed, ScienceDirect, EBSCOhost and Web of Science databases, as well as gray literature, were consulted on April 15, 2023. The search was carried out using descriptors in English, in the period 2014-2024, including studies in English or Portuguese and available in full text. All studies that did not meet the criteria described above were excluded.

Two independent reviewers conducted the selection, data extraction and data analysis, using the prisma flowchart for the study selection process.

**Results:** The main obstacles to perioperative healthcare professionals' adherence to the measures include a lack of knowledge, insufficient or inadequate material and human resources, and the absence/deficiency of national or internal guidelines in healthcare institutions. The main strategies that facilitate adherence by these professionals are audits with feedback on practices and continuous training on the subject.

**Conclusion:** Adherence to ILC prevention and control measures is influenced by both hindering and facilitating factors. Recognizing the main barriers to adherence to the measures makes it possible to plan strategies aimed at changing the behavior of professionals by acting on the obstacles identified. However, it should be borne in mind that there are no standard measures or strategies that are effective in all contexts, and that a prior assessment of the context and the professionals involved should be carried out to identify possible barriers. More primary studies should be carried out in this area to identify other factors that may influence adherence to ILC prevention and control measures.

**Keywords:** Guideline adherence; Health professionals; Perioperative period; Prevention; Surgical site infection.

## Introdução

A infecção associada aos cuidados de saúde (IACS) é definida (1) como uma “*infecção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade*” (p. 11).

Entre as IACS, a Infecção do Local Cirúrgico (ILC) é a terceira mais frequente na Europa, com incidência de 16,1% nos anos de 2022-2023 (2). Caracteriza-se como uma infecção que ocorre no local de incisão da pele ou próximo da mesma, nos primeiros 30 dias após uma cirurgia ou até 90 dias se existir material implantado. Dependendo da localização, pode ser classificada como infecção incisional superficial, profunda ou em órgão/espaco (2-4).

O desenvolvimento de uma ILC, aumenta o número de dias de internamento e o risco de morte entre 2 a 11 vezes (5), acarretando múltiplas complicações como quadros de dor, necessidade de reintervenções cirúrgicas, resistência aos antimicrobianos (6).

Tendo em consideração que cerca de um terço das ILC são eventos adversos evitáveis, quando implementadas práticas seguras no perioperatório, as medidas de prevenção e controlo da infecção são consideradas um pilar essencial e prioritário para garantir a qualidade em saúde e segurança do doente, permanecendo como temática mundialmente emergente (7).

Medidas essenciais têm sido desenvolvidas, como as Precauções Básicas de Controlo de Infecção, baseadas no princípio de que não há doentes de risco, mas sim procedimentos de risco. Nestas situações, é fundamental adotar medidas preventivas considerando os riscos inerentes ao procedimento a ser realizado (8). Além disso, foram estabelecidas diretrizes para a prevenção da ILC, abrangendo recomendações específicas para o perioperatório, incluindo as fases pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória (9).

O ECDC, propôs a monitorização da incidência de ILC na Europa, com o objetivo de reduzir, pelo menos 10% da taxa global de ILC em instituições hospitalares. Para isso, recomenda a implementação de uma *bundle* ou “feixe de intervenções” sobre a prevenção da ILC. Esta engloba um conjunto de medidas interventivas a instituir nas diferentes fases do perioperatório, visando a uniformização de procedimentos e adoção de práticas baseadas em evidência. Não se cinge a uma lista de intervenções isoladas, exigindo a aplicação integrada de todas as medidas, para alcançar os resultados esperados. Além disso é indispensável que as instituições de saúde invistam na capacitação dos profissionais e realizem auditorias subsequentes, para avaliarem a adesão às medidas, considerando os indicadores de processo e de resultado (10).

A formação, a consciencialização e o *empowerment* dos profissionais de saúde em boas práticas de prevenção e controlo da infecção, são essenciais para otimizar a prestação de cuidados e uniformizar práticas de cuidados seguras e de qualidade nesta área de intervenção (11).

A ILC é um evento adverso de causa multifatorial, cuja, a sua prevenção exige a abordagem de múltiplos fatores de risco, sendo a identificação indispensável. Os fatores de risco não modificáveis, incluem características pessoais, como as suas comorbidades e idade, que, por não serem passíveis de intervenção, limitam a atuação por parte dos profissionais de saúde na redução do risco associado. Por esta razão, torna-se pertinente focar nos fatores de risco modificáveis, cuja prevenção padece da adesão dos profissionais de saúde que interagem diretamente com a PSPO (médicos, enfermeiros, anesthesiologistas e técnicos auxiliares de saúde). Exemplo de medidas essenciais incluem a administração de antibioterapia, pré oxigenação e manutenção de normotermia (3).

Giudice et al. (12) referem uma baixa adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção da ILC, uma vez que a adesão implica o cumprimento rigoroso das instruções, sem desvios do expectável, envolvendo um conjunto de comportamentos a seguir, passível de avaliação dos resultados obtidos (13). Embora atualmente existam medidas de prevenção da ILC baseadas em níveis sólidos de evidência, a sua implementação ainda enfrenta desafios significativos. Entre as barreiras já identificadas estão a limitação de recursos, a escassez de conhecimentos, o stress na equipa e pela complexidade do sistema de informação (14).

A adesão dos profissionais de saúde a medidas como a *bundle* sobre a prevenção da ILC e às Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI), exige mudanças comportamentais direcionadas à implementação eficiente de Práticas Baseadas na Evidência (PBE). Este processo tem como objetivo aumentar a segurança e a qualidade da prestação de cuidados (9). A enfermagem perioperatória está intrinsecamente interligada à gestão de risco e à segurança do doente, como tal, o enfermeiro perioperatório desempenha um contributo fundamental, devendo assegurar a segurança do doente e da equipa multidisciplinar, enquanto promove a eficiência e qualidade dos cuidados prestados (15).

O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, por ser munido de competências técnicas, científicas e humanas para a prestação de cuidados de enfermagem especializados, deve assumir o papel de agente de mudança e gestor de risco. Neste sentido, a sua atuação deve facilitar a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, alinhando-se às competências estabelecidas pela Ordem dos Enfermeiros (16) e aos padrões de qualidade recomendados para os cuidados de enfermagem especializados (17).

O enfermeiro desempenha um contributo pertinente no planeamento e implementação de medidas preventivas para mitigar os riscos associados aos procedimentos cirúrgicos, com destaque para a sua intervenção rigorosa na prevenção da ILC (18). Contudo, o sucesso destas medidas é limitado quando a adesão se restringe a apenas um grupo profissional, sendo indispensável o envolvimento da equipa multidisciplinar do perioperatório, que deve reconhecer e valorizar a importância do seu contributo na prevenção e controlo da ILC.

Neste contexto, uma pesquisa preliminar realizada nas bases de dados MEDLINE, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *JB I Evidence Synthesis*, revelou a existência de apenas uma ScR sobre o tema, focada exclusivamente no período intraoperatório (19).

Considerando que as atuais *guidelines* para a prevenção da ILC abrangem medidas destinadas aos três períodos do perioperatório, com o objetivo de reduzir a sua incidência e com o propósito de aprimorar pela qualidade dos cuidados de saúde prestados, opta-se pela elaboração de uma ScR mais abrangente, onde se pretende mapear as evidências científicas disponíveis sobre os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da ILC no perioperatório.

## Questão de investigação

Quais são os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico no perioperatório?

## Critérios de inclusão

Os critérios de inclusão determinam a dimensão na qual será fundamentada a seleção dos estudos e para esse propósito, utilizou-se a mnemónica “PCC” (População, Conceito e Contexto), em conformidade com a metodologia da JBI para ScR (20). De acordo com Peters et al. (20) é fundamental assegurar a coerência entre o título, o objetivo, a pergunta de investigação e os critérios de inclusão estabelecidos.

### *Participantes*

Foram incluídos estudos que envolvam profissionais de saúde do perioperatório (enfermeiros, cirurgiões, anesthesiologistas, técnicos auxiliares de saúde, estudantes de medicina e de enfermagem, outros profissionais de saúde da área). Foram excluídos todos os estudos que não incluam profissionais de saúde ou que não exerçam funções no perioperatório. Não foram aplicadas quaisquer restrições de género, características pessoais, idade ou etnia.

### *Conceito*

Limitou-se a estudos que incluam fatores que influenciam a adesão a medidas de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico. Podem incluir-se barreiras à adesão ou facilitadores e estratégias que facilitem a mesma.

### *Contexto*

O contexto foi limitado a estudos que abordem o período perioperatório: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório. O período pré-operatório decorre desde a tomada de decisão da cirurgia até à transferência da pessoa para a mesa cirúrgica; o intraoperatório é o período que se inicia na transferência da pessoa para

6

a mesa cirúrgica e termina com a transferência de pessoa para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); o período pós-operatório inicia-se na com a admissão na UCPA e termina com a recuperação da pessoa do processo cirúrgico-anestésico (1). Foi excluído qualquer estudo que não envolvesse o período perioperatório.

#### *Tipos de fontes*

Esta ScR inclui desenhos de estudos primários e secundários; estudos quase experimentais, incluindo estudos antes e depois; estudos observacionais, incluindo estudo de coorte prospetivos; estudos observacionais descritivos; estudos qualitativos que se concentrem em dados qualitativos, incluindo, a teoria fundamentada e a descrição qualitativa; estudos de método misto; e ainda, *scoping reviews*, desde que cumpram os critérios de inclusão.

Artigos identificados em literatura cinzenta também serão considerados para inclusão na revisão, desde que cumpram os critérios de inclusão.

Esta revisão apenas considerou artigos com disponibilidade de texto integral.

## Métodos

Sendo a temática em investigação, ainda pouco explorada, optou-se pela realização de uma ScR, baseada na metodologia JBI (20). Esta ScR procedeu um protocolo prévio, registado na *Open Science Framework* (OSF) (21).

#### Estratégias de pesquisa

A estratégia de pesquisa utilizada nesta ScR visa mapear toda a literatura disponível - estudos publicados e não publicados. Recorreu-se assim, a uma estratégia de pesquisa dividida em três etapas conforme o recomendado na literatura (20).

A pesquisa inicial limitada foi realizada nas bases de dados *MEDLINE (PubMed)* e *CINAHL (EBSCO)*, conforme apropriado, para identificar artigos sobre o tema.

Seguiu-se a análise das palavras contidas nos títulos e resumos dos artigos mais relevantes, com o objetivo a compreender os melhores termos a utilizar na revisão e identificar as palavras-chave a incluir na equação de pesquisa.

Na segunda fase, recorrendo às palavras-chave e termos indexados identificados, procedeu-se à validação os descritores de saúde a utilizar na plataforma *DeCS/MeSH*. A estratégia de pesquisa, incluindo todas as palavras-chave e termos de índice identificados, foi adaptada a cada base de dados e/ou fonte de informação incluída (Apêndice I). Os operadores booleanos utilizados visam obter o maior número de artigos disponíveis relativos ao tema em estudo. Realizou-se pesquisa avançada na plataforma *EBSCOhost*, incluindo as bases de

7

dados integradas nesta: *Medline Complete; Nursing&Alied Health Colection: Comprehensive; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstrats; MedicLatina; Cochrane Clinical Answers;* Adicionalmente, foi ainda realizada pesquisa na plataforma Web of Science e nas bases de dados *PubMed* e *ScienceDirect*.

A lista de referências bibliográficas de todas as fontes de evidência incluídas foi analisada por forma a identificar literatura disponível relevante a esta revisão.

A estratégia de pesquisa foi limitada a estudos publicados com idioma em português e inglês, por serem os idiomas sobre os quais os revisores têm domínio, com disponibilidade de texto integral e data de publicação entre 2014-2024, dado que nos últimos anos houve um maior investimento na área perioperatória.

#### Seleção de estudos

Após a pesquisa, os artigos identificados foram exportados para plataforma *Rayyan* (22) permitindo a triagem dos mesmos. Foram removidos os duplicados, seguindo-se exclusão por leitura de títulos, depois pela leitura de resumo e por fim pela leitura integral dos artigos, tendo em conta, em todas as fases, os critérios de inclusão para a revisão.

As fontes bibliográficas potencialmente relevantes foram recuperadas e importadas para a plataforma *Rayyan* (22) para posterior triagem.

A seleção de artigos foi realizada de forma autónoma por dois investigadores, que, em caso de discordância, opta-se pelo recurso à discussão ou a um revisor adicional.

Os resultados da pesquisa e do processo de inclusão do estudo serão descritos na íntegra no fluxograma PRISMA (Figura 1) adaptado de Page et al. (23), bem como os motivos de exclusão de fontes de evidência durante a leitura integral.

#### Extração de dados

A extrações de dados dos estudos incluídos foi realizada por dois investigadores independentes, recorrendo a uma tabela de extração de dados (Apêndice II) disponibilizada no manual da JBI (20).

De acordo com os autores a tabela apresentada tem o intuito de facilitar o mapeamento dos resultados obtidos responder à questão de investigação (20). Esta não foi alterada durante o processo de colheita de dados.

A tabela de extração de dados inclui os seguintes parâmetros: Autor (ano); País; Título; Objetivo; Metodologia; População; Contexto; Resultados, que se subdividem em “barreiras e fatores que dificultam a adesão”; e “estratégias para melhorar a adesão às medidas”.

O preenchimento das tabelas de extração de dados foi realizado de forma autônoma por cada investigador e posteriormente validado em conjunto, se ocorressem desacordos seriam resolvidos por meio de discussão, ou recorrendo a um terceiro revisor.

#### Análise e apresentação de resultados

Os resultados foram resumidos numa tabela, que aglomerava as informações extraídas, estes dados foram extraídos de forma autônoma por cada investigador e posteriormente validados.

Os dados colhidos permitiram sintetizar a informação presente nos estudos incluídos. Estas informações relataram as referências de cada artigo, o país onde se realizou, qual a metodologia, população, o contexto do perioperatório e os fatores identificados com a ScR. Estes dados podem ser acedidos através da descrição do material suplementar no Apêndice II.

Posteriormente seguiu-se a análise e relacionamento dos dados obtidos e descritos no Apêndice II.

## Resultados

### Resultados de pesquisa

Após a pesquisa realizada nas bases de dados e plataformas utilizando a estratégia de pesquisa foram identificados duzentos e vinte e três artigos.

No decorrer do processo de triagem dos artigos, seguindo as etapas preconizadas, foram inicialmente removidos os duplicados, restando duzentos e cinco artigos. Desses, trinta e seis foram selecionados com base no título, sendo vinte e três posteriormente excluídos após a leitura do resumo. Em seguida, realizou-se a leitura integral de treze artigos. Nenhum destes foi excluído após a leitura integral. No final do processo de triagem, treze artigos foram incluídos nesta revisão, conforme descrito no Fluxograma PRISMA (Figura 1). Destes treze artigos, quatro foram encontrados na base de dados *EBSCO*, dois na plataforma *Pubmed*, dois na plataforma *Web Of Science*, quatro foram provenientes de referências bibliográficas e um foi encontrado em literatura cinzenta.

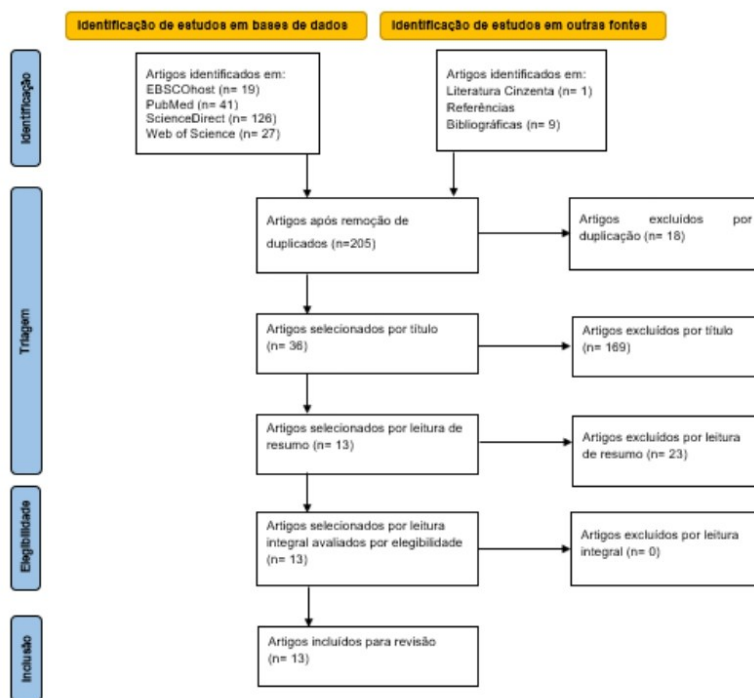


Figura 1 - Fluxograma PRISMA Processo de identificação e seleção de estudos em base de dados e outras fontes. Adaptado de Page et al. (23).

Ao analisar o fluxograma PRISMA observa-se uma escassez de pesquisas relacionadas à temática em estudo, com apenas treze artigos selecionados por atenderem aos critérios de elegibilidade e responderem à questão de investigação.

#### Inclusão de fontes de evidência apresentação de resultados

Os artigos elegíveis para esta ScR encontram-se discriminados no Apêndice II, onde se foram mapeados os seus dados relevantes.

#### Resultados de revisão

Entre os artigos incluídos, os mais antigos datam de 2015 (24,25) e o mais recente é de 2023 (19). Cerca de 30,77% dos artigos foram publicados em 2019 (26-29), enquanto os anos de 2015 (24-25) e 2020 (30-31) apresentam uma prevalência de 15,38% cada. Os anos com menor prevalência de publicações foram os anos de 2016 (32), 2017 (33), 2018 (34) e 2023 (19), com 7,7% cada. Face ao apresentado, conclui-se que apesar

do período temporal da pesquisa ter *términus* em 2024, não foi identificado nenhum outro estudo mais recente que cumprisse os critérios de elegibilidade no período temporal de pesquisa 2014-2024.

Os artigos revistos, têm origens geográficas distintas, uma vez que não foram impostas limitações geográficas na pesquisa. Cerca de 30,77% destes foram realizados na Europa, nomeadamente na Suíça (33), Itália (12,29) e Portugal (19). Aproximadamente 15,38% tiveram origem na Austrália (26,30) enquanto os demais, representando 7,7% cada, são provenientes dos Estados Unidos da América (24), Brasil (25), Vietnã (32), Paquistão (34), Singapura (27), Etiópia (28) e Inglaterra (31).

Dos artigos selecionados, dois utilizam o método misto (30,34), dois seguem o método quantitativo (27-28) e três adotam o método qualitativo (26,29,31), sendo um classificado como teoria fundamentada (31) e outro como qualitativo exploratório (26). Além disso, foi incluído um artigo de metodologia descritiva (33), dois na metodologia exploratória (26,29), quatro estudos observacionais (12,24-25,32) e uma ScR (19).

A maioria dos estudos incluídos envolvem o contexto intraoperatório (12,19,24-25,27-28,31-33), três enfocam o período pós-operatório (26,29-30) e apenas dois são sobre o período pré-operatório (32).

A classe profissional mais comum nos estudos selecionados foram os enfermeiros. Além destes, foram identificados estudos envolvendo outras categorias profissionais como cirurgiões, anestesiolistas, estagiários de enfermagem e de medicina, técnicos auxiliares de saúde, diretores do bloco operatório e gestores do hospital ou do bloco operatório.

Os estudos selecionados para extração de dados nesta revisão possibilitaram a identificação de fatores dificultadores, designados como barreiras que comprometem a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da ILC. Além disso, foram identificados fatores facilitadores e estratégias que podem acelerar o processo de adesão a essas medidas.

Os principais fatores dificultadores e barreiras identificados pelos autores incluem ao défice de conhecimentos (19,24-31,33-34), à limitação ou inadequação de recursos (19,28,31-34) e à ausência/deficiência de diretrizes (26,33-34). Além disso, alguns autores reconhecem outros fatores influenciadores como o défice de consciencialização sobre a problemática (24,28,34), as crenças dos profissionais de saúde (28,31) e a sobrecarga de trabalho (19,26,33). Menos frequentemente foram mencionadas como barreiras na adesão às medidas, fatores como a identidade pessoal (31) e motivação dos profissionais (28,30), o défice de formação e treino (34), a comunicação ineficaz na equipa (19), a baixa cultura de prevenção e controlo de infeção (28), as condições cirúrgicas e anestésicas da pessoa submetida a cirurgia (28,33).

Como principais estratégias facilitadoras os autores salientam a realização de auditorias às práticas (12,19, 24-26,28-31) com *feedback* dos resultados (12,19,24-25,27-31) e a formação contínua dos profissionais de saúde sobre a temática (12,19,24-28,32-34).

A sensibilização/consciençialização da equipa perioperatória (19,27-28,31), o envolvimento da administração hospitalar (19,28,32) e do gestor do serviço (19), a existência de diretrizes internas e nacionais atualizadas e baseadas em evidência (19,31,33-34), a identificação de um elemento promotor de mudança (26,30,33), foram também identificados como estratégias facilitadoras. Além destes, a construção de sistemas de vigilância de prevenção e controlo da ILC (34), a disponibilidade de recursos adequados e acessíveis (31-33), a cultura de comportamento em equipa (31) e a influência do líder na implementação de regras (31), são também referidas como estratégias e fatores, que facilitam a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC pelos profissionais de saúde do perioperatório.

Para facilitar a análise e discussão dos principais resultados, estes foram organizados em categorias: conhecimentos, crenças e formação; recursos; diretrizes; condições cirúrgicas e ambiente de trabalho; auditorias, monitorização epidemiológica e *feedback*; outros fatores influenciadores.

#### **Conhecimentos, crenças e formação**

O défice de conhecimentos e competências por parte dos profissionais de saúde no contexto perioperatório é destacado por diversos autores, como principal barreira à adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC. Esse défice engloba diferentes aspetos, incluindo a consciencialização sobre as diretrizes de prevenção de controlo da ILC – *guidelines* ou PBCI (19,24-25,28-29,31,33-34), os princípios de assepsia e da técnica asséptica (26,30), a seleção e o momento apropriado para a administração da antibioterapia profilática (27) e os métodos corretos de esterilização de equipamentos (29).

Mayes (31) admite a existência de diferentes níveis de conhecimentos entre os elementos da equipa multidisciplinar, no que concerne às medidas de prevenção da ILC. Os participantes do estudo destacam que os enfermeiros, em geral, possuem maior domínio das diretrizes relativas à indumentária cirúrgica em comparação com os restantes elementos da equipa multidisciplinar, demonstrando maior vigilância sobre o seu cumprimento (31).

Por outro lado, Lin et al. identificam como barreira a utilização de métodos inadequados na aquisição de novos conhecimentos (30). Segundo estes autores (30) *“os profissionais de saúde, especialmente os enfermeiros, optam frequentemente por procurar a opinião dos seus pares”* (p. 6 citado por Hendy & Barlow, 2012), o que pode influenciar a qualidade e a atualização da informação adquirida. Sendo este um método comum para a aquisição de conhecimentos entre profissionais de saúde, alguns autores referem como fator facilitador na adesão a novas medidas, a identificação de um elemento promotor de mudança na equipa que a lidere e influencie a adotar novas práticas para que ocorra uma mudança de comportamento nos profissionais de saúde (26,30).

A consciencialização dos profissionais de saúde do perioperatório sobre a importância de cumprimento das medidas de prevenção e controlo da ILC é um fator crucial à sua adesão (27-28,31).

O estudo de Khan et al., realizado no Paquistão, um país em desenvolvimento, destaca a existência de uma baixa cultura nacional sobre a prevenção e controlo da infeção, como barreira na adesão às medidas (34). O mesmo autor sugere como estratégia facilitadora na adesão às medidas, a edificação de um sistema de vigilância de prevenção e controlo da ILC (34). Outros autores referem que a colheita destes dados devem seguir um cronograma (28).

Mattingly et al. relata no seu estudo que, na Etiópia, a existência de falsas crenças sobre a inexistência de problemas no seu país relativamente à prevenção e controlo da ILC como uma barreira na adesão às medidas (28). Os autores (28) relatam que os profissionais de saúde afirmam terem acesso a *“dados nacionais que indicavam que a taxa de infeção era tão baixa como 1%, enquanto os dados de base mensais da Clean Cut revelavam taxas muito mais elevadas, variando entre 2,8 e 16,92% em instalações individuais”* (p.5).

Mayes (31) relaciona as crenças pessoais e o pensamento crítico do profissional de saúde com a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, sendo referido pelos participantes que não cumprem certas medidas por não acreditam na mesma ou porque foram treinados para realizar de outra forma.

Como estratégias formativas e de treino que facilitam a adesão, são salientadas nos artigos a realização de formações e a elaboração de poster e folhetos sobre as diretrizes (30).

#### **Recursos**

A falta de recursos materiais e equipamentos é referenciada como barreira para a adesão às medidas de prevenção e controlo da infeção por vários autores (19,28,31-33). Alguns autores salientam como barreira a dificuldade na obtenção de antibióticos (27), a presença de recursos materiais inadequados como indumentária cirúrgica alternativa, à escolha dos profissionais (31), e de lâminas para a realização de tricotomia (32), o défice de recursos financeiros (34) e humanos (19,28,32,34), e a presença de instalações inadequadas (32).

No estudo de Hung et al. as pessoas que vão ser submetidas a procedimento cirúrgico realizem tricotomia sem supervisão dos enfermeiros, pelo défice de recursos humanos (32).

A deficiente consciencialização por parte da administração hospitalar e das lideranças do serviço sobre a importância de implementação de medidas de prevenção e controlo da ILC, é identificada como fator que dificulta a adesão dos profissionais de saúde perioperatórios (28). Enquanto o envolvimento da administração hospitalar é considerado facilitador na adesão a estas medidas (28).

#### **Diretrizes**

A presença de diretrizes internas nas instituições de saúde com qualidade débil ou desatualizadas, que não

seguem as práticas mais recentes baseadas na evidência, são consideradas uma barreira à adesão das medidas de prevenção e controlo da ILC (26,33). Além disso, é referida como barreira a divulgação insuficiente das diretrizes na equipa multidisciplinar (24,31,33).

Em países em desenvolvimento, como Paquistão, a ausência de diretrizes nacionais de prevenção e controlo de ILC é identificada como barreira na adesão às medidas, sendo esta associada a uma cultura limitada de evidência sobre prevenção e controlo de infeção (34).

Gustafsson et al. e Khan et al. identificaram como estratégia de melhoria na adesão às medidas a construção de diretrizes internas e nacionais, baseadas na evidência, sobre as medidas de prevenção e controlo da ILC, quando estas não existam (33-34).

A existência de diretrizes baseadas na evidência científica nas instituições de saúde é identificada como um fator facilitador na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC (19,31,34). No entanto também se apurou em vários estudos inconformidade entre as práticas recomendadas pelas diretrizes e as observadas (12,19,32,34).

O estudo de Mayes (31), que decorreu em Inglaterra, destaca a existência de diretrizes internas sobre medidas de prevenção e controlo da infeção, nas instituições de saúde, nomeadamente sobre a indumentária cirúrgica.

Lin et al. destacam a ausência de instruções de trabalho claras e bem definidas sobre o registo do tratamento de feridas como uma barreira significativa para a realização adequada deste processo (26).

A disponibilização de instruções de trabalho baseadas na evidência científica, que orientem as práticas dos profissionais e a prestação de cuidados por forma a reduzir o erro, são referidas como estratégias facilitadoras à adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, salientando ainda que os sistemas informáticos em que são realizados os registos sobre as feridas deve ser intuitivo e padronizado, permitindo uma correta descrição das feridas e dos tratamentos realizados (30).

Lin et al. refere ainda como estratégia altamente recomendada, para o sucesso da mudança implementada, o envolvimento dos enfermeiros na parametrização dos sistemas informáticos de registos de enfermagem (26).

#### **Condições cirúrgicas e ambiente de trabalho**

Diversos fatores foram identificados como barreiras na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC. Além das condições cirúrgicas, anestésicas e pessoais do doente, como o posicionamento, o acesso ao cirurgião ao local cirúrgico, o tipo de anestesia utilizada e a idade do doente, fatores como sensação de calor ou frio podem influenciar a adesão às medidas (24,27,33). Também foi identificado que tempos cirúrgicos curtos (inferior a 1 hora) (33), dificuldade em prever o tempo de incisão cirúrgica para planear a administração

de antibioterapia profilática (27), falhas na comunicação interpessoal (19,28) e a escassez de tempo para realizar os registos de enfermagem (33), constituem barreiras significativas à implementação eficaz dessas medidas.

No âmbito do ambiente de trabalho foi ainda referida como barreira na adesão às medidas, por Lie et al., a ausência de locais próprios para o preenchimento do motivo da não administração de antibioterapia profilática podem levar ao incumprimento das medidas, conduzindo à desvalorização sobre uma prática inadequada e rotinização (27).

Outra barreira identificada pelos autores consiste na falta de rotina e padronização do cumprimento das medidas instituídas (24,33). Relativamente aos casos mais delicados ou críticos, é referida uma alteração de comportamento padrão e melhoria à adesão, sendo admitido por alguns profissionais que só cumpriam as medidas quando o doente era uma criança (33).

A sobrecarga de trabalho e as restrições de tempo (33), nomeadamente para realização de registos de enfermagem (19,26) e a dificuldade em antecipar o momento de incisão cirúrgica (27) foram identificadas como barreira à implementação das medidas de prevenção e controlo da ILC (19,26-28,33).

#### **Identidade pessoal e motivação dos profissionais de saúde**

O estudo de Mayes, sobre a utilização de indumentária cirúrgica, destaca a identidade pessoal (personalidade e individualidade), a baixa motivação e o desinteresse dos profissionais de saúde como fatores influenciadores de adesão às diretrizes de vestuário cirúrgico (31).

#### **Auditorias, monitorização epidemiológica e *feedback***

Tendo em conta a disparidade geográfica a que remetem os artigos selecionados para revisão, o estudo de Khan et al., referente a um país em desenvolvimento, descreve como barreiras à adesão às medidas a deficiente monitorização das práticas, a baixa vigilância e documentação das infeções, bem como a reduzida cultura de prevenção e controlo da infeção existente no país (34).

No entanto, apesar de mais nenhum estudo revisto relatar estas barreiras, a generalidade dos autores refere a supervisão das práticas/auditorias (12,19,24-26,28-31) e *feedback* dos resultados à equipa (12,19,24-25,27-31) como estratégia facilitadora na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC.

Estas devem ser realizadas regularmente por forma a avaliar a efetividade das estratégias implementadas (27,29-30,34) e as práticas que revelem inadequadas devem ser corrigidas de forma individual, sem punição associada (28). A partilha dos resultados obtidos nos doentes é também considerada uma estratégia facilitadora na adesão às medidas (28).

### Outros fatores influenciadores

Putnam et al. e Lie et al. abordam nos seus estudos a administração de antibioterapia profilática como medida de prevenção e controlo de ILC (24,27). Estes referem como estratégia facilitadora na adesão a esta medida, a implementação de alertas sobre os antibióticos para o anestesiológico e enfermeiro (24).

## Discussão

Os resultados deste estudo evidenciam a diversidade metodológica e geográfica dos artigos analisados, refletindo diferentes abordagens e contextos culturais na área da prevenção e controlo de infeções em ambientes cirúrgicos. A distribuição temporal das publicações, que se concentra principalmente entre 2015 e 2023, demonstra um interesse crescente e contínuo na temática, com maior prevalência de estudos realizados em 2019 (26-29), ano que pode estar relacionado com um investimento global nas iniciativas direcionadas à segurança do doente. Em comparação com a ScR de Campos (19), foi reduzido o espaço temporal de pesquisa para os últimos 10 anos por forma a identificar a evidência científica disponível mais recente e ao alargar o contexto para o período perioperatório foram obtidos mais artigos que se enquadravam nos critérios de inclusão.

A análise geográfica revelou que 30,77% dos estudos foram conduzidos na Europa, incluindo países como Suíça (33), Itália (12,29) e Portugal (19). Esta predominância europeia pode estar associada a políticas de saúde bem estabelecidas e à crescente preocupação com a qualidade dos cuidados em sistemas de saúde europeus. Por outro lado, a Austrália (26,30), com 15,38% dos estudos, também aparece como um contexto relevante, enquanto países como Estados Unidos da América (24), Brasil (25), Vietnã (32), Paquistão (34), Singapura (27), Etiópia (28) e Inglaterra (31) contribuíram individualmente com 7,7% das publicações, evidenciando a universalidade do tema e sua relevância em diferentes sistemas de saúde e condições socioeconômicas.

Quanto às metodologias utilizadas a diversidade dos métodos reflete a complexidade do tema. A presença de estudos qualitativos (26,29,31), quantitativos (27-28), mistos (30,34) e descritivos (33) ressalta a necessidade de múltiplas perspetivas para compreender os desafios e as estratégias relacionadas à prevenção de infeções. Destaca-se a utilização de métodos qualitativos, como a teoria fundamentada (31) e estudos exploratórios (26,29), que permitem uma análise aprofundada das experiências e perceções dos profissionais de saúde, contribuindo para a compreensão dos fatores contextuais e culturais que influenciam as práticas de prevenção. Além disso, os estudos observacionais (12,24-25,32) e a ScR (19) reforçam a importância de uma abordagem abrangente e baseada em evidências para identificar lacunas e tendências na área.

No que diz respeito ao foco dos estudos, observa-se que a maioria aborda o contexto intraoperatório (12,19,24-25,27-28,31-33), três focam o período pós-operatório (26,29-30) e um o período pré-operatório

(32). Este desequilíbrio pode ser explicado pela prioridade dada à prevenção de infeções no ambiente intraoperatório, onde os riscos de contaminação são mais elevados e podem ter consequências graves. No entanto, a presença reduzida de estudos focados no período pré-operatório representa uma lacuna importante que merece atenção, considerando que práticas inadequadas nesta fase também podem impactar negativamente os resultados cirúrgicos.

Esta ScR descreve fatores que podem influenciar a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC e os resultados assemelham-se aos obtidos na ScR (19) referente ao período intraoperatório, integrada para revisão.

O défice de conhecimentos (19,24-31,33-34) foi a barreira com maior prevalência ao longo da análise dos artigos selecionados para revisão, esta, bem como a deficiente consciencialização dos profissionais de saúde (19,24,31,34) podem estar relacionados com o défice de formação e treino (26,34), também referidos como fatores dificultadores na adesão às medidas.

Estes défices podem advir do facto de as instituições de saúde não priorizarem a educação e formação dos profissionais de saúde neste âmbito (34) ou da baixa cultura sobre prevenção e controlo de infeção existente em alguns países (28).

Tendo em conta que são referidas discrepâncias sobre o nível de conhecimentos relativamente às medidas de prevenção da ILC, entre os elementos da equipa multidisciplinar, pode considerar-se que como possível causa o método como as diretrizes são divulgadas entre os grupos profissionais distintos (31).

Neste sentido, o investimento contínuo em formação e treino direcionado (12,25-28,31-32,34), é apontado como uma estratégia eficaz para facilitar a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC pelos profissionais de saúde do perioperatório, promovendo a elevação do grau de conhecimentos e competências.

Estas são medidas preconizadas pela Direção Geral-Saúde em Portugal (7) e com as quais se pretende elevar o grau de conhecimentos e competências destes profissionais. Ao uniformizar as práticas de cuidados, seguras e baseadas na evidência científica, pretende-se melhorar a qualidade dos cuidados prestados (35), incidindo sobre um dos focos emergentes a nível nacional e internacional, sendo, para tal, essencial o envolvimento das instituições de saúde na formação dos profissionais de saúde neste âmbito.

A consolidação de conhecimentos e sensibilização dos profissionais de saúde do perioperatório (27-28,31), sobre a importância do seu papel na prevenção e controlo da ILC, vai contribuir para o pensamento crítico e a tomada de decisão adequada, promovendo também a consciência cirúrgica.

Considerando uma outra barreira na adesão às medidas, as falsas crenças sobre a inexistência de problemas de prevenção e controlo de ILC no país podem influenciar a adesão dos profissionais negativamente, por considerarem que não há erros nas suas práticas diárias (28). Porém, estudos como o de Mattingly et al.

demonstraram que as crenças não estão alinhadas com as diretrizes baseadas em evidências, mas sim associadas a um déficit de conhecimentos. Isto foi particularmente evidente em relação aos diferentes métodos eficazes de lavagem das mãos, identificados pelos participantes do seu estudo, como motivo de resistência à mudança (28).

No que respeita a países em desenvolvimento, um dos estudos incluídos nesta revisão salienta a baixa cultura nacional sobre prevenção e controlo da infeção como barreira na adesão às medidas (34). O mesmo é relatado em outros estudos, sendo que em alguns (39) *“países de baixa e média renda podem não ter programas de PCI [prevenção e controlo da infeção], e o pessoal treinado necessário para conduzir uma vigilância de base ampla e atividades de prevenção de infeções de acompanhamento pode não estar disponível”* (p. 124).

Segundo alguns autores, a ausência de programas de controlo de infeção, nestes contextos geográficos, contribui para uma cultura frágil sobre a prevenção e controlo da ILC nas intuições de saúde. Além disso, gera falsas crenças sobre os problemas existentes no país e população, bem como sobre as práticas diárias dos profissionais de saúde (34), podendo causar resistência à mudança nas equipas.

Uma das preocupações da Organização Mundial da Saúde nos países em desenvolvimento é relativa à ausência de diretrizes nacionais de prevenção e controlo da ILC, relatadas como barreiras na adesão a estas medidas por alguns autores (34). Reconhece-se que as medidas de prevenção e controlo de ILC não estão padronizadas em a nível mundial, o que contribui para que nos países de baixo e médio rendimento, a ILC se desenvolva em cerca de um terço das pessoas submetidas a um procedimento cirúrgico (10).

Neste sentido, é sugerida como estratégia facilitadora, a construção de diretrizes internas e nacionais, baseadas na evidência, sobre as medidas de prevenção e controlo da ILC, quando estas não existam (33-34). Estas devem ser disponibilizadas nas instituições de saúde e ter fácil acesso, nomeadamente através da intranet (26,30-31).

A ausência de orientações estruturadas, como diretrizes ou instruções de trabalho, pode levar a inconsistências no registo das intervenções, comprometendo a qualidade da documentação e a continuidade dos cuidados (26). Face ao surgimento de uma nova diretriz sobre a prevenção e controlo de ILC ou alteração de medidas implementadas, os autores sugerem a sua comunicação prévia, diretamente aos intervenientes (cirurgiões e equipa multidisciplinar) (24). Desta forma, promovem a sensibilização e formação diretamente ao grupo-alvo, de forma clara e concisa, em vez de ser divulgada por outros meios. É ainda conveniente realizar formação repetida sobre as mesmas antes da sua implementação (33).

Por outro lado, em locais onde já existem diretrizes com forte nível de evidência, verificou-se, em vários estudos, divergências entre as práticas recomendadas e as práticas observadas (12,19,31-32,34), nomeadamente durante a utilização de indumentária cirúrgica (31) e na realização de tricotomia com lâminas

(32). Quando as diretrizes são aplicadas de forma inconsistente dentro da mesma instituição podem originar divergências entre serviços e uma insuficiente adesão ao seu cumprimento (31).

O não cumprimento das práticas recomendadas pode advir do déficit de conhecimentos ou consciencialização das equipas (19,24-31,33-34), do déficit de recursos materiais (19,28,31-33), da motivação do profissional de saúde (30,34,40) ou também de fatores da sua identidade pessoal (31,40).

Relativamente ao déficit de recursos materiais, esta é uma barreira citada por vários autores (19,28,31-33) e que gera frustração aos profissionais de saúde que desejam implementar as medidas e se veem restringidos no desempenho das suas funções (33). Também o déficit de recursos humanos e a presença de materiais inadequados promove as práticas inadequadas, sendo referido por Hung et al., que as pessoas que vão ser submetidas a procedimento cirúrgico realizam tricotomia sem supervisão dos enfermeiros, recorrendo às lâminas disponíveis, potenciando as lesões na pele e o aumento do risco de desenvolvimento de ILC (32).

O déficit de consciencialização das administrações hospitalares e lideranças dos serviços é também esta considerada uma barreira na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC por parte dos profissionais de saúde do perioperatório, como resultado da falta de investimento em recursos humanos e materiais (28).

Alguns autores, consideram que a adesão à utilização dos recursos materiais como a indumentária cirúrgica (31-32), será melhorada se administrações hospitalares se envolverem ativamente e compreenderem o seu contributo na prevenção e controlo da infeção, disponibilizando recursos em quantidade suficientes, se estes forem confortáveis, eficientes e os preconizados pelas diretrizes (31). A liderança do serviço deve fomentar a adesão às novas diretrizes, exercendo autoridade para a sua implementação (31) e corrigindo práticas erradas de forma individual e sem punição (28).

No que remete à identidade pessoal dos profissionais como barreira na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, é sugerido por Mayes (31) que características da personalidade como *“o desejo de seguir regras; suscetibilidade à influência de colegas; e traços subjacentes como preguiça, teimosia ou dedicação à segurança do paciente”* (p. 461), podem desempenhar um contributo crucial na adesão ou na sua ausência às orientações estabelecidas (31). Além destes, também a baixa motivação e desinteresse dos profissionais em cumprir diretrizes pode influenciar a adesão às medidas (30,34), podendo advir do déficit de recursos humanos e materiais disponíveis ou da sobrecarga de trabalho (28,32,36).

A nomeação de um líder de opinião ou elo promotor de mudança, para melhorar o nível de conhecimentos ou mudar práticas numa equipa, é uma estratégia defendida na literatura no que concerne a processos de transição como a mudança de comportamentos na adesão (26-30). Estes elos, podem facilitar o processo de transição por terem capacidade de desenvolver trabalho de equipa efetivo e influenciá-la (36). O elo promotor de mudança deve ser nomeado pela equipa por ser educacionalmente influente, sendo considerado por outros autores como um método promissor como estratégia para superar lacunas entre as

evidências e as práticas observadas, por ter capacidade de influenciar atitudes e comportamentos de outros elementos da equipa informalmente (37-38).

Com o intuito de monitorizar a adesão às práticas por parte dos profissionais de saúde, a supervisão sobre as práticas surge como a estratégia facilitadora mais prevalente ao longo da análise dos estudos selecionados (12,19,24-26,28-31). A esta estratégia, associa-se o *feedback* dos resultados (12,19,24-25,27-31), sendo considerado pelos autores que o “efeito vigilância” pode alterar a adesão às diretrizes, simplesmente pelo facto do profissional de saúde estar consciente de que está a ser observado (41).

As auditorias e *feedback* são referidas pelo grupo *Cochrane Effective Practice and Organisation of Care* como informações que resumem o desempenho dos profissionais de saúde durante um período específico, com o intuito de alterar práticas e comportamentos destes profissionais e, por sua vez, os indicadores de qualidade que produzem (42).

As auditorias sobre as práticas permitem avaliar o ponto de situação sobre uma prática implementada, no entanto, se os resultados obtidos não forem divulgados aos profissionais de saúde auditados, estes não se vão sentir responsabilizados sobre os seus atos, dificultando a sua consciencialização sobre as boas práticas e a mudança de atitudes e comportamentos.

O *feedback* pode impulsionar a mudança de comportamentos através da consciencialização e correção das práticas inadequadas. Estas devem ser corrigidas de forma individual e sem punição associada pelo líder (28), garantindo a implementação de regras (31) através da sua autoridade. Uma outra estratégia considerada facilitadora é a partilha de resultados obtidos nos doentes, uma vez que facilitam a compreensão das fontes de infeção e os métodos de prevenção, para atingir melhores resultados (28).

O *feedback* verbal entre pares (enfermeiro-enfermeiro; cirurgião-cirurgião) é referido como uma estratégia facilitadora na adesão às medidas, podendo influenciar a construção de cultura de comportamento em equipa e melhorar a adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, através da observação dos pares e do pensamento crítico dos profissionais (31).

Na análise dos artigos desta ScR, surgiu como estratégia facilitadora na adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC, a implementação de alertas *pop up* sobre a administração de antibioterapia profilática no sistema informático do anestesiológista (24,27) e do enfermeiro (24) sobre o momento de administração e repicagem do mesmo, com justificação de carácter obrigatório sobre o motivo da sua não administração (27). A presença de um lembrete nestes moldes mantém o profissional de saúde alerta e permite a avaliação das práticas. A obrigatoriedade sobre a justificação da não realização de uma intervenção é defendida também pela Direção Geral-Saúde (7). Esta descrição obrigatória facilita a identificação dos principais motivos que levam ao incumprimento das diretrizes sobre a administração de antibioterapia profilática, através de

auditorias aos registos. Permite ainda o fornecimento de *feedback* às equipas de anesthesiologistas e enfermeiros e o planeamento de estratégias que visem a mudança de comportamentos, se necessário.

O estudo de Putnam et al. descreve a implementação de intervenções multifacetadas que se previam eficazes na adesão à administração de antibioterapia profilática no intraoperatório (24). Esta envolveu uma estratégia concetual, na qual houve primariamente uma identificação das barreiras à adesão, seguida da implementação de estratégias que abordassem as barreiras, através de um processo ativo com os profissionais de saúde do intraoperatório e ainda, a avaliação das práticas (24). No entanto, as mesmas não se mostraram eficazes durante os três anos de estudo, apesar da implementação de estratégias estudadas para suprimir as barreiras identificadas previamente no contexto. Este resultado demonstra de apesar do planeamento de uma intervenção, num determinado serviço, dever ter em consideração as barreiras identificadas, nem sempre as estratégias que se mostraram eficazes em contextos semelhantes se mostram eficientes, exigindo a avaliação e reformulação das intervenções a implementar (24).

Ao longo da análise dos artigos os autores são coerentes nos métodos de atualização das equipas. Estas devem ser instruídas sobre novos sistemas de informação sobre as suas modificações (27) e estratégias de melhoria da qualidade como o *CleanCut* (28). Entre os estudos analisados é referida a necessidade de envolver toda a equipa multidisciplinar aquando ocorram alterações nas diretrizes, estas devem ser divulgadas diretamente à equipa operatória em vez de se recorrer a outros intervenientes (24), exigindo formação destes profissionais previamente à sua implementação (27,33).

Face às conclusões de Campos (19), que se referia apenas ao período intraoperatório, nesta revisão foram identificados fatores influenciadores comuns no período intraoperatório, como défice de conhecimentos e competências nas equipas, o défice de recursos, a sobrecarga de trabalho e a comunicação interpessoal deficiente. Além destes, nesta revisão foram identificados outros fatores influenciados no período intraoperatório e pós-operatório como fatores de identidade pessoal dos profissionais e motivação, falta de padronização, falhas no envolvimento da gestão hospitalar e do serviço e as condições cirúrgicas e anestésicas da pessoa submetida a intervenção cirúrgica. No período pré-operatório, sendo referente apenas a um artigo, apenas se destaca como fatores influenciadores o défice de recursos (humanos, materiais) e instalações inadequadas.

## Conclusões

O mapeamento dos artigos permitiu identificar os principais fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC. Os resultados destacam tanto os obstáculos quanto os facilitadores associados a esta adesão, evidenciando a complexidade e a multidimensionalidade do tema.

Entre os fatores dificultadores à adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC, o défice de conhecimentos dos profissionais de saúde emergiu como uma das principais barreiras. Este défice pode estar relacionado com a ausência de formação e treino, evidenciando o pouco investimento das instituições e que compromete a aplicação de práticas baseadas em evidências.

Além disso, a limitação ou inadequação de recursos materiais como equipamentos de proteção individual e humanos, foi um obstáculo recorrente, especialmente em contextos de recursos limitados.

Outro fator identificado foi a ausência ou insuficiência de diretrizes, tanto nacionais ou internas, que forneçam orientações claras e consistentes aos profissionais de saúde, podendo promover a variabilidade nas práticas e comprometer a garantia da segurança do doente. Estas devem ser disponibilizadas nas instituições de saúde e serem de fácil acesso aos profissionais de saúde.

Como fatores facilitadores à adesão, foi reconhecido pelos autores a realização de auditorias às práticas e a formação contínua dos profissionais de saúde do perioperatório.

A identificação dos obstáculos à adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo da ILC, devem preceder a implementação de novas diretrizes e estratégias de mudança de comportamento. O sucesso destas iniciativas depende da superação dos obstáculos e da minimização da resistência à mudança, garantindo a efetividade das práticas adotadas.

O reconhecimento dos potenciais obstáculos e fatores facilitadores, permite o planeamento de estratégias direcionadas, que atuem ao nível das barreiras identificadas e que visem a mudança de comportamento dos profissionais de saúde do perioperatório, contribuindo para uma maior adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC.

Apesar dos estudos existentes, ainda não existem estratégias *standard* que garantam o sucesso da sua implementação. Como tal o planeamento das estratégias a desenvolver deve considerar o contexto específico em que serão executadas devendo ser precedida por uma avaliação detalhada das condições envolventes, de forma a garantir a sua adequação e eficácia.

Uma vez que existem escassez de investigações sobre a temática em estudo, a identificação dos fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde do perioperatório às medidas de prevenção e controlo de ILC constituiu um desafio para os revisores. É pertinente, que no futuro, sejam conduzidos mais estudos sobre esta temática, permitindo o fornecimento de uma base sólida para o planeamento de estratégias eficazes, que facilitem a adesão às medidas e a mudança de comportamento, por parte dos profissionais de saúde.

### Implicações para a pesquisa

Tendo em consideração o desafio decorrente da adesão às medidas de prevenção e controlo da ILC pelos profissionais de saúde do perioperatório e visando a promoção da segurança e qualidade dos cuidados

prestados no perioperatório, esta revisão contribui com aspetos relevantes para o planeamento de estratégias que visem a mudança de comportamento e melhoria da adesão destes profissionais às medidas.

## Conflitos de interesse

Os autores declaram não existir conflitos de interesse.

## Financiamento

Esta ScR não foi financiada por nenhuma identidade.

## Referências

1. Ordem dos Enfermeiros. Padrões De Qualidade Dos Cuidados Especializados Em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crítica; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Paliativa; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória; Na Área De Enfermagem À Pessoa Em Situação Crónica [Internet]. 2017 Nov.
2. European Centre for Disease Prevention and Control. Point Prevalence Survey of Healthcare-associated Infections and Antimicrobial Use in European Acute Care Hospitals [Internet]. 2024.
3. Direção-Geral da Saúde. “Feixe de Intervenções” Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico: Norma de Orientação Clínica nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 [Internet]. 2022 [cited 2024 Apr 2]. [https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma\\_020\\_2015\\_atualizada\\_17\\_11\\_2022\\_prev\\_inf\\_local\\_cirurgico.pdf](https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf) (accessed 2024 Apr 2)
4. European Centre for Disease Prevention and Control. Surveillance of Surgical Site Infections and Prevention Indicators in European Hospitals - HAI-Net SSI protocol, Version 2.2 [Internet]. 2017.
5. Berríos-Torres SI, Umscheid CA, Bratzler DW, Leas B, Stone EC, Kelz RR, et al. Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery* [Internet]. 2017 Aug 1;152(8):784. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
6. Direção-Geral da Saúde. Programa De Prevenção E Controlo De Infeções E De Resistência Aos Antimicrobianos 2017 [Internet]. 2017 Dec.
7. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [Internet]. 1st ed. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2024 Apr 25].
8. Direção-Geral da Saúde. Precauções Básicas Do Controlo Da Infeção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 Atualizada a 31/10/2013 [Internet]. 2013. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029.2012%20ACT.10.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029.2012%20ACT.10.2013.pdf)
9. World Health Organization. Global Guidelines for the Prevention of Surgical Site Infection [Internet]. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2018 [cited 2024 Apr 25].
10. Direção-Geral da Saúde. Sistema de Metainformação - Conceitos. In: Instituto Nacional De Estatística [Internet]. 2015 [cited 2024 Sep 30].
11. Santos C. Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico na Pessoa Idosa - Intervenção de Enfermagem [Internet] [Relatório de Estágio]. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]; 2018.
12. Giudice DL, Trimarchi G, Fauci VL, Squeri R, Calimeri S. Hospital Infection Control and Behaviour of Operating Room Staff. *Central European Journal of Public Health*. 2019 Dec 31;27(4):292–5. <https://doi.org/10.21101/cejph.a4932>

13. Ordem dos Enfermeiros. CIPE Versão 2 - Classificação Internacional Para a Prática De enfermagem. Do Original "ICNP" Version 2 - Internacional Classification for Nursing Practice [Internet]. Ordem dos Enfermeiros; 2011.
14. Prates CG, Stadňik CMB, Bagatini A, Caregnato RCA, Moura GMSS de. Comparação Das Taxas De Infecção Cirúrgica Após Implantação Do Checklist De Segurança. *Acta Paulista De Enfermagem* [Internet]. 2018 Jul 6;31(2):116–22. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201800018>
15. Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia À Prática De Cuidados*. Lusodidata; 2006.
16. Ordem dos Enfermeiros. 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*. 19359-19370. [Internet]. 2018. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
17. Ordem dos Enfermeiros. Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados de Enfermagem Médico-cirúrgica [Internet]. 2017 Sep.
18. Câmara M, Felix C, Corgozinho M. Enfermagem no Contexto da Infecção da Ferida cirúrgica: Revisão Integrativa. *Health Residencies Journal - HRJ*. 2022 Jan 4;3(14):941–60. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.352>
19. Campos A. Adesão Dos Profissionais De Saúde Às Medidas De Prevenção De Infeção Do Local Cirúrgico No Bloco Operatório [Internet]. *Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa*; 2023 [cited 2024 Apr 30]. <http://hdl.handle.net/10400.26/50079>
20. Peters M, Godfrey C, McInerney P, Tricco A, Khalil H. *JBI Manual for Evidence Synthesis* [Internet]. Jordan Z, Aromataris E, Lockwood C, Pilla B, Porritt K, editors. Refined.site. Joanna Briggs Institute; 2024.
21. Pinto Correia M, Canejo I, Soares T. What factors influence healthcare professionals' adherence to surgical site infection prevention and control measures in the perioperative period? 2025 Mar [cited 2025 Apr 9]; Available from: <https://doi.org/10.17605/OSF.IO/NTP4R>
22. Ouzzani M, Hammady H, Elmagarmid A. Rayyan — a Web and Mobile App for Systematic Reviews [Internet]. *www.rayyan.ai*. 2022. <https://www.rayyan.ai/>
23. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 Statement: An Updated Guideline for Reporting Systematic Reviews. *British Medical Journal* [Internet]. 2021 Mar 29;372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
24. Putnam LR, Chang CM, Rogers NB, Podolnick JM, Sakhuja S, Matuszczak M, et al. Adherence to Surgical Antibiotic Prophylaxis Remains a Challenge despite Multifaceted Interventions. *Surgery* [Internet]. 2015 Aug 1 [cited 2022 Dec 2];158(2):413–9. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.04.013>
25. Oliveira AC, Gama CS. Avaliação Da Adesão Às Medidas Para a Prevenção De Infecções Do Sítio Cirúrgico Pela Equipe Cirúrgica. *Revista Da Escola De Enfermagem Da Universidade São Paulo*. 2015 Oct;49(5):767–74. <https://doi.org/10.1590/s0080-623420150000500009>
26. Lin F, Gillespie BM, Chaboyer W, Li Y, Whitelock K, Morley N, et al. Preventing Surgical Site Infections: Facilitators and Barriers to Nurses' Adherence to Clinical Practice guidelines—A Qualitative Study. *Journal of Clinical Nursing*. 2019 Jan 22;28(9-10):1643–52. <https://doi.org/10.1111/jocn.14766>
27. Lie SA, Lee KY, Goh MH, Harikrishnan S, Poopalalingam R. Achieving 100 Percent Compliance to Perioperative Antibiotic administration: a Quality Improvement Initiative. *Singapore Medical Journal* [Internet]. 2019 Mar 1;60(3):130–5. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018039>
28. Mattingly AS, Starr N, Bitew S, Forrester JA, Negussie T, Berekyei Merrell S, et al. Qualitative Outcomes of Clean cut: Implementation Lessons from Reducing Surgical Infections in Ethiopia. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2019 Aug 17;19(519). <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4383-8>

29. Zucco R, Lavano F, Nobile CG, Papadopoli R, Bianco A. Adherence to Evidence-based Recommendations for Surgical Site Infection Prevention: Results Among Italian Surgical Ward Nurses. Angelillo IF, editor. *PLOS One*. 2019 Sep 26;14(9):e0222825. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0222825>
30. Lin F, Marshall AP, Gillespie B, Li Y, O'Callaghan F, Morrissey S, et al. Evaluating the Implementation of a Multi-Component Intervention to Prevent Surgical Site Infection and Promote Evidence-Based Practice. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2020 Apr 13;17(3). <https://doi.org/10.1111/wvn.12436>
31. Mayes CG. A Grounded Theory of Intraoperative Team Members' Decision Making regarding Surgical Attire Guideline Adherence. *AORN Journal*. 2020 Oct 28;112(5):457–69. <https://doi.org/10.1002/aorn.13207>
32. Hung NV, Thu TA, Yagi T, Hamajima N, Anh NQ. Surgical Site Infection prevention: What Are the Gaps in Vietnamese hospitals? *Canadian Journal of Infection Control [Internet]*. 2016 Apr 22;31(1):18–23. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.4249.6408>
33. Gustafsson IL, Elmqvist C, From-Attebring M, Johansson I, Rask M. The Nurse Anesthetists' Adherence to Swedish National Recommendations to Maintain Normothermia in Patients during Surgery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing [Internet]*. 2017 Oct 1 [cited 2020 Mar 8];32(5):409–18. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2016.03.006>
34. Khan MN, Versteegen DM, Bhatti AB, Dolmans DH, Mook WN. Factors Hindering the Implementation of Surgical Site Infection Control Guidelines in the Operating Rooms of low-income countries: a mixed-method Study. *European Journal of Clinical Microbiology & Infectious Diseases [Internet]*. 2018 Oct 1 [cited 2021 Sep 19];37(10):1923–9. <https://doi.org/10.1007/s10096-018-3327-2>
35. Santos C. Prevenção de infeção de local cirúrgico na pessoa idosa - intervenção de enfermagem [Internet] [Relatório de Estágio]. [Escola Superior de Enfermagem de Lisboa]; 2018.
36. Schumacher KL, Meleis AL. Transitions: A central concept in nursing. In: Meleis A, editor. *Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company; 2010. p. 38–51.
37. Flodgren G, Parmelli E, Doumit G, Gattellari M, O'Brien MA, Grimshaw J, et al. Local Opinion Leaders: Effects on Professional Practice and Health Care Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2011 Aug 10;(8). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000125.pub4>
38. Flodgren G, O'Brien MA, Parmelli E, Grimshaw JM. Local Opinion Leaders: Effects on Professional Practice and Healthcare Outcomes. *Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]*. 2019 Jun 24;(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.cd000125.pub5>
39. Mehtar S, Wanyoro A, Ogunsola F, Ameh EA, Nthumba P, Kilpatrick C, et al. Implementation of Surgical Site Infection Surveillance in low- and middle-income countries: a Position Statement for the International Society for Infectious Diseases. *International Journal of Infectious Diseases [Internet]*. 2020 Nov 1;100:123–31. <https://doi.org/10.1016/j.ijid.2020.07.021>
40. Porto JS, Marziale MHP. Motivos E Consequências Da Baixa Adesão Às Precauções Padrão Pela Equipe De Enfermagem. *Revista Gaúcha De Enfermagem*. 2016;37(2). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.57395>
41. Gastmeier P, Schwab F, Sohr D, Behnke M, Geffers C. Reproducibility of the Surveillance Effect to Decrease Nosocomial Infection Rates. *Infection Control & Hospital Epidemiology*. 2009 Oct;30(10):993–9. <https://doi.org/10.1086/605720>
42. Grimshaw JM, Eccles MP, Lavis JN, Hill SJ, Squires JE. Knowledge Translation of Research Findings. *Implementation Science [Internet]*. 2012 May 31;7(1). <https://doi.org/10.1186/1748-5908-7-50>

## Apêndices

### Apêndice I: Estratégias de pesquisa

Plataforma/base de dados	Equação booleana e limitações
<i>ESBCOhost</i>	((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection OR Surgical Site)) Disponibilidade: Texto integral. Data de publicação: 01/01/2014 – 15/04/2024
<i>ScienceDirect</i>	((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence) AND (Prevention OR Infection control) AND (surgical wound infection)) Disponibilidade: Acesso aberto e artigo aberto. Área temática: Nursing and health professions. Ano de publicação: 2014-2024
<i>PubMed</i>	((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection)) Disponibilidade: Texto completo livre; Texto completo. Idioma: Inglês; Português. Data de publicação: 2014/1/1 - 2024/12/31
<i>Web of Science</i>	((Surgical Ward OR Operating rooms OR preoperative period OR intraoperative period OR postoperative period) AND (Guideline adherence OR Protocol Compliance) AND (Prevention OR Infection control OR Infection) AND (Surgical wound OR surgical wound infection)) Ano de publicação: 2014-2024

Apêndice II: Tabela de extração de dados

Autor (ano)	País	Título	Objetivo	Metodologia	População	Contexto	Resultados	
							Barreiras e fatores que dificultam a adesão	Estratégias que facilitam a adesão às medidas
(25) Oliveira & Gama (2015)	Brasil	Avaliação da adesão às medidas para a prevenção de infecções do sítio cirúrgico pela equipa cirúrgica	Avaliar as práticas pré-operatórias e intraoperatórias para a prevenção da ILC pelas equipas cirúrgicas	Estudo observacional prospetivo	Cirurgiões (n=38); estudantes de medicina (n=7); enfermeiro instrumentista (n=4)	Intraoperatório	- Défice de conhecimentos; - Negligência da equipa;	- Capacitação e treino dos profissionais de saúde; - Realizar auditorias e fornecer <i>feedback</i> dos resultados.
(24) Putnam et al. (2015)	Estados Unidos da América	Adherence to surgical antibiotic prophylaxis remains a challenge despite multifaceted interventions	Avaliar a adesão a diretrizes de antibioterapia profilática, após a implementação de intervenções multifacetadas sobre as barreiras conhecidas	Estudo observacional	Procedimentos cirúrgicos observados (n=1.052)	Intraoperatório	- Insuficiente consciencialização; - Défice de conhecimento sobre as diretrizes; - Papéis/funções pouco claros na profilaxia antibiótica; - Ausência de padronização das medidas de administração adequada de antibióticos. - Deficientes esforços educacionais para disseminação de diretrizes diretamente à equipa perioperatória;	- Divulgação das alterações nas diretrizes sobre antibioterapia diretamente à equipa operatória; - Realização de auditorias e fornecimento de <i>feedback</i> . - Alertas de antibióticos ao anesthesiologista e enfermeiro; - Realização de sessões de formação específicas sobre

									antibioterapia profilática.
(32)	Hung et al. (2016)	Vietnam	Surgical site infection prevention: What are the gaps in Vietnamese hospitals?	Avaliar a adesão às práticas de prevenção e controlo da ILC nos hospitais	Estudo observacional	Utentes submetidos a cirurgia eletiva (n=568); Cirurgiões (n=462); Estudantes de cirurgia (n=212); Anestesiologistas (n=190);	Pré-operatório; Intraoperatório	- Recursos materiais e humanos limitados; - Instalações inadequadas.	- Realização de formação contínua; - Disponibilização de indumentária cirúrgica adequada e de fácil acesso; - Envolvimento da gestão hospitalar.
(33)	Gustafsson et al. (2017)	Suíça	The Nurse Anesthetists' Adherence to Swedish National Recommendations to Maintain Normothermia in Patients During Surgery	Avaliar se os enfermeiros anestesistas acedem, têm conhecimentos e aderem às diretrizes recomendadas para a manutenção da normotermia no perioperatório	Estudo descritivo	Enfermeiros anestesistas (n=56)	Intraoperatório	- Condições cirúrgicas (posicionamento e acessibilidade do cirurgião) - Condições físicas e anestésicas do doente; - Restrição de tempo; - Défice de equipamentos disponíveis; - Falta de rotina; - Défice de conhecimentos por parte dos profissionais; - Tempos cirúrgicos curtos (inferior a uma hora); - Défice de diretrizes internas baseadas na evidência;	- <i>Checklist</i> de verificação com espaço para registo de temperatura; - Disponibilização de recursos materiais e equipamentos; - Construção de diretrizes internas com base na evidência; - Realização de formações regulares, aos enfermeiros, antes da implementação de uma nova diretriz; - Reconhecimento de um elemento-chave que atue como facilitador

									na implementação de uma diretriz; - Divulgação clara e concisa das novas diretrizes;
(34)	Khan et al. (2018)	Paquistão	Factors hindering the implementation of surgical site infection control guidelines in the operating rooms of low-income countries: a mixed-method study	Identificar os fatores que dificultam a implementação de diretrizes sobre prevenção e controle da ILC em salas operatórias de países em baixo rendimento	Estudo método misto	Profissionais de saúde da sala operatória (médicos - 43,7%, enfermeiros – 32,5%, técnicos – 22,6% e perfusionistas – 1,2%) (n=252)	Intraoperatório	<p><u>Conhecimento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Insuficiente consciencialização e cultura sobre PBE na prevenção da ILC;</li> <li>- Défice de conhecimentos sobre as diretrizes;</li> <li>- Défice de formação e treino.</li> </ul> <p><u>Atitudes:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de diretrizes nacionais sobre prevenção da ILC;</li> <li>- Baixa motivação para cumprir normas;</li> <li>- Baixa cultura baseada na evidência sobre PCI;</li> <li>- Instituições não priorizam a educação e formação dos profissionais.</li> </ul> <p><u>Comportamento:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Deficiente monitorização das práticas;</li> <li>- Deficiente vigilância e documentação das infeções;</li> <li>- Défice de recursos financeiro / humanos.</li> </ul>	- Educação e treino contínuo dos profissionais de saúde; - Construção de sistema de vigilância de PCI; - Elaboração de diretrizes nacionais;
(12)	Giudice et al. (2019)	Itália	Hospital Infection Control and behaviour of	Avaliar a conformidade do	Estudo observacional	Enfermeiros (n=62); Cirurgiões	Intraoperatório	Este artigo não menciona barreiras.	- Realização de formação contínua dos profissionais;

			operating room staff	comportamento dos profissionais de saúde do intraoperatório com as diretrizes da ILC		(n=127); Anestesiologistas (n=39); Estagiários de enfermagem ou medicina (n=80)			- Realização de auditorias e <i>feedback</i> dos resultados.
(26)	Lin et al. (2019)	Austrália	Preventing surgical site infections: Facilitators and barriers to nurses' adherence to clinical practice guidelines—A qualitative study	Identificar quais as barreiras e facilitadores à adesão dos enfermeiros às diretrizes de prevenção da infecção do local, durante o tratamento de feridas cirúrgicas	Estudo qualitativo exploratório	Enfermeiros (n=18)	Pós-operatório (enfermaria)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit de conhecimentos e competências dos profissionais;</li> <li>- Desatualização das diretrizes hospitalares;</li> <li>- Ausência de instruções de trabalho sobre o registo do tratamento à ferida;</li> <li>- Restrição de tempo para realização de registos de enfermagem.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realização de formação contínua dos profissionais;</li> <li>- Atualização dos protocolos de tratamento de feridas e facilidade no acesso na intranet;</li> <li>- Padronização dos registos sobre as feridas;</li> <li>- Realização de auditorias;</li> <li>- Identificação de um elo promotor de mudança;</li> </ul>
(27)	Lie et al. (2019)	Singapura	Achieving 100 percent compliance to perioperative antibiotic administration: a quality improvement initiative	Avaliar a adesão à administração de antibioterapia perioperatória através da implementação um lembrete pop-up no sistema	Estudo quantitativo (quase-experimental: pré-teste-pós-teste)	Registos anestésicos do período de pré-implementação (n = 19.852) Registos anestésicos do período pós-implementação (n = 27.919)	Intraoperatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Déficit de conhecimentos sobre a escolha e momento de administração da antibioterapia profilática;</li> <li>- Dificuldade na obtenção de determinados antibióticos;</li> <li>- Dificuldade em antecipar o tempo de incisão cirúrgica;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Implementação de um lembrete <i>pop up</i> para a administração e repicagem de antibioterapia profilática.</li> <li>- Conscientização da equipa sobre as diretrizes de</li> </ul>

				informático do anestesista.				- Ausência de local onde registar o motivo de não administração de antibioterapia profilática.	antibioterapia disponíveis; - Formação da equipa sobre a antibioterapia profilática; - Instrução da equipa de anesthesiologistas sobre o <i>pop-up</i> , recorrendo a dispositivos de formação detalhados pormenorizados e possíveis alterações; - Fornecimento de <i>feedback</i> sobre a conformidade obtida.
(28)	Mattingly et al. (2019)	Etiópia	Qualitative outcomes of clean cut: implementation lessons from reducing surgical infections in Ethiopia	Compreender as barreiras e facilitadores à implementação do "Clean Cut" – estratégia adaptativa / programa de melhoria da qualidade na prevenção e controlo da ILC, nos hospitais da Etiópia que o	Estudo Quantitativo (Quase-experimental: pré teste – pós teste)	Enfermeiros (n=10); Cirurgiões (n=6); Anesthesiologistas (n=1); Gestor do BO (n=2); Coletor de dados (n=11); Diretor clínico (n=3); [N total= 20 (o número total de participantes é menor que o número de funções, uma	Intraoperatório	- Recursos materiais e humanos limitados; - Sobrecarga de trabalho; - Insuficiente consciencialização da administração hospitalar; - Situações de emergência; - Défices de conhecimentos na equipa multidisciplinar sobre as diretrizes de prevenção e controlo da infeção; - Falsas crenças; - Falhas de comunicação multidisciplinar;	- Consciencialização e responsabilização da equipa multidisciplinar sobre o controlo de infeção; - Realização de formação contínua e treino da equipa sobre a estratégia <i>clean cut</i> . - Correção de práticas erradas

31

			implementaram			vez que os participantes foram classificados como coletores de dados ou líderes clínicos, além de seus títulos profissionais]			de forma individual e sem punição; - Realização de auditorias com <i>feedback</i> ; - Divulgação dos resultados obtidos nos doentes, na equipa multidisciplinar; - Envolvimento da gestão hospitalar; - Edificação de um cronograma para colheita de dados de controlo de infeção;
(29)	Zucco et al. (2019)	Itália	Adherence to evidence-based recommendations for surgical site infection prevention: Results among Italian surgical ward nurses	Avaliar o nível de conhecimentos, atitudes e de adesão às práticas baseadas em evidências sobre a prevenção da ILC e ainda descrever os fatores que possam influenciar e/ou motivar os enfermeiros a adotar PBE neste âmbito.	Estudo qualitativo exploratório	Enfermeiros (n=1305)	Pós-operatório	- Défice de conhecimentos sobre diretrizes, sobre medidas de PBCI e métodos de esterilização de equipamentos;	- Realização de formação contínua e dirigida para a atualização de conhecimentos; - Realização de auditorias e vigilância de dados sobre ILC com <i>feedback</i> ;

32

(30)	Lin et al. (2020)	Austrália	Evaluating the Implementation of a Multi-Component Intervention to Prevent Surgical Site Infection and Promote Evidence-Based Practice	Avaliar a eficácia e os benefícios da implementação de uma intervenção multifacetada para a prevenção da ILC	Estudo de misto descritivo	Enfermeiros (n=18)	Pós-operatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défice de conhecimentos (técnica asséptica e técnica “no touch”);</li> <li>- Técnicas inadequadas para adquirir novos conhecimentos;</li> <li>- Ausência de instruções de trabalho sobre o registo dos dados sobre as feridas cirúrgicas;</li> <li>- Desinteresse dos profissionais no envolvimento e educação dos doentes sobre tratamento de feridas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificação de um elemento promotor de mudança;</li> <li>- Implementação de estratégias educativas e de treino dos enfermeiros (formações, folhetos e poster);</li> <li>- Construção de instruções de trabalho claras e acessíveis sobre documentação do tratamento de feridas;</li> <li>- Realização de auditorias com <i>feedback</i> regulares;</li> <li>- Sistema de registo de feridas intuitivo e padronizado.</li> </ul>
(31)	Mayes (2020)	Inglaterra	A Grounded Theory of Intraoperative Team Members’ Decision Making Regarding Surgical Attire Guideline Adherence	Esclarecer processos de tomada de decisão dos membros da equipa intraoperatória relacionados com a adesão ao traje cirúrgico e	Teoria fundamentada	Enfermeiros (n=14); Cirurgiões (n=2); Técnicos cirúrgicos (n=2); Gestor do BO (n=2); Diretores (n=2)	Intraoperatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identidade pessoal (personalidade; pensamento crítico; crenças);</li> <li>- Diferentes níveis de sensibilização para as diretrizes entre categorias profissionais;</li> <li>- Implementação inconsistente das</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cultura de comportamento em equipa.</li> <li>- Supervisão das práticas contínua e auditorias;</li> <li>- Fornecimento de <i>feedback</i> sobre adesão às diretrizes;</li> </ul>

				identificar fatores que influenciam as decisões dos membros da equipa cirúrgica.				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Baixas evidências científicas;</li> <li>- Insuficiente autoridade e de <i>feedback</i> do líder;</li> <li>- Conforto do traje cirúrgico;</li> <li>- Recursos insuficientes/inadequados ;</li> <li>- Diferente nível de conhecimentos entre os elementos da equipa multidisciplinar.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Influência do líder com implementação de regras;</li> <li>- Consciencialização e educação da equipa sobre as diretrizes;</li> <li>- Disponibilização de evidências científicas de alta qualidade nas diretrizes internas;</li> <li>- Disponibilização de recursos (eficientes e confortáveis) e facilidade de acesso aos mesmos.</li> </ul>
(19)	Campos (2023)	Portugal	Adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da ILC no bloco operatório	Mapear a evidência científica sobre os fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção da ILC no período intraoperatório.	Scoping Review	Profissionais de saúde do intraoperatório	Intraoperatório	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Défice de conhecimentos;</li> <li>- Défice de consciencialização;</li> <li>- Défice de recursos humanos, materiais e físicos;</li> <li>- Sobrecarga de trabalho;</li> <li>- Comunicação interpessoal deficiente.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Apoio da liderança do serviço e da administração hospitalar;</li> <li>- Existência de diretrizes;</li> <li>- Realização de sessões de formação contínuas;</li> <li>- Realização de auditorias às práticas e <i>feedback</i> dos resultados.</li> </ul>

ILC: Infecção do local cirúrgico; BO: Bloco Operatório; n: Número de participantes; PBCI: Precauções básicas de controlo de infeção; PCI: Prevenção e controlo da infeção;

## APÊNDICE III - OBJETIVOS DE ESTÁGIO

## 1. COMPETÊNCIAS E ATIVIDADES

A disciplina de Enfermagem só evolui quando se alia a teoria à prática. Neste contexto o desenvolvimento de PBE é crucial, destacando a importância contínua da investigação para proporcionar cuidados de qualidade e segurança.

Ao enfermeiro detentor do título de enfermeiro especialista na área de EMC-PSP, estão inerentes o desenvolvimento de práticas diárias que espelhem as competências comuns de enfermeiro especialista descritas pelo Regulamento n.º 140/2019 e as competências de EMC-PSP descritas no Regulamento n.º 429/2018. Desta forma, é fundamental que durante o curso de Mestrado sejam implementadas estratégias que promovam à aquisição, desenvolvimento e aperfeiçoamento destas competências, tanto na teoria quanto na prática.

Oliveira e Queirós (2015, p.78), referem que a competência em enfermagem se define “como os níveis esperados de conhecimentos, atitudes, habilidades e valores. A competência é entendida como um elemento-chave na qualidade e na segurança”. A competência de um enfermeiro, pode, de acordo com Benner (2001), como a habilidade de completar um procedimento sob diversas condições, por forma a atingir um resultado desejável.

A realização de estágio permite não só a consolidação de conhecimentos teóricos, habilidades, capacidade de análise crítica, tomada de decisão e liderança (Esteves et al., 2018), mas também o desenvolvimento de novos conhecimentos através da observação, partilha de saberes e técnicas entre profissionais de saúde.

Neste sentido, será realizado um primeiro estágio com duração de 180h numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA). O segundo estágio irá decorrer num bloco operatório central e terá a duração de 360h.

### 1.1 OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS

O planeamento de um estágio curricular deve ser organizado desde o primeiro dia. Neste sentido, torna-se pertinente a definição de objetivos gerais e específicos que enquanto estudante de Mestrado e futura enfermeira especialista em EMC-PSP pretendo desenvolver. Posto isto, para o objetivo geral definido foi:

- Desenvolver competências técnicas, científicas e humanas para a prática de cuidados especializados de enfermagem médico cirúrgica no contexto perioperatório.

Como objetivos específicos, salienta-se:

- Desenvolver conhecimentos e implementar práticas de exercício da profissão segura, ética e deontológica, aplicando práticas de enfermagem adequadas a cada pessoa como ser único e holístico, respeitando e promovendo os seus valores, direitos e crenças.
- Desenvolver um papel de agente ativo sobre de estratégias de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à PSPO.
- Aprofundar conhecimentos e competências de gestão dos cuidados visando a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados, através da maximização do trabalho em equipa e recursos existentes.
- Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos sobre a prestação de cuidados especializados à PSPO, tendo em conta mais recente evidência científica.
- Desenvolver estratégias de Autoconhecimento e assertividade como agente facilitador no processo aprendizagem da PSPO e equipa multidisciplinar, implementando e disseminando práticas baseadas na mais recente evidência científica.
- Desenvolver competências para a prática de cuidados de enfermagem especializados à PSPO e respetiva família/pessoa significativa, capacitando-os para a experiência cirúrgica e promovendo a adequada transição saúde-doença.
- Maximizar a segurança da PSPO e equipa multidisciplinar, mobilizando conhecimentos e estratégias congruentes com a consciência cirúrgica e ética profissional, que sejam redutoras do risco e otimizem a segurança de todos.
- Desenvolver projeto de intervenção no serviço face às necessidades identificadas no serviço, implementando estratégias dinamizadoras que visem a melhoria contínua da qualidade e consciencialização da equipa sobre a temática.

Como guia orientador, foi elaborado um plano de atividades no qual constam as atividades planeadas e o respetivo cronograma. Este, encontra-se subdividido pelas competências comuns de enfermeiro especialista e competências específicas em EMC-PSP, que se pretende desenvolver com a concretização das atividades descritas.

## APÊNDICE IV - PLANO DE ATIVIDADES PRIMEIRO ESTÁGIO

Competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com Regulamento n.º 140/2019.

Domínio de competência										
A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal										
Descrição do domínio										
A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.										
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.										
Cronograma/semana										
Unidade de competência	Atividades	Indicadores de resultado	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
A1.1 Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	Cumprir os horários praticados no serviço, sendo pontual e assídua.	- Registo de assiduidade; - <i>Feedback</i> da enfermeira tutora; - Cumprir as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Incentivar a prática de enfermagem no bloco operatório de acordo com a deontologia profissional.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Participar e fundamentar a tomada de decisão sobre a PSPO em equipa, tendo em conta a mais recente evidência científica.			X	X	X	X	X	X	X
A1.3 – Avaliar o processo e os resultados da tomada de decisão.	Assumir responsabilidade sobre as suas decisões.	- <i>Feedback</i> da enfermeira tutora. - Cumprir as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Justificar a sua tomada de decisão com base na evidência científica.		X	X	X	X	X	X	X	X
A2.1 – Promover a proteção dos direitos humanos.	Garantir e fomentar a proteção dos direitos humanos da PSPO, atuando de acordo com a ética e deontologia profissional, respeitando a pessoa como um ser holístico com crenças e costumes e ainda, fomentando a segurança cirúrgica.	- Satisfação da pessoa face aos cuidados prestados; - Cumprir as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garantir a privacidade e confidencialidade da PSPO, bem como da informação a que tem acesso.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Assegurar a dignidade da PSPO.		X	X	X	X	X	X	X	X
A2.2 – Gerir, na equipa,	Compreender a dinâmica e funcionamento do serviço.	- Satisfação da pessoa face aos cuidados prestados;	X	X	X	X	X	X	X	X
	Conhecer a equipa multidisciplinar		X	X	X	X	X	X	X	X

práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.	Compreende o percurso da PSPO em contexto de cirurgia de ambulatório e cirurgia programada.	- Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Conhece e compreende o regulamento do BO e os protocolos de atuação do serviço.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante a privacidade e confidencialidade da PSPO, bem como da informação a que tem acesso.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Analisa toda a informação clínica da PSPO e verifica se estão preenchidos todos as condições de segurança para ser submetida a intervenção cirúrgica (Antecedentes pessoais; Alergias; jejum; consentimento informado; consentimento de anestesia; pedido de tipagem; etc).			X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, no planeamento de cuidados para o dia seguinte: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica a existência de consentimento cirúrgico e anestésico no processo de cada pessoa;</li> <li>- Identifica necessidades de cada pessoa e delineando um plano de cuidados individualizado para cada uma delas;</li> <li>- Verifica a disponibilidade de todos e se existem os materiais e equipamentos necessários para cada cirurgia;</li> <li>- Prepara os materiais e equipamentos estéreis necessários para as cirurgias do dia seguinte;</li> <li>- Promove a prestação de cuidados individualizados, centrados na pessoa através de um plano de cuidados individualizado;</li> <li>- Informa o enfermeiro gestor/adjunto quando houver material/equipamento não disponível, ou sem condições para ser utilizado por falta de condições de segurança (exemplo: falta de manutenção ou ter ultrapassado a data para realizar a mesma).</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência</b>										
<b>B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>										
<b>Descrição do domínio</b>										
- B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.										
- B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.										
- B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.										
<b>Cronograma/semana</b>										
<b>Unidade de competência</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>

<b>B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</b>	Desenvolve a prática de enfermagem com base na evidência científica.	- <i>Feedback</i> da enfermeira tutora;		X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove na equipa a importância da investigação na prestação de cuidados.	- <i>Feedback</i> da sessão de formação realizada;		X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve projeto de intervenção no serviço face às necessidades identificadas.	- Promove momentos de reflexão na equipa sobre as práticas; - Atividade formativa desenvolvida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas</b>	Planeia método de avaliação do plano de intervenção desenvolvido para o serviço.	- Taxa de infeção do local cirúrgico (fornecido pela PPCIRA). - <b>Atividade formativa desenvolvida:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas; Taxa de adesão às formações. - <b>Resultados das auditorias que evidenciem:</b> Taxa de conformidade às práticas de higienização das salas operatórias.									
<b>B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua</b>	Desenvolve projeto de intervenção no serviço face às necessidades identificadas:		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Identifica necessidades de intervenção no serviço recorrendo a <i>brainstorming</i> na equipa, à enfermeira tutora e enfermeiro gestor;	- Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X						
	- Realiza diagnóstico de situação;				X	X					
	- Delineia objetivos de intervenção;	- Taxa de infeção do local cirúrgico (fornecido pela PPCIRA).			X	X	X				
	- Elabora plano de ação;					X	X				
	- Define estratégias de implementação e avaliação da intervenção realizada;					X	X	X			
	- Implementa plano de ação (se possível);									X	X
	- Avalia intervenção realizada (se possível);									X	X



gestão do risco ao nível institucional e/ou unidades funcionais.	Desenvolve uma adequada gestão de cuidados otimizando a equipa de enfermagem e multidisciplinar,	- <i>Feedback</i> da enfermeira tutora e equipa multidisciplinar.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e dissemina a importância da mesma.			X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a manutenção e dissemina a importância de medidas que vão ao encontro do objetivo 12 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - “Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis” e o ODS 6 - “Garantir a Sustentabilidade e a Gestão da Água Potável e do Saneamento para todos”, como: correta triagem de resíduos (material infetado e não infetado), reciclagem e desperdício de resíduos de grupo III e IV; através do uso de materiais de uso único apenas necessário, evitando o desperdício e aumento do resíduos hospitalares desnecessários.			X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a adequada assepsia na sala operatória.			X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve competências de especialista no âmbito da prevenção e controlo da infeção, nomeadamente no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, implementando intervenções promotoras da diminuição do risco: promover a normotermia e normoglicémia, realizar tricotomia estritamente quando necessário e assegurar a profilaxia antibiótica (quando necessário).			X	X	X	X	X	X	X	X
	Supervisiona a adequada limpeza da sala operatória, prevenindo focos de infeção.			X	X	X	X	X	X	X	X
	Sensibiliza a equipa multidisciplinar para as mais recentes PBE ( <i>guidelines</i> - feixe de intervenções) para a prevenção e controlo da ILC.			X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência</b>											
<b>C - Domínio da gestão dos cuidados</b>											
<b>Descrição do domínio</b>											
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.											
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.											
<b>Unidade de competência</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	1 <sup>a</sup>	2 <sup>a</sup>	3 <sup>a</sup>	4 <sup>a</sup>	5 <sup>a</sup>	6 <sup>a</sup>	7 <sup>a</sup>	8 <sup>a</sup>	
C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da	Compreende o papel do enfermeiro gestor através da observação da gestão da equipa multidisciplinar, agendamento cirúrgico e gestão de conflitos.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora e equipa multidisciplinar;		X	X	X	X	X	X	X	X
	Esclarece dúvidas à PSPO e família/pessoa significativa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X

tomada de decisão.	Pede colaboração dos profissionais da equipa multidisciplinar aquando necessário para esclarecimento de dúvidas que não sejam da sua área de competência.	- Nº de vezes que realiza cada atividade; - Cumpre as atividades planeadas.		X	X	X	X	X	X	X
C1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	Supervisiona a adequada limpeza da sala operatória e restantes espaços, garantindo a segurança da PSPO e evitando focos de infeção.	- Taxa de adesão à formação/ ação de sensibilização;	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avalia a limpeza da sala operatória antes do início de cada procedimento cirúrgico.	- <i>Feedback</i> da equipa sobre formação/ ação de sensibilização;	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve estratégias de alteração de comportamento nas assistentes operacionais que visem a adequada limpeza da sala operatória/ UCPA e equipamentos, atuando de acordo com a prevenção e controlo da infeção.	- Taxa de infeção do local cirúrgico. - Nº de vezes que realiza cada atividade; <b>-Resultados de auditorias que evidenciem:</b> Taxa de conformidade na higienização da sala operatória.			X	X	X	X	X	X
C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	Compreende o papel do enfermeiro gestor na gestão da equipa multidisciplinar, agendamento cirúrgico e gestão de conflitos.	- Satisfação da pessoa face aos cuidados prestados; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, o planeamento de cuidados para o dia seguinte: - Verifica a existência de consentimento cirúrgico e anestésico no processo de cada pessoa; - Identifica necessidades de cada pessoa e delineando um plano de cuidados individualizado para cada uma delas; - Verifica a disponibilidade de todos e se existem os materiais e equipamentos necessários para cada cirurgia; - Prepara os materiais e equipamentos estéreis necessários para as cirurgias do dia seguinte; - Promove a prestação de cuidados individualizados, centrados na pessoa através de um plano de cuidados individualizado; - Informa o enfermeiro gestor/adjunto quando houver material/equipamento não disponível, ou sem condições para ser utilizado		X	X	X	X	X	X	X	X

	por falta de condições de segurança (exemplo: falta de manutenção ou ter ultrapassado a data para realizar a mesma).													
<b>C2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</b>	Reconhece e compreende as funções dos enfermeiros de perioperatório (anestesiista, circulação e instrumentista) e equipa multidisciplinar	- Satisfação profissional; - Cumpre as atividades planeadas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência</b>														
<b>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>														
<b>Descrição do domínio</b>														
<b>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b>														
<b>Cronograma/semana</b>														
<b>Unidade de competência</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	<b>1ª</b>	<b>2ª</b>	<b>3ª</b>	<b>4ª</b>	<b>5ª</b>	<b>6ª</b>	<b>7ª</b>	<b>8ª</b>				
<b>D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</b>	Reconhece as suas limitações enquanto enfermeira e pessoa.	- Registo de assiduidade; - <i>Feedback</i> enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aprofunda conhecimentos sobre a prática de enfermagem especializada no perioperatório recorrendo à evidência científica mais recente.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Assegura pontualidade e assiduidade.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve pensamento crítico e reflexivo sobre a prática desenvolvida ao longo do estágio.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</b>	Aceita a crítica e adequa as suas práticas quando necessário.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mantém a calma e foco nos cuidados à PSPO em situação de urgência.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Mantém postura assertiva no dia a dia.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Evita o conflito e em caso deste, atua de forma assertiva.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Emprega escuta ativa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Gere emoções face às situações vivenciadas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Estabelece relação de respeito para com toda a equipa multidisciplinar e coopera com a mesma em função do bem-estar da PSPO.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Compreende os diferentes elementos da equipa e integrando-se na mesma de forma funcional.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
<b>D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</b>	Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação	<p>- Taxa de infeção do local cirúrgico (fornecido pela PPCIRA);</p> <p><b>-Atividade formativa:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas; Taxa de adesão às formações.</p> <p><b>- Resultados das auditorias que evidenciem:</b> Taxa de conformidade às práticas de higienização das salas operatórias.</p> <p>- Apresenta informação com base na mais recente evidência científica no projeto de estágio;</p> <p>- Cumpre as atividades planeadas;</p> <p>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</p> <p>- Apresenta relatório de estágio de acordo com itens de avaliação no tempo preconizado.</p>	X	X	X	X	X						
	Atua como formador em contexto da pratica, com base na melhor evidência disponível				X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos.					X	X	X	X	X	X	X	X
	Identifica necessidades de intervenção/formação na equipa multidisciplinar e valida com a enfermeira tutora.		X	X	X	X							
	Diagnostica necessidades formativas e valida com enfermeira tutora.				X	X							
	Desenvolve projeto de intervenção no serviço, face ao problema identificado e valida com a enfermeira tutora.					X	X	X	X				
	Realiza investigação sobre a temática de intervenção na mais recente evidência científica.					X	X	X					
	Planeia o método de avaliação das intervenções a realizadas na equipa e a forma de divulgação dos resultados obtidos.						X	X	X				
	Realiza ação de formação e consciencialização aos Assistentes Operacionais sobre as PBCI, procedimentos de higienização da sala operatória e sobre o impacto da não adesão às PBCI, visando aumentar a segurança da PSPO e a qualidade dos cuidados prestados, baseado na mais recente evidência científica (se possível).											X	X
	Desenvolve poster/cartaz informativo, que funcione como auxiliar de memória, sobre os procedimentos a realizar após a utilização da sala operatória e da unidade da pessoa. Incluindo a limpeza de rotina e limpeza após cirurgia em pessoa com infeção diagnosticada e apresenta no serviço (se possível)						X	X	X	X			
Avalia as intervenções realizadas na equipa (se possível).											X		



Competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSP de acordo com Regulamento n.º 429/2018.

Domínio de competência										
1 – Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.										
Cronograma/semana										
Unidade de competência	Atividades	Indicadores de resultado	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
1.1 – Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	Desenvolve a prática de cuidados de enfermagem especializados baseados na evidência científica, seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro de perioperatório, envolvendo a PSPO e família/pessoa significativa, capacitando-os para a experiência cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</li> <li>- Satisfação da pessoa face aos cuidados prestados;</li> <li>- N° de vezes que realiza cada atividade;</li> <li>- Cumpre as atividades planeadas;</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X
	Identifica as necessidades físicas, culturais, religiosas e psicossociais da PSPO e família/pessoa significativa, preferencialmente no acolhimento, bem como os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico-anestésico a que esta vai ser submetida.			X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve plano de cuidados individualizado tendo em conta as necessidades identificadas na pessoa e família/pessoa significativa, visando o <i>empowerment</i> , promovendo o autocuidado e a qualidade da vida, bem como a adequada adaptação aos processos de transição saúde/doença.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve a sua prática tendo em conta os princípios de segurança dos cuidados.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve escuta ativa, relação terapêutica e de confiança com a PSPO e família/pessoa significativa.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Planeia e implementa medidas personalizadas não farmacológicas redutoras de ansiedade/medo, personalizadas a cada pessoa (empatia, toque e palavras de motivação/encorajamento).		X	X	X	X	X	X	X	X
	Permite acompanhamento da PSPO em situação de vulnerabilidade e de acordo com a legislação em vigor.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Fornecer informação em tempo útil à família (exemplo: verifica o preenchimento/preencher o documento que permite o envio de mensagens informativas sobre o início da cirurgia, transferência para UCPA e alta da UCPA).			X	X	X	X	X	X	X

	Capacita a pessoa e família/pessoa significativa para a experiência cirúrgica e possíveis alterações da autoimagem da mesma, por forma a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, implementando estratégias que contribuam para o processo de transição saúde-doença e que permitam ajustar as expectativas da pessoa face ao procedimento cirúrgico.				X	X	X	X	X	X
	Ensina a PSPO e família/pessoa significativa sobre os cuidados no pré e pós-operatório, realizando treino das técnicas necessárias e instruindo-os para a experiência cirúrgica, estabelecendo uma relação de confiança que maximize o bem-estar e qualidade de vida da PSPO.				X	X	X	X	X	X
	Capacita a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da dor através do ensino sobre medidas farmacológicas e não farmacológicas, realizando treino com os mesmos.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Avalia a satisfação da PSPO e família/pessoa significativa relativamente aos cuidados prestados.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Assegura que a pessoa tem conhecimento sobre os procedimentos cirúrgico-anestésico a que vai ser submetida, esclarece dúvidas e pede colaboração de outros profissionais em caso de necessidade.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Assegura que a pessoa assinou o consentimento informado, consentimento de sangue e consentimento anestésico, estando totalmente esclarecido sobre todos os procedimentos.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Realiza turnos na unidade de admissão cirúrgica com o intuito de desenvolver competências sociais, técnicas e humanas especializadas, realizando acolhimento à pessoa e família/pessoa significativa, identificando as suas necessidades, capacitando-os para uma adequada experiência cirúrgica, estabelecendo relação de ajuda, gerindo a ansiedade e o medo, e implementando estratégias promotoras da saúde no pré e pós-operatório.					X	X	X	X	X
<b>1.2 – Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória</b>	Desenvolve estratégias de gestão de risco e garantia da qualidade dos cuidados prestados à PSPO, prevenindo complicações, refletindo sobre as práticas, respeitando a pessoa e promovendo a consciência cirúrgica em toda a equipa.	- Satisfação da pessoa face aos cuidados prestados; - <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Complicações cirúrgicas decorrentes de eventos adversos;		X	X	X	X	X	X	X
	Garante que o procedimento cirúrgico a que a PSPO vai ser submetida é o mesmo que foi proposto e assinado no consentimento informado.		X	X	X	X	X	X	X	X

	<p>Garante a prestação de cuidados seguros à PSPO, tendo em conta as necessidades e possíveis riscos identificados previamente na pessoa face ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetida, evitando e prevenindo complicações cirúrgico-anestésicas, perante o estado de vulnerabilidade (decorrente do ato cirúrgico) até que este seja capaz de o fazer autonomamente.</p>	<p>- Produz indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (descritos na atividade); - Nº de vezes que realiza cada atividade;</p>	X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Colabora na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e dissemina a importância da mesma na equipa.</p>	<p>- Cumpre as atividades planeadas;</p>			X	X	X	X	X	X
	<p>Realiza registos de enfermagem que produzam indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no perioperatório (Registos da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; Vigilância das condições da termo regulação da pessoa; Índice do Apgar Cirúrgico; Utiliza protocolo de prevenção da infeção)</p>				X	X	X	X	X	X
	<p>Colabora no posicionamento cirúrgico garantindo a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso das funções fisiológicas.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Desenvolve estratégias que facilitem a comunicação com a PSPO devido a barreiras linguísticas ou com alterações comunicativas decorrentes do processo cirúrgico-anestésico que foi submetida.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Implementa estratégias que facilitem a comunicação com a PSPO devido a barreiras linguísticas ou com alterações comunicativas decorrentes do processo cirúrgico-anestésico que foi submetida.</p>			X	X	X	X	X	X	X
	<p>Atua de forma preventiva, antecipando possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico-anestésico, tendo em conta os fatores internos inerentes à PSPO.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Compreende e desenvolve competências sobre papel do enfermeiro perioperatório nas diferentes áreas: anestesia, circulação, instrumentação e UCPA.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Avalia o risco inerente à situação clínica e aos procedimentos a que a pessoa vai ser submetida perioperatório, intervindo adequadamente sobre os riscos identificados;</p>			X	X	X	X	X	X	X
	<p>Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, o planeamento de cuidados para o dia seguinte: - Verifica a existência de consentimento cirúrgico e anestésico no processo de cada pessoa;</p>		X	X	X	X	X	X	X	X

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identifica necessidades de cada pessoa e delineando um plano de cuidados individualizado para cada uma delas;</li> <li>- Verifica a disponibilidade de todos e se existem os materiais e equipamentos necessários para cada cirurgia;</li> <li>- Prepara os materiais e equipamentos estéreis necessários para as cirurgias do dia seguinte;</li> <li>- Promove a prestação de cuidados individualizados, centrados na pessoa através de um plano de cuidados individualizado;</li> <li>- Informa o enfermeiro gestor/adjunto quando houver material/equipamento não disponível, ou sem condições para ser utilizado por falta de condições de segurança (exemplo: falta de manutenção ou ter ultrapassado a data para realizar a mesma).</li> </ul>									
	<p>Desenvolve competências para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, na área de <b>Anestesia:</b></p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende o papel do enfermeiro especialista na função de anestesia, desenvolvendo uma atitude antecipatória e gestora de riscos;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende o funcionamento dos equipamentos necessários para as diferentes técnicas anestésicas (exemplo <i>Brain function monitoring Systems (BIS)</i>, TOFscan, Ventilador).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</li> </ul>	X	X	X	X				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve conhecimentos sobre as diferentes técnicas anestésicas e riscos decorrentes da mesmas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</li> </ul>	X	X	X	X				
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza turnos na sala de loco-regional, com o intuito de desenvolver conhecimentos teóricos e práticos sobre técnicas de anestesia loco-regional, colaborando com o anesthesiologista na realização das mesmas, antecipando os riscos decorrente de cada uma delas e garantindo uma adequada monitorização e implementação de medidas preventivas;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> </ul>				X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conhece antecipadamente a cirurgia a que a pessoa vai ser submetida, a técnica anestésica e tempo cirúrgico;</li> </ul>				X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora com a enfermeira tutora na verificação dos equipamentos anestesia antes da cirurgia;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X

- Executa verificação dos equipamentos de anestesia antes da cirurgia;			X	X	X	X	X	X
- Conhece as necessidades da pessoa previamente à cirurgia, identificando possíveis riscos ou complicações que possam ocorrer durante o perioperatório, planeando intervenções que visem a prevenção dos mesmos;		X	X	X	X	X	X	X
- Verifica as condições físicas e psicológicas despistando riscos anestésicos e cirúrgicos;		X	X	X	X	X	X	X
- Verifica antecedentes pessoais, alergias a medicamentos, materiais e alimentos, medicação habitual, suspensão de terapêutica e jejum;		X	X	X	X	X	X	X
- Verifica que a pessoa que vai ser submetida a intervenção cirúrgica removeu próteses/implantes, adornos, maquilhagem;		X	X	X	X	X	X	X
- Verifica a presença/ identificação do acompanhante da pessoa se este for ser submetido a cirurgia em regime de ambulatório;		X	X	X	X	X	X	X
- Verifica se o consentimento cirúrgico, consentimento anestésico e consentimento para administração de componentes sanguíneos (se aplicável) está assinado e se a pessoa está totalmente esclarecida sobre estes;		X	X	X	X	X	X	X
- Solicita a colaboração de outros profissionais em caso de necessidade de esclarecimento de dúvidas sobre uma área fora de competência da profissão de enfermagem;			X	X	X	X	X	X
- Colabora na entrada da PSPO na sala operatória atempadamente;		X	X	X	X	X	X	X
- Partilha com a restante equipa multidisciplinar (enfermagem, cirurgões e anestesia) os possíveis riscos anestésico cirúrgico identificadas na PSPO;			X	X	X	X	X	X
- Colabora/prepara sob supervisão da enfermeira tutora o material necessário de acordo com a técnica anestésica;	X	X	X	X	X	X	X	X
- Colabora/prepara sob supervisão da enfermeira tutora terapêutica anestésica de acordo com a indicação do anestesista;	X	X	X	X	X	X	X	X
- Acolhe a pessoa no <i>transfer</i> , transfere-o para a sala operatória e proporciona-lhe conforto;	X	X	X	X	X	X	X	X

	<p><b><u>Indução, manutenção e reversão anestésica</u></b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitoriza a pessoa e mantém vigilância hemodinâmica e regista em local próprio, garantindo a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; Vigilância das condições da termo regulação do doente; Incidentes e acidentes com profissionais);</li> <li>- Verifica permeabilidade de cateter venoso periférico ou central;</li> <li>- Descreve à pessoa o que poderá experienciar de acordo com a técnica anestésica a ser realizada;</li> <li>- Assegura a normotermia, realizando monitorização frequente e informando o enfermeiro circulante sobre a necessidade de implementação de medidas aquecimento térmico;</li> <li>- Verifica estado de consciência e aplica BIS, quando necessário;</li> <li>- Verifica nível de relaxamento muscular prévio à cirúrgica, durante a técnica anestésica e após a reversão anestésica, recorrendo ao <i>TOF</i>, quando aplicável.</li> <li>- Colabora sob supervisão da enfermeira tutora com o médico anestesiológico na realização da técnica anestésica, na indução e manutenção da anestesia;</li> <li>- Colabora com o médico anestesiológico e cirurgião, através da administração de antibioterapia profilática quando preconizado por estes;</li> <li>- Colabora no adequado posicionamento cirúrgico, prevenindo lesões musculoesqueléticas;</li> <li>- Realiza e regista o balanço hidroeletrólítico, monitorizando quantidades de solutos aspirados e drenagem dos vários foros (gástrico, vesical, drenos);</li> <li>- Colabora com a supervisão da enfermeira tutora, na realização de registos de enfermagem (terapêutica administrada, técnica anestésica, intercorrências do procedimento anestésico, vigilância hemodinâmica), garantindo a produção de indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (Utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
				X	X	X	X	X	X	X
				X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X
					X	X	X	X	X	X
			X	X	X	X	X	X	X	X

	sem inconformidades levantadas; Vigilância das condições da termo regulação da pessoa; Incidentes e acidentes com profissionais);									
	- Colabora na transferência da pessoa da marquesa operatória para a cama da UCPA/Cuidados intensivos e acompanha-o, garantindo previamente todas as medidas de segurança e materiais necessários;		X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora com a supervisão da enfermeira tutora na transmissão da informação necessária à continuidade de cuidados, transmitindo ao enfermeiro da UCPA/Unidade de cuidados intensivos, informação pertinente decorrente do ato anestésico-cirúrgico, incluindo possíveis recomendações pós-operatórias, segundo metodologia ISBAR.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve competências para prestar cuidados de seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, na <b>UCPA</b> :	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Nº de vezes que realiza cada atividade/procedimento; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Compreende o papel do enfermeiro especialista na UCPA;			X	X	X	\X	X	X	X
	- Analisa o processo da PSPO e tem em conta as possíveis complicações adjacentes aos procedimento cirúrgico, prevenindo possíveis riscos e complicações durante o pós-operatório imediato;			X	X	X	X	X	X	X
	- Garante a presença de todos os equipamentos necessário e em funcionamento para receber a pessoa da sala operatória;		X	X	X	X	X	X	X	X
	- Recebe a pessoa na UCPA após o procedimento cirúrgico, bem como as informações necessárias à transição de cuidados seguros, seguindo metodologia ISBAR, garantindo as condições necessárias para não haver falhas na comunicação;		X	X	X	X	X	X	X	X
	- Monitoriza a pessoa e mantém vigilância hemodinâmica;		X	X	X	X	X	X	X	X
	- Desenvolve conhecimentos e estratégias de gestão da dor (farmacológicas e não farmacológicas) pós-operatória e implementa-as;		X	X	X	X				
	- Gere a dor eficazmente, recorrendo a escalas adequadas de avaliação da dor e regista as intervenções realizadas, avaliando o nível de conforto e satisfação da pessoa;			X	X	X	X	X	X	X

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Realiza registo de enfermagem adequados, produzindo dados sensíveis aos cuidados de enfermagem (sinais vitais, dor, balanço hidoeletrolítico - se aplicável, medidas de conforto implementadas, ensinamentos, alterações do estado da PSPO);</li> </ul>				X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assegura a normotermia e conforto da pessoa, implementa medidas de aquecimento se necessário, garantido a segurança das mesmas e regista as intervenções realizadas;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacita a PSPO sobre os cuidados pós-operatórios e de acordo com as necessidades identificadas, objetivando uma adequada transição do processo saúde-doença;</li> </ul>			X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Avalia as intervenções realizadas, a satisfação e conforto da PSPO;</li> </ul>			X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora na adequada transmissão de informação necessária à continuidade de cuidados, transmitindo ao enfermeiro do internamento, a informação pertinente decorrente do ato anestésico-cirúrgico, incluindo possíveis recomendações pós-operatórias, segundo a metodologia ISBAR ou em carta de alta de enfermagem, caso a pessoa tenha alta para domicílio;</li> </ul>				X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante uma adequado desinfecção da unidade da pessoa antes da sua admissão e após a alta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve conhecimentos e técnicas sobre prestação e cuidados seguros e de qualidade nas funções preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC-PSP, na área de <b>circulação</b>:</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise Índice de APGAR cirúrgico;</li> <li>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende o papel do enfermeiro especialista na circulação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifica a limpeza da sala e de todas as superfícies, garantindo a prevenção e controlo da infeção e segurança da pessoa;</li> </ul>			X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora com a enfermeira tutora na preparação e verificação do funcionamento dos equipamentos e a presença de todos os materiais necessários para a intervenção cirúrgica antes desta se iniciar;</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora na verificação da manutenção da temperatura, ventilação e humidade da sala de acordo com as normas preconizadas para as salas operatórias;</li> </ul>			X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colabora no adequado posicionamento cirúrgico, prevenindo lesões musculoesqueléticas à PSPO;</li> </ul>			X	X	X	X	X	X	X

	- Colabora na manutenção da assepsia das mesas cirúrgicas;			X	X	X	X	X	X	X	X
	- Desenvolve uma atitude antecipatória no que concerne à gestão do risco sobre a PSPO e prevenção da infeção - manutenção de técnica asséptica; adequada limpeza de espaços e equipamentos; verificação da tira de esterilização e aspeto do material submetido a esterilização;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora sob supervisão da enfermeira tutora na abertura e entrega do material estéril à enfermeira instrumentista, tendo em conta a prioridade de cada um;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora na execução do penso cirúrgico;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora com a enfermeira tutora na contabilização das compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora no acondicionamento, identificação e registo de peças cirúrgicas para anatomia patológica e/ou para microbiologia;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora na realização dos registos referentes à circulação;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Colabora na manutenção da disciplina na sala cirúrgica;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Garante a transmissão de informação necessária à continuidade de cuidados recorrendo à metodologia ISBAR.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve competências para a prestação de cuidados seguros e de qualidade nas funções preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC-PSP, na área de <b>Instrumentação</b> :	- Nº de vezes que realiza cada atividade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Compreende os princípios básicos da instrumentação cirúrgica;	- Cumpre as atividades planeadas.					X	X	X	X	
	- Observa a colocação e organização da mesa cirúrgica e instrumental cirúrgico;		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	- Desenvolve e pratica a técnica de desinfeção cirúrgica;						X	X	X	X	
<b>1.3</b>	- Colabora na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, produzindo indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (Registo da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica).	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora e equipa multidisciplinar;		X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional</b>	Compreende o papel de todos os elementos da equipa multidisciplinar e a sua importância.	- Taxa de adesão à formação;	X	X	X						

<p>Desenvolve estratégias comunicação efetivas, comunica eficazmente com o anestesista, de forma clara e em voz alta a terapêutica a administrar, visando diminuir erros terapêuticos.</p> <p>Colabora com a enfermeira tutora na articulação com a equipa multidisciplinar (cirurgião, anesthesiologista e enfermagem), previamente, sobre os materiais necessários para a intervenção cirúrgica e para a continuação de cuidados pós cirúrgicos (por exemplo a necessidade de vaga em Unidade de Cuidados Intensivos; Suspensão braquial; Soutien Pós reconstrução mamária, etc.), garantindo a segurança dos cuidados.</p> <p>Mantém postura assertiva.</p> <p>Gere o stress decorrente da experiências vivenciadas, mantendo uma postura de colaboração e respeito interdisciplinar promovendo um ambiente harmonioso.</p> <p>Evita o conflito e em caso deste, atua de forma assertiva.</p> <p>Desenvolve projeto de intervenção no serviço consoante as necessidades identificadas, realizando formação na equipa multidisciplinar.</p>	<p>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</p> <p>- Cumpre as atividades planeadas.</p>	X	X	X	X	X	X	X	X	
				X	X	X	X	X	X	X
				X	X	X	X	X	X	X
				X	X	X	X	X	X	X
						X	X	X	X	X

**Domínio de competência específica**

**2 – Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.**

**Cronograma/semana**

Unidade de competência	Atividades	Indicadores de resultado	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª
<p><b>2.1 – Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.</b></p>	<p>Desenvolve competências de especialista no âmbito da prevenção e controlo da infeção, nomeadamente no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, implementando intervenções promotoras da diminuição do risco: promove a normotermia e normoglicémia, realiza tricotomia estritamente quando necessário e assegura a profilaxia antibiótica (quando necessário) em articulação com cirurgião.</p>	<p>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</p> <p>- Taxa de complicações cirúrgicas por eventos adversos;</p> <p>- Taxa de incidentes e acidentes com profissionais;</p>	X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Colabora na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e dissemina a importância da mesma.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X

	Age de acordo com a ética e deontologia profissional, promovendo a maximização da segurança da PSPO, atuando de acordo com as boas práticas independentemente do controlo externo efetuado, agindo em congruência com a consciência cirúrgica, disseminando-a.	- Taxa de Infeção do local cirúrgico; - <b>Resultados das auditorias que evidenciem:</b>	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante a adequada desinfecção da sala operatória, supervisionando todo o processo e maximizando a segurança da pessoa;	Taxa de conformidade às práticas de higienização das salas operatórias;		X	X	X	X	X	X	X
	Comunica eficazmente com o anestesista, de forma clara e em voz alta sobre os procedimentos anestésicos a realizar e terapêutica a administrar, visando diminuir erros decorrentes do processo anestésico.	- Nº de vezes que realiza cada atividade; - Cumpre as atividades planeadas.		X	X	X	X	X	X	X
	Dissemina a importância e incentiva a utilização de equipamentos facilitadores para a transferência da pessoa em segurança, prevenindo lesões à PSPO e aos profissionais de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora no posicionamento cirúrgico garantindo a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso das funções fisiológicas.			X	X	X	X	X	X	X
	Incentiva e alerta a equipa para a adequada manipulação e armazenamento de agentes químicos perigosos e os riscos decorrentes da inadequada manipulação do mesmo (exemplo: formaldeído).		X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove o cumprimento das dotações seguras de enfermagem na sala operatória e UCPA.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove um ambiente seguro na sala operatória, adequando a disposição dos vários equipamentos e das suas extensões (não deixar fios levantados/esticados), mantendo o ambiente organizado prevenindo lesões nos profissionais de saúde e facilitando o procedimento cirúrgico.			X	X	X	X	X	X	X
<b>2.2 Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios</b>	Desenvolve uma atitude antecipatória no que concerne à gestão do risco sobre a PSPO e prevenção da infeção - manutenção de técnica asséptica; adequada limpeza de espaços e equipamentos; verificação da tira de esterilização e aspeto do material submetido a esterilização;	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Taxa de infeção do local cirúrgico;	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementa estratégias preventivas confirmado antecedentes pessoais da PSPO e restantes informações pertinentes, verificando todos os materiais e equipamentos necessários para o procedimento cirúrgico-anestésico, assegurando as condições de segurança	- Taxa de complicações cirúrgicas por eventos adversos;		X	X	X	X	X	X	X

	Supervisiona e promove o cumprimento das medidas de higienização das mãos, higienização ambiental e manutenção da segurança e qualidade dos cuidados.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taxa de Incidentes e acidentes com profissionais;</li> <li>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</li> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> </ul>			X	X	X	X	X	X
	Promove a adequada utilização de PBCI através da realização de ação de formação sobre: implementação de técnicas de descontaminação da sala operatória e equipamentos médicos, e ainda, sobre medidas de contenção e prevenção decorrentes do contacto com PSPO com infeção documentada (Plano de intervenção no serviço).				X	X	X	X	X	X
	Promove a utilização de barreiras protetoras após a preparação pré-cirúrgica das mãos.			X	X	X	X	X	X	X
	Facilita e colabora na manutenção da técnica assética cirúrgica, mantendo-se atenta a possíveis de contaminações do campo, material ou vestuário cirúrgico.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Verifica a integridade e funcionamento dos equipamentos a utilizar no procedimento cirúrgico, bem como a adequada esterilização dos materiais necessários (verificação da tira indicadora de esterilização, integridade da manga, integridade do material).			X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve e implementa intervenções de enfermagem que visem a manutenção da normotermia durante o período perioperatório (mantas de aquecimento, lençóis aquecidos, camisa aquecida).		X	X	X	X	X	X	X	X
<b>2.3 Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.</b>	Compreende o adequado funcionamento e utilização dos dispositivos médicos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</li> <li>- Taxa de complicações cirúrgicas por eventos adversos;</li> <li>- Taxa de Incidentes e acidentes com profissionais;</li> <li>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</li> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	
	Colabora com a enfermeira tutora na verificação da presença dos instrumentos cirúrgicos na caixa esterilizada esta de acordo com a listagem e garante a adequado acondicionamento após cirurgia.			X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a enfermeira tutora na contabilização dos itens quantificáveis (compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico).			X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a enfermeira tutora no registo de dispositivos médicos implantáveis no processo da PSPO, garantindo a sua rastreabilidade			X	X	X	X	X	X	X
	Realiza adequado acondicionamento e identificação de peças anatómicas e envio para patologia clínica, verificando com o medico assistente o nome da peça e a sua requisição.			X	X	X	X	X	X	X

	Promove e realiza uma correta triagem de resíduos e desperdício de fluidos e tecidos orgânicos.		X	X	X	X	X	X	X	X
--	---	--	---	---	---	---	---	---	---	---

## APÊNDICE V - PLANO DE ATIVIDADES SEGUNDO ESTÁGIO

**Competências comuns do enfermeiro especialista de acordo com Regulamento n.º 140/2019.**

Domínio de competência										
A – Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal										
Descrição do domínio										
A1 – Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.										
A2 - Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.										
										Cronograma/quinzena
		Set	Out		Nov		Dez		Jan	
Unidade de competência	Atividades	16 - 30	1 - 15	16 - 31	1 - 15	15 - 30	1 - 15	16 - 22	3 - 15	16 - 31
A1.1 Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas	Cumprir os horários praticados no serviço, sendo pontual e assídua.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Incentivar a prática de enfermagem no bloco operatório de acordo com a deontologia profissional.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Participar e fundamentar a tomada de decisão sobre a PSPO em equipa, tendo em conta a mais recente evidência científica e a deontologia profissional.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Planejar soluções que vão ao encontro das necessidades da PSPO, em parceria com esta.		X	X	X	X	X	X	X	X
A1.2 – Liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade	Participar e fundamentar a tomada de decisão sobre a PSPO em equipa, promovendo momentos de reflexão.		X	X	X	X	X	X	X	X
A1.3 – Avaliar o processo e os	Assumir responsabilidade sobre as suas decisões e refletir sobre os resultados obtidos das mesmas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X

<b>resultados da tomada de decisão.</b>	Justifica a sua tomada de decisão com base na evidência científica.	- Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>A2.1 – Promove a proteção dos direitos humanos.</b>	Garante e fomenta a proteção dos direitos humanos da PSPO, atuando de acordo com a ética e deontologia profissional, respeitando a pessoa como um ser holístico com crenças e costumes e ainda, fomentando a segurança cirúrgica.	- Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove e garante o respeito pela dignidade, intimidade, privacidade, sigilo e confidencialidade da PSPO, bem como da informação a que tem acesso.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante a verificação do consentimento informado e a realização dos procedimentos a estes adjacentes, promovendo a proteção da autonomia e decisão da PSPO e que esta se encontra devidamente esclarecida.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>A2.2 – Gere, na equipa, práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</b>	Compreende a dinâmica/funcionamento do serviço e conhece a equipa multidisciplinar.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Conhece e compreende o percurso da PSPO em contexto de cirurgia de urgência e programada.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Conhece e compreende o regulamento do BO e os protocolos de atuação do serviço e atua de acordo com estes.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante a privacidade e confidencialidade da PSPO, bem como da informação a que tem acesso.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Identifica práticas de risco e partilha com a enfermeira tutora por forma a planear ações de sensibilização que visem mudar para PBE.			X	X	X	X	X	X			
	Realiza ações de sensibilização/formação na equipa multidisciplinar como método de interiorização de novos conhecimentos e adoção de práticas seguras.				X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a equipa cirúrgica na validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica			X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, no planeamento de cuidados para o ato cirúrgico-anestésico em contexto de cirurgia de urgência e se está munido de todas informações clínicas (Antecedentes pessoais; Alergias; jejum; consentimento informado; consentimento de		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	anestesia; pedido de tipagem; etc), equipamentos/materiais necessários e verifica as condições de segurança.																		
<b>Domínio de competência</b>																			
<b>B - Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</b>																			
<b>Descrição do domínio</b>																			
- B1 - Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.																			
- B2 - Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.																			
- B3 - Garante um ambiente terapêutico e seguro.																			
<b>Cronograma/quinzena</b>																			
											Set	Out		Nov		Dez		Jan	
<b>Unidade de competência</b>	<b>de</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	16	1	16	1	15	1	16	3	16							
				-	-	-	-	-	-	-	-	-							
				30	15	31	15	30	15	22	15	31							
<b>B1.1 – Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo melhoria contínua da qualidade.</b>	<b>a</b>	<b>da</b>	Implementa e desenvolve práticas de enfermagem com base na evidência científica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X							
			Tem conhecimento e sabe onde encontrar os protocolos/instruções de trabalho do serviço, consulta-os, por forma a interiorizar rotinas e métodos de trabalho, tendo em conta a PBE.	X	X														
			Identifica necessidades da equipa tendo em conta as praticas diárias observadas, <i>brainstorming</i> com a equipa e a evidencia científica disponível.	X	X	X	X												
			Promove na equipa a importância da investigação na prestação de cuidados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X						
			Desenvolve formação no serviço de BO face às necessidades identificadas.			X	X	X	X	X	X	X							
			Realiza formação no serviço de internamento de cirurgia sobre PBCI.				X	X											
<b>B2.1 – Avalia a qualidade das práticas clínicas</b>		Colabora na realização de auditorias ao cumprimento do feixe de intervenções - prevenção e controlo da ILC (se possível), recorrendo a instrumento próprio, com o elo PPCIRA.					X	X	X	X	X	X							

	Colabora na realização de auditorias às medidas de prevenção de hipotermia perioperatória, através de instrumento próprio, com a enfermeira tutora e partilha os resultados com a equipa.	- <b>Atividade formativa desenvolvida:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas; Taxa de adesão às formações.			X	X	X	X	X	X	X	
	Implementa instrumento de auditoria construído sobre as práticas de higienização e descontaminação da sala operatória (se possível);	- <b>Resultados das auditorias que evidenciem:</b> Taxa de conformidade ao feixe de intervenções - prevenção da ILC; Taxa de conformidade às medidas de prevenção de hipotermia perioperatória.					X	X	X	X		
	Avalia a formação realizada e a satisfação dos formandos perante as sessões de formação concretizadas através da implementação de questionário disponibilizado pela instituição (se possível);						X	X	X	X		
<b>B2.2 – Planeia programas de melhoria contínua</b>	Disponibiliza e fomenta a implementação do instrumento de auditoria construído sobre as práticas de higienização e descontaminação da sala operatória.	Cumprir as atividades planeadas.				X	X	X				
	Planeia estratégias de partilha dos resultados obtidos nas auditorias às medidas de higienização da sala operatória.	- <b>Atividade formativa:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas; Taxa de adesão às formações;				X	X	X				
	Partilha os resultados das auditorias por forma a dar feedback sobre as práticas observadas e promover momentos de discussão para alterações futuras.	- <b>Resultados das auditorias que evidenciem:</b> Taxa de conformidade no feixe de intervenções - prevenção da ILC; Taxa de conformidade às práticas de							X	X	X	

		higienização da sala operatória.											
<b>B3.1 – Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</b>	Realiza acolhimento à pessoa e família/pessoa significativa, colheita de dados e identifica as suas necessidades, permitindo assim um adequado planeamento e empoderamento destes para a experiência cirúrgica, estabelecendo relação de ajuda, gerindo a ansiedade e o medo e implementando estratégias promotoras da saúde no pré e pós-operatório, desenvolvendo competências sociais, técnicas e humanas especializadas.	- Resultado da análise dos registos de enfermagem; - <i>Feedback</i> da enfermeira tutora.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Identifica as necessidades da PSPO e família /pessoa significativa físicas, psicossociais, culturais e espirituais e regista em local próprio		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove e sensibiliza a equipa pelo respeito e identidade cultural bem como das necessidades espirituais da PSPO, garantindo a sua segurança e respeito.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante um adequado posicionamento cirúrgico durante todo o procedimento.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Incentiva a utilização de equipamentos facilitadores para a transferência da pessoa em segurança e prevenindo lesões à PSPO e aos profissionais de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Utiliza o Sistema de Informação em Saúde implementado no serviço, de forma conscienciosa e adequada, realizando registos de enfermagem adequados.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Rotula todos os fármacos a administrar com nome e dosagem, prevenindo erros terapêuticos.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante o desperdício adequado de todos os fármacos não utilizados após o fim da cirurgia.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a identificação clara dos papéis de cada elemento da equipa, apresentando-se e utilizando identificação visível.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>B3.2 – Participa na gestão do risco ao nível institucional</b>	Colabora com a enfermeira tutora no planeamento do trabalho de equipa, minimizando o risco de erro.	- <i>Feedback</i> da enfermeira tutora e equipa multidisciplinar;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Desenvolve uma adequada gestão de cuidados otimizando a equipa de enfermagem e multidisciplinar.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	

e/ou de unidades funcionais.	Promove e colabora no uso de listas de verificação e instruções de trabalho como Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e listas de verificação diárias de ventiladores e dissemina a importância das mesmas.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a manutenção e dissemina a importância de medidas que vão ao encontro do objetivo 12 dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) - “Garantir padrões de consumo e de produção sustentáveis” e o ODS 6 - “Garantir a Sustentabilidade e a Gestão da Água Potável e do Saneamento para todos”, como: correta triagem de resíduos (material infetado e não infetado), reciclagem e desperdício de resíduos de grupo III e IV; através do uso de materiais de uso único apenas necessário, evitando o desperdício e aumento do resíduos hospitalares desnecessários.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve competências de especialista no âmbito da Prevenção e Controlo da Infecção (PCI), nomeadamente no âmbito da prevenção da infeção do local cirúrgico, implementando intervenções promotoras da diminuição do risco: promover a normotermia e normoglicémia e a sua monitorização contínua; realizar tricotomia estritamente quando necessário; assegurar a profilaxia antibiótica (quando necessário) e no <i>timing</i> adequado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a adequada assepsia na sala operatória.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Supervisiona a adequada limpeza da sala operatória, prevenindo focos de infeção.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove condições organizacionais, físicas e humanas adequadas à segurança do ambiente perioperatório (ex: dotações seguras, transferência de dados segundo metodologia ISBAR, notificação de eventos de risco).		X	X	X	X	X	X	X	X
	Sensibiliza a equipa multidisciplinar para as mais recentes PBE (guidelines - feixe de intervenções) para a prevenção e controlo da ILC.		X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência</b>										
<b>C - Domínio da gestão dos cuidados</b>										
<b>Descrição do domínio</b>										
C1 – Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde.										
C2 – Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.										

		Cronograma/Quinzena									
		Set	Out		Nov		Dez		Jan		
Unidade de competência	Atividades	16 - 30	1 - 30	16 - 31	1 - 15	15 - 30	1 - 15	16 - 22	3 - 15	16 - 31	
C1.1 – Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.	Esclarece dúvidas à PSPO e família/pessoa significativa.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Planeia e implementa intervenções na equipa (ex: formações/treino/reuniões), conforme as necessidades identificadas, tendo em conta a mais recente evidencia científica, consciencializando a mesma para a importância da PBE, por forma a otimizar a tomada de decisão.				X	X	X	X	X	X	
	Solicita a colaboração dos profissionais da equipa multidisciplinar, para esclarecimento de dúvidas fora da sua área de competência.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
C1.2 – Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade.	Explicita de forma clara e objetiva a tarefa a delegar e verifica a sua efetividade, assumindo responsabilidade sobre a adequada execução da mesma.		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Supervisiona e avalia a adequada higienização da sala operatória e restantes equipamentos, garantindo a segurança da PSPO e evitando focos de infeção, antes do início de cada procedimento cirúrgico.		X	X	X	X	X	X	X	X	
C2.1 – Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.	Compreende o papel do enfermeiro gestor na gestão da equipa multidisciplinar, agendamento cirúrgico e gestão de conflitos.		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Promove condições organizacionais, físicas e humanas adequadas à segurança do ambiente perioperatório (Ex: dotações seguras) e dissemina a sua importância.		X	X	X	X	X	X	X	X	
	Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, no planeamento de cuidados para o ato cirúrgico-anestésico em contexto de cirurgia de urgência/programada e verifica se está munido de todas as informações clínicas necessárias (Antecedentes pessoais; Alergias; jejum; consentimento informado; consentimento de anestesia; pedido de		X	X	X	X	X	X	X	X	

	tipagem; etc), equipamentos/materiais necessários e verifica as condições de segurança.												
<b>C2.2 – Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando -o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos.</b>	Reconhece e compreende as funções dos enfermeiros de perioperatório (anestesista, circulação, instrumentista e na unidade de cuidados pós-anestésicos) e equipa multidisciplinar.	- Satisfação profissional; - Cumpre as atividades planeadas;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove práticas seguras e facilitadoras à prestação de cuidados perioperatórios entre a equipa multidisciplinar (Ex: dotações seguras, validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica segura; utilização de listas de verificação de equipamentos).				X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência</b>													
<b>D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b>													
<b>Descrição do domínio</b>													
<b>D1 – Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.</b>													
<b>D2 - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.</b>													
<b>Cronograma/Quinzena</b>													
			Set	Out		Nov		Dez		Jan			
<b>Unidade de competência</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>	16 -	1 -	16 -	1 -	15 -	1 -	16 -	3 -	16 -		
			30	30	31	15	30	15	22	15	31		
<b>D1.1 – Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</b>	Reconhece as suas limitações enquanto enfermeira e pessoa.	- Registo de assiduidade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aprofunda conhecimentos sobre a prática de enfermagem especializada no perioperatório recorrendo à evidência científica mais recente.	- Reflexão da mestrandia;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Assegura pontualidade e assiduidade.	- Feedback enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve pensamento crítico e reflexivo sobre a prática desenvolvida ao longo do estágio.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Aceita a crítica e adequa as suas práticas, quando necessário.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

D1.2 – Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.	Mantém a calma e foco nos cuidados à PSPO em situação de urgência.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora e restante equipa multidisciplinar; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Mantém postura assertiva no dia a dia.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Evita o conflito e em caso deste, atua de forma assertiva.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Emprega escuta ativa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Gere emoções face às situações vivenciadas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Estabelece relação de respeito para com toda a equipa multidisciplinar e coopera com a mesma em função do bem-estar da PSPO.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Compreende os diferentes elementos da equipa e integrando-se na mesma de forma funcional.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
D2.1 – Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.	Identifica lacunas do conhecimento na equipa multidisciplinar (necessidades formativas) e oportunidades de melhoria dos cuidados no serviço de BO e valida com a enfermeira tutora.	- Apresenta informação com base na mais recente evidência científica nas formações realizadas; - Cumpre as atividades planeadas; - Nº de vezes que realiza cada atividade; - <b>Atividade formativa:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas; Taxa de adesão às formações.	X	X	X	X	X						
	Diagnostica necessidades formativas da equipa multidisciplinar do BO e valida com enfermeira tutora.			X	X	X	X	X					
	Realiza investigação sobre as temáticas com necessidade formativa na equipa multidisciplinar do BO, tendo em conta a mais recente evidência científica e planeia estratégias formativas e planeia estratégias formativas, bem como a sua avaliação.			X	X	X	X	X					
	Identifica necessidades de formação relativamente às medidas de PCI no serviço de internamento de cirurgia, recorrendo à enfermeira gestora do serviço, visando a melhoria da qualidade dos cuidados prestados à PSPO, a diminuição da taxa de ILC e restantes IACS.		X										
	Realiza formação no serviço de bloco operatório e no serviço de internamento de cirurgia geral, decorrente das necessidades identificadas, atuando como formadora no contexto da prática.						X	X	X	X	X		
	Identifica fatores que influenciam a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo de infeção do local cirúrgico no perioperatório, através da realização de uma <i>Scoping Review</i> .		X	X	X	X	X	X	X	X	X		
	Implementa estratégias dinamizadoras de incorporação de conhecimentos decorrentes dos resultados obtidos com a realização do artigo de <i>Scoping Review</i> .						X	X	X	X	X		

	Implementa estratégias dinamizadoras à integração de conhecimentos e habilidades, tendo em conta as necessidades identificadas (Ex: Formação, treino, ...)					X	X	X	X	X		
	Avalia a efetividade das estratégias implementadas (Ex: avaliação da satisfação perante as formações, taxa de adesão à formação/treino, alteração de comportamento, avaliação de taxa de infeção, ...)					X	X	X	X	X	X	
	Atua como formador em contexto da prática, com base na melhor evidência disponível.			X	X	X	X	X	X	X		
<b>D2.2 – Suporta a prática clínica em evidência científica</b>	Desenvolve <i>Scoping Review</i> sobre “Medidas de prevenção e controlo de infeção do local cirúrgico no perioperatório - Adesão dos profissionais de saúde”	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publicação do protocolo de <i>Scoping Review</i>;</li> <li>- Apresenta informação baseada na mais recente evidência científica nas formações realizadas.</li> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> <li>- Apresenta relatório de estágio de acordo com os itens de avaliação, no tempo preconizado.</li> <li>- <b>Atividade formativa:</b> Taxa de cumprimento de formações realizadas;</li> <li>Taxa de adesão às formações.</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Publica protocolo <i>Scoping review</i> .											X
	Implementa estratégias dinamizadoras de incorporação de conhecimentos decorrentes dos resultados obtidos com a realização do artigo de <i>Scoping Review</i> ,							X	X	X	X	X
	Atua como dinamizador e gestor da agregação de novos conhecimentos no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde da população e a prática especializada.				X	X	X	X	X	X	X	
	Realiza sessão de formação no internamento de cirurgia sobre PBCI visando a consciencialização sobre as mesmas e sobre o impacto da não adesão, por forma a aumentar a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde.				X	X	X					
	Realiza formação/treino no serviço de BO, decorrente das necessidades identificadas.						X	X	X	X	X	X
	Avalia as estratégias formativas implementadas, através da implementação do questionário de satisfação disponível. (se possível)							X	X	X	X	
	Partilha o feedback decorrente das formações realizadas, bem como a taxa de adesão às mesmas.						X	X	X	X	X	X
	Elabora relatório de estágio baseando-se na mais recente evidencia científica.			X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>D2.3 – Promove a formulação e</b>	Demonstra atitude proativa, rentabilizando as oportunidades de aprendizagem ao longo de estágio.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho	Planeia o seu processo de desenvolvimento no estágio espelhado no plano de atividades.	- Cumpre as atividades planeadas; - N° de formações e congressos frequentes que (se possível).	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve pesquisa avançada em fontes fidedignas por forma a adquirir mais conhecimentos e implementar PBE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Partilha e reflete em equipa sobre PBE.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Frequenta formações e congressos relevantes ao seu processo de aprendizagem.		X	X	X	X	X	X	X	X	X

### Competências específicas do enfermeiro especialista em EMC-PSP de acordo com Regulamento n.º 429/2018.

Domínio de competência											
1 – Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa.											
Cronograma/Quinzena											
		Set		Out		Nov		Dez		Jan	
Unidade de competência	Atividades	16	1	16	1	15	1	16	3	16	
		-	-	-	-	-	-	-	-	-	
		30	30	31	15	30	15	22	15	31	
1.1 – Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica.	Desenvolve a prática de cuidados de enfermagem especializados baseados na evidência científica, seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro de perioperatório, envolvendo a PSPO e família/pessoa significativa, capacitando-os para a experiência cirúrgica.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Identifica as necessidades físicas, culturais, religiosas e psicossociais da PSPO e família/pessoa significativa, preferencialmente no acolhimento, bem como os riscos inerentes ao procedimento cirúrgico-anestésico a que esta vai ser submetida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Desenvolve plano de cuidados individualizado tendo em conta as necessidades identificadas na pessoa e família/pessoa significativa, visando o <i>empowerment</i> ,	X	X	X	X	X	X	X	X	X	

	<p>promovendo o autocuidado e a qualidade da vida, bem como a adequada adaptação aos processos de transição saúde/doença.</p>									
	<p>Desenvolve a sua prática tendo em conta os princípios de segurança dos cuidados.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Desenvolve escuta ativa, relação terapêutica e de confiança com a PSPO.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Planeia e implementa medidas personalizadas não farmacológicas redutoras de ansiedade/medo, personalizadas a cada pessoa (empatia, toque e palavras de motivação/encorajamento).</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Promove o acompanhamento da PSPO em situação de vulnerabilidade e de acordo com a legislação em vigor.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Capacita a pessoa e família/pessoa significativa para a experiência cirúrgica e possíveis alterações da autoimagem da mesma, por forma a melhorar a qualidade de vida e o bem-estar, implementando estratégias que contribuam para o processo de transição saúde-doença e que permitam ajustar as expectativas da pessoa face ao procedimento cirúrgico.</p>			X	X	X	X	X	X	X
	<p>Ensina a PSPO e família/pessoa significativa sobre os cuidados no pré e pós-operatório, instruindo-os para a experiência cirúrgica e estabelecendo uma relação de confiança que maximize o bem-estar e qualidade de vida da PSPO.</p>			X	X	X	X	X	X	X
	<p>Assegura que a pessoa está esclarecida sobre o procedimento cirúrgico-anestésico a que vai ser submetida, verificando que ainda a assinatura do consentimento informado, consentimento de sangue e consentimento anestésico, esclarecendo as dúvidas que surjam ou solicitando a colaboração de outros profissionais em caso de necessidade.</p>		X	X	X	X	X	X	X	X

1.2 – Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória	Desenvolve estratégias de gestão de risco e garantia da qualidade dos cuidados prestados à PSPO, prevenindo complicações, refletindo sobre as práticas, respeitando a pessoa e promovendo a consciência cirúrgica em toda a equipa.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante que o procedimento cirúrgico a que a PSPO vai ser submetida é o mesmo que foi proposto e assinado no consentimento informado.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Garante a prestação de cuidados seguros à PSPO, tendo em conta as necessidades e possíveis riscos identificados previamente na pessoa face ao procedimento cirúrgico a que vai ser submetida, evitando e prevenindo complicações cirúrgico-anestésicas, perante o estado de vulnerabilidade (decorrente do ato cirúrgico) até que este seja capaz de o fazer autonomamente.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora na validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e dissemina a importância da mesma na equipa.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Realiza registos de enfermagem que produzam indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem no perioperatório (Registos da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; Vigilância das condições da termoregulação do doente; Índice do Apgar Cirúrgico; Utiliza protocolo de prevenção da infeção).		X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora no posicionamento cirúrgico garantindo a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso das funções fisiológicas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve estratégias que facilitem a comunicação com a PSPO devido a barreiras linguísticas ou com alterações comunicativas decorrentes do processo cirúrgico-anestésico que foi submetida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Implementa estratégias que facilitem a comunicação com a PSPO devido a barreiras linguísticas ou com alterações comunicativas decorrentes do processo cirúrgico-anestésico que foi submetida.	X	X	X	X	X	X	X	X	X

- Nº de vezes que realiza cada atividade;  
- *Feedback* enfermeira tutora;  
- Produz indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem (descritos na atividade);  
- Cumpre as atividades planeadas;

	Atua de forma preventiva, antecipando possíveis complicações decorrentes do procedimento cirúrgico-anestésico, tendo em conta os fatores internos inerentes à PSPO.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Compreende e desenvolve competências sobre papel do enfermeiro perioperatório nas diferentes áreas: anestesia, circulação e instrumentação.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Avalia o risco inerente à situação clínica e aos procedimentos a que a pessoa vai ser submetida perioperatório, intervindo adequadamente sobre os riscos identificados;			X	X	X	X	X	X	X	X
	Rentabiliza as oportunidades e realiza pesquisa avançada, por forma a consolidar conhecimentos sobre intervenções cirúrgicas em que participa nas diferentes vertentes cirúrgicas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a equipa de enfermagem e cirúrgica, no planeamento de cuidados para o ato cirúrgico-anestésico em contexto de cirurgia de urgência e se está munido de todas informações clínicas (Antecedentes pessoais; Alergias; jejum; consentimento informado; consentimento de anestesia; pedido de tipagem; etc), equipamentos/materiais necessários e verifica as condições de segurança.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Consolidar competências para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, na área de <b>Anestesia</b> , em cirurgia programada e de urgência, na especialidade de cirurgia geral, oftalmologia, ginecologia e urologia:	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;</li> <li>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</li> <li>- Cumpre as atividades planeadas.</li> </ul>	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compreende o papel do enfermeiro especialista na função de anestesia e desenvolve uma atitude antecipatória e gestora de riscos (ex: validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica; verificação dos equipamentos de apoio à anestesia - BIS; TOFScan, Ventilador);</li> </ul>		X	X	X	X	X	X	X	X	X

	<p>- Aprofunda conhecimentos sobre as diferentes técnicas anestésicas e riscos decorrentes das mesmas.</p>		X	X	X	X	X	X			
	<p>- Conhece antecipadamente a cirurgia a que a pessoa vai ser submetida, as suas necessidades, a técnica anestésica e tempo cirúrgico, identificando possíveis riscos ou complicações que possam ocorrer durante o perioperatório, planeando intervenções que visem a prevenção dos mesmos;</p>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>- Assegura a normotermia e conforto da pessoa, implementa medidas de aquecimento se necessário, garantido a segurança das mesmas e regista as intervenções realizadas;</p>		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>- Colabora com o anestesista durante as várias fases da anestesia (indução, manutenção e reversão anestésica), garantindo a segurança da pessoa e implementando todas as medidas inerentes a estas, sob supervisão da enfermeira tutora.</p>			X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>- Colabora, com a supervisão da enfermeira tutora, na transmissão da informação necessária à continuidade de cuidados, transmitindo ao enfermeiro da UCPA/Unidade de cuidados intensivos, informação pertinente decorrente do ato anestésico-cirúrgico, incluindo possíveis recomendações pós-operatórias, segundo metodologia ISBAR.</p>			X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>Consolida e desenvolve conhecimentos e técnicas sobre prestação e cuidados seguros e de qualidade nas funções preconizadas para o enfermeiro especialista em EMC-PSP, na área de <b>circulação</b>, em cirurgia programada e de urgência, na especialidade de cirurgia geral, oftalmologia, ginecologia e urologia:</p>	<p>- <i>Feedback</i> enfermeira tutora;  - Nº de vezes que realiza cada atividade;  - Cumpre as atividades planeadas.</p>	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	<p>- Desenvolve uma atitude antecipatória no que concerne à gestão do risco sobre a PSPO e na prevenção da infeção - manutenção de técnica asséptica; adequada limpeza de espaços e equipamentos; verificação da tira de esterilização e aspeto do material submetido a</p>		X	X	X	X	X	X	X	X	X

<p>esterilização; Manutenção da disciplina na sala operatória;</p> <p>- Supervisiona e verifica a limpeza da sala e de todas as superfícies, garantindo a PCI e a segurança da pessoa;</p> <p>- Colabora na verificação da manutenção da temperatura, ventilação e humidade da sala de acordo com as normas preconizadas para as salas operatórias;</p> <p>- Colabora no adequado posicionamento cirúrgico, prevenindo lesões musculoesqueléticas à PSPO;</p> <p>- Colabora na manutenção da assepsia das mesas cirúrgicas;</p> <p>- Colabora sob supervisão da enfermeira tutora na abertura e entrega do material estéril à enfermeira instrumentista, tendo em conta a prioridade de cada um;</p> <p>- Colabora na execução do penso cirúrgico;</p> <p>- Colabora com a enfermeira tutora na contabilização das compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico;</p> <p>- Colabora na realização dos registos referentes à circulação e registo/identificação de peças anatómicas;</p> <p>- Garante a transmissão de informação necessária à continuidade de cuidados recorrendo à metodologia ISBAR.</p>												
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<p>Consolidar competências para a prestação de cuidados seguros e de qualidade, desempenhando as funções preconizadas para o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória, na área de <b>Instrumentação</b>:</p> <p>- Conhecer antecipadamente o plano cirúrgico e preparar o material necessário para a mesma, em conjunto com o circulante;</p> <p>- Compreende os princípios básicos da instrumentação cirúrgica (conhecer os instrumentos cirúrgicos e a sua</p>	<p>- Nº de vezes que realiza cada atividade;</p> <p>- Cumpre as atividades planeadas.</p>				X	X	X	X				
					X	X	X	X				
					X	X	X	X				

	<p>utilidade; diferentes fases do procedimentos cirúrgico e possíveis complicações; organização da mesa operatória; antecipação das necessidades cirúrgicas; manutenção dos instrumentos cirúrgicos);</p> <p>- Observa e colabora na colocação e organização da mesa cirúrgica e instrumental cirúrgico;</p> <p>- Compreende a dinâmica da sala, os riscos inerentes e previne-os;</p> <p>- Mantém vigilância e promove a manutenção da assepsia na sala;</p> <p>- Colabora com a enfermeira tutora na contabilização das compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico, e no seu adequado desperdício;</p> <p>- Desenvolve e pratica a técnica de desinfeção cirúrgica;</p>																			
<b>1.3 – Desenvolve a sua intervenção numa perspectiva interprofissional</b>	Colabora na validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, produzindo indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (Registo da utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica).	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora e equipa multidisciplinar;		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Compreende o papel de todos os elementos da equipa multidisciplinar e a sua importância.	- Taxa de adesão à formação;	X	X	X	X														
	Desenvolve estratégias de comunicação efetivas e comunica com equipa multidisciplinar, de forma clara e em voz alta, sobre os procedimentos anestésicos a realizar e terapêutica a administrar, visando diminuir erros decorrentes do processo anestésico, momentos /passos cirúrgicos, materiais e/ou equipamentos necessários, etc.	- Nº de vezes que realiza cada atividade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a enfermeira tutora na articulação com a equipa multidisciplinar (cirurgião, anestesista e enfermagem), previamente, sobre os materiais necessários para a intervenção cirúrgica e para a continuação de cuidados pós cirúrgicos (por exemplo a necessidade de vaga em Unidade de Cuidados Intensivos; Suspensão braquial; Soutien Pós reconstrução mamária, etc.), garantindo a segurança dos cuidados.	- Cumpre as atividades planeadas.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Mantém postura assertiva, evitando o conflito e em caso do mesmo, mantendo a mesma postura.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Gere o stress decorrente das experiências vivenciadas, mantendo uma postura de colaboração e respeito interdisciplinar promovendo um ambiente harmonioso.		X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve e implementa estratégias promotoras de conhecimento para o serviço de BO (formações, treino, elaboração de poster, etc) consoante as necessidades identificadas na equipa multidisciplinar.					X	X	X	X	X	X
<b>Domínio de competência específica</b>											
<b>2 – Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.</b>											
<b>Cronograma/Quinzena</b>											
			Set	Out	Nov	Dez	Jan				
			16	1	16	1	15	1	16	3	16
			-	-	-	-	-	-	-	-	-
			30	30	31	15	30	15	22	15	31
<b>Unidade de competência</b>	<b>Atividades</b>	<b>Indicadores de resultado</b>									
<b>2.1 – Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.</b>	Desenvolve competências de especialista no âmbito da prevenção e controlo das IACS e especificamente na ILC, implementando intervenções promotoras da diminuição do risco de acordo com as <i>guidelines</i> : promove a normotermia e normoglicémia, realiza tricotomia estritamente quando necessário e assegura a profilaxia antibiótica (quando necessário) em articulação com cirurgião e anestesista.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Nº de vezes que realiza cada atividade; - Cumpre as atividades planeadas.		X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora na validação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e dissemina a importância da mesma.	- <b>Resultados das auditorias que evidenciem:</b>		X	X	X	X	X	X	X	X
	Age de acordo com a ética e deontologia profissional, promovendo a maximização da segurança da PSPO, atuando de acordo com as boas práticas, independentemente do controlo externo efetuado e agindo em congruência com a consciência cirúrgica, disseminando-a.	Taxa de conformidades às medidas de higienização da sala operatória e descontaminação de equipamentos.	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Garante a adequada desinfecção da sala operatória, supervisionando todo o processo e maximizando a segurança do doente;			X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Comunica eficazmente com equipa multidisciplinar, de forma clara e em voz alta, sobre os procedimentos anestésicos a realizar e terapêutica a administrar, visando diminuir erros decorrentes do processo anestésico, momentos /passos cirúrgicos, materiais e/ou equipamentos necessários, etc.			X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Dissemina a importância e incentiva a utilização de equipamentos facilitadores para a transferência da pessoa em segurança, prevenindo lesões à PSPO e aos profissionais de saúde.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora no posicionamento cirúrgico garantindo a melhor exposição cirúrgica e o menor compromisso das funções fisiologias, promovendo o conforto da pessoa.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Incentiva e alerta a equipa para a adequada manipulação e armazenamento de agentes químicos perigosos e os riscos decorrentes da inadequada manipulação do mesmo (exemplo: formaldeído).		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove o cumprimento das dotações seguras de enfermagem na sala operatória e UCPA.		X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove um ambiente seguro na sala operatória, adequando a disposição dos vários equipamentos e das suas extensões (não deixar fios levantados/esticados), mantendo o ambiente organizado, prevenindo lesões nos profissionais de saúde e facilitando o procedimento cirúrgico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>2.2 Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios</b>	Desenvolve uma atitude antecipatória no que concerne à gestão do risco sobre a PSPO e prevenção da infeção através da implementação de medidas preventivas: confirmação de antecedentes pessoais e restantes informações obrigatórias; verificação da disponibilidade e funcionalidade de todos os materiais e equipamentos	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Nº de vezes que realiza cada atividade;	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	necessários; verificação da adequada esterilização dos materiais; manutenção de técnica asséptica; adequada limpeza de espaços e equipamentos; etc.	- Cumpre as atividades planeadas.													
	Realiza turno no serviço de esterilização, por forma a reconhecer e aprofundar conhecimentos sobre os diferentes métodos e processos.					X									
	Supervisiona e promove o cumprimento das medidas de higienização das mãos, utilização da indumentária cirúrgica, higienização ambiental e manutenção da segurança e qualidade dos cuidados, em colaboração com a enfermeira orientadora.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove a adequada utilização de PBCI através da realização de ação de formação no bloco operatório sobre: PBCI e medidas de higienização sala operatória e equipamentos clínicos, nomeadamente, em situação de contacto com PSPO com infeção documentada.				X	X	X								
	Promove a utilização de barreiras protetoras após a preparação pré-cirúrgica das mãos.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Facilita e colabora na manutenção da técnica asséptica cirúrgica, mantendo-se atenta a possíveis de contaminações do campo, material ou vestuário cirúrgico.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove e atua como agente facilitador à implementação do feixe de intervenções - prevenção da ILC, no bloco operatório.				X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
	Desenvolve e implementa intervenções de enfermagem que visem a manutenção da normotermia durante o período perioperatório (mantas de aquecimento, lençóis aquecidos, camisa aquecida).			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
<b>2.3 Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.</b>	Compreende o adequado funcionamento e utilização dos dispositivos médicos.	- <i>Feedback</i> enfermeira tutora; - Nº de vezes que realiza cada atividade; - Cumpre as atividades planeadas.	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
	Colabora com a enfermeira tutora na verificação da presença dos instrumentos cirúrgicos na caixa esterilizada esta de acordo com a listagem e garante a adequado acondicionamento após cirurgia.			X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X

	Colabora com a enfermeira tutora na contabilização dos itens quantificáveis (compressas, corto perfurantes e instrumental cirúrgico).			X	X	X	X	X	X	X	X
	Colabora com a enfermeira tutora no registo de dispositivos médicos implantáveis no processo da PSPO, garantindo a sua rastreabilidade			X	X	X	X	X	X	X	X
	Realiza adequado acondicionamento, identificação de peças anatómicas e envio para patologia clínica/laboratório, verificando com o medico assistente o nome da peça e a sua requisição.			X	X	X	X	X	X	X	X
	Promove e realiza uma correta triagem de resíduos e desperdício de fluidos /tecidos orgânicos.			X	X	X	X	X	X	X	X

APÊNDICE VI - PROJETO DE INTERVENÇÃO (PLANO DE AÇÃO, POSTERS,  
APRESENTAÇÃO *POWERPOINT* PARA FORMAÇÃO E INSTRUMENTO DE  
AUDITORIA) - PRIMEIRO ESTÁGIO

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

Projeto de Intervenção

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO DO LOCAL  
CIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO: ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

**SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION AND CONTROL MEASURES IN  
THE PERIOPERATIVE PERIOD: ADHERENCE BY HEALTHCARE  
PROFESSIONALS**

Margarida Alexandra Pinto Correia

Professora Mestre Tânia Soares

Almada

2024

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

Projeto de Intervenção

**MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO DO LOCAL  
CIRÚRGICO NO PERIOPERATÓRIO: ADESÃO DOS PROFISSIONAIS DE  
SAÚDE**

**SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION AND CONTROL MEASURES IN  
THE PERIOPERATIVE PERIOD: ADHERENCE BY HEALTHCARE  
PROFESSIONALS**

Margarida Alexandra Pinto Correia

Professora Mestre Tânia Soares

Almada

2024

## **LISTA DE SIGLAS, ABREVIATURAS E ACRÓNIMOS**

**BO** - Bloco Operatório

**DGS** - Direção-Geral da Saúde

**EMC** - Enfermagem Médico-Cirúrgica

**EMC-PSP** - Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

**EORNA** - *European Operating Room Nurses Association*

**IACS** - Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

**ILC** - Infecção do Local Cirúrgico

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

**PBE** - Práticas Baseadas na Evidência

**PPCIRA** - Prevenção e Controlo de Infecções e de resistência aos Antimicrobianos

**PSPO** - Pessoa em Situação Perioperatória

**PQCEE** - Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados

**TAS** - Técnicos Auxiliares de Saúde

**UCA** - Unidade de Cirurgia Ambulatória

**UCPA** - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

**VE-ILC** - Vigilância Epidemiológica da Infecção do Local Cirúrgico

**WHO** - *World Health Organization*

## ÍNDICE

<b>1. PROJETO DE INTERVENÇÃO .....</b>	<b>7</b>
1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO .....	7
<b>1.1.1 Breve Caracterização do Serviço .....</b>	<b>8</b>
1.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS .....	11
1.3 PLANO DE AÇÃO .....	13
1.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO .....	20
1.5. DIVULGAÇÃO .....	23
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>25</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>26</b>
APÊNDICE I - POSTER: EPI'S A UTILIZAR NA DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS E DA SALA OPERATÓRIA - ROTINA E SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO .....	27
APÊNDICE II - POSTER: AGENTES DE LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS E DA SALA OPERATÓRIA - ROTINA E EM SITUAÇÃO DE INFEÇÃO DOCUMENTADA .....	29
APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO EM <i>POWERPOINT</i> PARA A SESSÃO DE FORMAÇÃO “IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO” .....	31
APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE AUDITORIA AO CUMPRIMENTO DAS MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA .....	69
<b>ANEXOS .....</b>	<b>72</b>
ANEXO I - FOLHA DE REGISTO DE PRESENÇAS .....	73
ANEXO II - FICHA DE FORMAÇÃO/CERTIFICADO SOBRE “IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO” FORNECIDO PELO SERVIÇO ..	76

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1- Diagrama de <i>Ishikawa</i> .....	11
---	----

## ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1- Análise SWOT .....	10
Quadro 2- Plano de ação serviço X .....	19
Quadro 3 - Atividades do plano de ação, indicador de avaliação mensurável e meta .....	21

## 1. PROJETO DE INTERVENÇÃO

O projeto de intervenção desenvolveu-se com base na metodologia de projeto. A metodologia de projeto foca-se na resolução de problemas recorrendo à investigação para a procura de soluções eficazes de intervenção perante o problema identificado (Ruivo et al., 2010).

Segundo os mesmos autores, a metodologia de projeto divide-se em seis etapas: 1) Identificação dos problemas e diagnóstico de situação; 2) Definição de objetivos; 3) Seleção de estratégias e programação das atividades; 4) Execução do projeto; 5) Avaliação do trabalho; 6) Divulgação ou disseminação dos resultados (Ruivo et al., 2010).

Como tal, este projeto de intervenção irá estruturar-se nesse sentido, seguindo-se o diagnóstico de situação.

### 1.1 DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

O local onde foi desenvolvido o primeiro estágio e para o qual foi elaborado este projeto de intervenção, foi num serviço de Bloco Operatório Central (BO) e Unidade Cirurgia de Ambulatório (UCA), que será denominado de Serviço X, que por motivos de proteção de dados o nome não será revelado.

O Hospital onde se insere este serviço situa-se na cidade de Lisboa e tem como missão prestar cuidados de saúde diferenciados a toda a população, baseados em elevados níveis de conhecimento e com a maior qualidade, tendo sempre em vista a vida humana e o ambiente, promovendo permanentemente o desenvolvimento da organização. Para que tal seja possível, esta instituição hospitalar assenta a sua prestação de cuidados na excelência humana (promovendo a cultura da responsabilidade, exigência e rigor, partilha de conhecimentos e progressão dentro da equipa), excelência do serviço prestado (cuidados humanizado e melhoria constante dos cuidados prestados) e das operações e sistemas (aposta permanente na melhoria contínua, aumentando as capacidades de resposta e ainda gerindo os custos dos cuidados prestados de forma adequada).

Os valores desta instituição assentam sobre respeito absoluto pela vida humana, pela dignidade da pessoa, pela autonomia das decisões pessoais, e ainda no valor pela responsabilidade individual e de grupo, conforme o descrito no código de ética da

7

instituição. A instituição defende ainda o desenvolvimento humano dos profissionais, a competência, a inovação, o respeito pela dignidade e bem-estar humano, bem como a integridade com que são prestados os cuidados, envolvendo ainda políticas de sustentabilidade no seu funcionamento.

O hospital onde decorreu o estágio é composto por internamentos das valências de medicina, cirurgia, cardiologia, neurologia e pediatria, tendo consultas de 42 especialidades, sendo dentro destas 15 referentes a especialidades cirúrgicas (Anestesiologia; Cirurgia Vascul; Cardiologia adulto e Cardiologia pediátrica; Cirurgia Maxilo-Facial; Cirurgia Geral; Cirurgia pediátrica; Cirurgia plástica, reconstrutiva e estética; Cirurgia torácica; Dermatologia; Ginecologia; Neurocirurgia; Oftalmologia; Ortopedia; Otorrinolaringologia; Urologia).

### 1.1.1 Breve Caracterização do Serviço

O serviço X, é composto por Unidade de Admissão Cirúrgica, BO e UCA sendo os últimos 2, organizados de acordo com o modelo sueco. Este modelo de organização de BO, impede o cruzamento entre o circuito de limpos e sujos, pela existência de dois corredores paralelos, o corredor de limpos pelo qual entram os doentes, equipamentos e material esterilizado, e outro, o corredor dos sujos, no qual se encontram as zonas de despejos das salas operatórias, sendo utilizado apenas para esse fim. Esta organização permite reduzir o risco de contaminação de áreas limpas do BO, pela passagem de resíduos contaminados, minimizando o risco de infeção hospitalar.

Atualmente, para fazer face ao aumento da atividade cirúrgica, no BO e na UCA, são realizadas cirurgias programadas e cirurgias em regime de ambulatório das diferentes especialidades.

Na Unidade de Admissão Cirúrgica do serviço X, são admitidas as pessoas propostas para cirurgia programada e para cirurgia em regime de ambulatório. Esta área é composta por 5 unidades equipadas com cadeirões, 1 sala de enfermagem e 1 casa de banho/vestiário para os utentes.

O BO central é composto por 5 salas operatórias, 1 sala de Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) I com capacidade para 7 unidades, 1 sala de *transfer* com 2 unidades, 1 Sala loco regional com capacidade de 2 unidades (onde se realizam técnicas anestésicas loco regionais, por forma a diminuir o tempo de *turnover* cirúrgico), 1 sala de pausa /copa, 1 gabinete do enfermeiro gestor, 2 vestiários para profissionais, 1 armazém de equipamentos, 1 armazém de material esterilizados e 1 armazém de implantes. Junto ao armazém de

equipamentos encontra-se ainda um terminal de receção de material esterilizado, do serviço de esterilização.

A UCA contém 3 salas operatórias, 1 sala de UCPA II com capacidade máxima de 5 camas, 1 armazém de equipamentos, 1 armazém de material esterilizados, 2 vestiários para profissionais, 2 vestiários para clientes com casa de banho, 1 sala de pausa e 1 casa de banho para profissionais.

Atualmente, e conforme o explanado anteriormente, a pessoa proposta para realização de cirurgia em regime de ambulatório é acolhida na unidade de admissão cirúrgica, no entanto, conforme a proposta cirúrgica e anestésica, no caso de ser necessária realização de técnica de bloqueio dos nervos periféricos, estas são acolhidas na UCA, onde é realizado todo o procedimento pré-operatório.

Em frente à UCA, apresenta-se a UCPA III com capacidade de 6 unidades. Esta unidade recebe a pessoa, transferida da UCPA I ou II, após cumprir critérios de alta de recobro fase 1. Neste espaço será verificado se a pessoa cumpre todos os requisitos necessários para ter alta para domicílio, sendo fornecidos alimentos líquidos e sólidos, realizado levantar e todos os ensinamentos necessários, podendo estar presente o acompanhante da pessoa.

Relativamente aos recursos humanos, o serviço X conta com uma equipa constituída por: 1 enfermeiro gestor, 10 enfermeiros adjuntos, 74 enfermeiros permanentes, 8 enfermeiros em *part time*, 44 Técnicos de Auxiliares de Saúde (TAS), dezenas de cirurgiões das várias especialidades e anesthesiologias.

A equipa de enfermagem presta cuidados nas várias valências do serviço, de acordo com as competências adquiridas ao longo da integração nas diferentes áreas de enfermagem perioperatória.

Tendo em conta o tema que se pretende desenvolver neste projeto de estágio - Medidas de prevenção e controlo da infeção do local cirúrgico: Adesão dos profissionais de saúde, e após a realização *brainstorming* com a equipa, foi sugerido pela mesma, a realização do presente projeto de intervenção sobre um diagnóstico de situação previamente identificado: o défice de conhecimentos sobre a descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em situação de infeção documentada, por parte dos Enfermeiros e TAS.

O planeamento de uma intervenção dirigida e estratégica para a incorporação de novos métodos ou conhecimentos sobre as práticas de rotina diárias, exigem que se realize previamente um diagnóstico de situação do contexto, que espelhe a sua realidade, as necessidades/vulnerabilidades, quais os seus recursos e o ambiente que o rodeia, bem como, de que forma estes se podem influenciar.

Para este efeito procedeu-se a uma análise SWOT, no Quadro 1, que integra as Forças, Fraquezas, Oportunidades e Ameaças identificadas no serviço X.

	<b>Strengths</b> <b>FORÇAS</b>	<b>Weakness</b> <b>FRAQUEZAS</b>
I N T E R N O S	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Equipa experiente</li> <li>- Existência do elo PPCIRA no serviço</li> <li>- Recursos humanos existentes no serviço</li> <li>- Existência de enfermeira especialista na área de enfermagem médico-cirúrgica</li> <li>- Elo formação no serviço</li> <li>- Recursos humanos adequados ao rácio preconizado pela Ordem dos Enfermeiros (OE)</li> <li>- Plano formativo vasto e organizado, com formações periódicas</li> <li>- Existência de folha de registo de limpeza da sala operatória (por sala) entre cirurgias, diário e semanal</li> <li>- Existência de um procedimento sobre a higienização da sala operatória e descontaminação de equipamentos</li> <li>- Existência de instrução de trabalho sobre atuação em situação de infeção documentada</li> <li>- Mapa de riscos atualizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sobrecarga horária na equipa</li> <li>- Enfermeiros em <i>part time</i></li> <li>- Déficit de conhecimentos por parte das TAS relativamente à higienização da sala operatória em situações de infeção documentada</li> <li>- Inexistência de ação formação sobre descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em caso de infeção documentada diagnosticado</li> <li>- Taxa de cumprimento do feixe de intervenções de prevenção ILC (1º trimestre 2024: 80%)</li> <li>- Taxa de adesão à prática de higienização das mãos (1º trimestre 2024 - Global 70%; Enfermeiros: 80%; TAS 56%)</li> <li>- Taxa de adesão às boas práticas de utilização de luvas (1º trimestre 2024 - Enfermeiros e TAS: 90%)</li> </ul>
	<b>Opportunities</b> <b>OPORTUNIDADES</b>	<b>Threats</b> <b>AMEAÇAS</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elementos jovens na equipa</li> <li>- Norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas de Controlo de Infeção</li> <li>- Normas ECDC sobre prevenção da infeção do local cirúrgico</li> <li>- Certificação ISSO 9001: 2015 - Sistema de Gestão Da Qualidade no âmbito da Prestação de cuidados de saúde</li> <li>- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Falta de disponibilidade da equipa em realizar formação fora do horário de serviço</li> <li>- Aumento exponencial da atividade assistencial</li> </ul>

Quadro 1- Análise SWOT

Analisando o Quadro 1, compreende-se que uma das fraquezas do serviço é no âmbito da formação sobre a descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em situação de isolamento diagnosticado, podendo esta ser uma das causas para o problema identificado. A formação dos profissionais sobre esta temática, é crucial para prevenir a disseminação de infeções hospitalares e garantir a segurança dos doentes, tendo o sentido de “alertar e sensibilizar para os riscos, junto dos profissionais” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2017 p. 21).

## 1.1.2 Diagrama de Ishikawa

O diagrama de *Ishikawa*, também descrito como diagrama espinha de peixe/diagrama de causa e efeito, é considerado um instrumento útil para identificar e organizar as potenciais causas de um problema. Assim, procedeu-se à realização de um diagrama de *Ishikawa*, Figura 1, para identificar as possíveis causas do défice de conhecimentos sobre a descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em caso de isolamento, por parte das TAS e Enfermeiros.

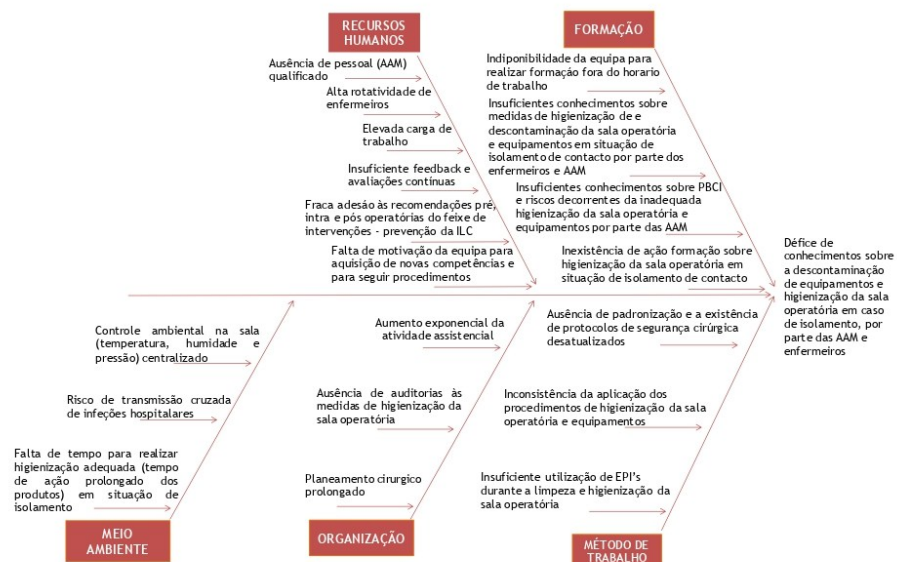


Figura 1- Diagrama de *Ishikawa*

## 1.2 DEFINIÇÃO DE OBJETIVOS

Tendo em conta o problema identificado e as possíveis causas para o mesmo, como objetivo geral do projeto de intervenção, foi definido:

- Elaborar um plano de ação sobre a adequada utilização de Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI) e métodos rigorosos de higienização da sala operatória, que vise minimizar o risco de infeções hospitalares e garantir a segurança do doente e dos profissionais de saúde.

Este plano de intervenção visa capacitar, sensibilizar e uniformizar as práticas dos enfermeiros e assistentes operacionais no BO, assim, definiu-se como objetivos específicos:

- Capacitar os Enfermeiros e TAS do BO para as mais recentes práticas baseadas na evidência sobre as PBCI e boas práticas de higienização da sala operatória;
- Consciencializar e sensibilizar os Enfermeiros e TAS do BO sobre os riscos do inadequado cumprimento das PBCI e medidas de higienização da sala operatória;
- Uniformizar procedimentos relativamente às medidas de higienização das salas operatórias e descontaminação de equipamentos.

A construção de um plano de ação, sobre a adequada utilização de PBCI e métodos rigorosos de higienização da sala operatória, com o intuito de reduzir as - Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), garantir a segurança do doente e dos profissionais de saúde, vai ao encontro das competências definidas pela OE para o enfermeiro especialista, nomeadamente sobre a maximização da prevenção, intervenção e controlo da infeção e da resistência a antimicrobianos e da gestão do risco institucional.

### 1.3 PLANO DE AÇÃO

PLANO DE AÇÃO						
<b>TEMA</b>	Adequada utilização de PBCI e métodos de higienização da sala operatória baseadas na mais recente evidência científica.					
<b>DIAGNÓSTICO</b>	Défice de conhecimentos sobre descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória em situação de infecção documentada, por parte dos enfermeiros e TAS.					
<b>OBJETIVO GERAL</b>	Elaborar um plano de intervenção sobre a adequada utilização de PBCI e métodos rigorosos de higienização da sala operatória, que vise minimizar o risco de infecções hospitalares e aumentar a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde.					
<b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitar os enfermeiros e TAS do BO para as mais recentes práticas baseadas na evidência sobre as PBCI e boas práticas de higienização da sala operatória;</li> <li>• Consciencializar e sensibilizar os Enfermeiros e TAS do BO sobre os riscos do inadequado cumprimento das PBCI e medidas de higienização da sala operatória;</li> <li>• Uniformizar procedimentos relativamente às medidas de higienização das salas operatórias e descontaminação de equipamentos.</li> </ul>					
<b>Ação/Atividade</b>	<b>Responsáveis</b>	<b>Indicadores</b>	<b>Metas</b>	<b>Cronograma</b>	<b>Recursos</b>	<b>Avaliação</b>
<b>Análise dos procedimentos e instruções de trabalho disponíveis no BO</b>	- Estudante de mestrado EMCSP	Não aplicável.	- Análise dos documentos no tempo preconizado	- De 27 de maio a 15 de junho 2024	- Computador - Intranet	-Atividade contida no Projeto de Estágio.
<b>Realização de pesquisa avançada sobre a temática</b>	- Estudante de mestrado EMCSP	Não aplicável.	- Reunião da informação necessária no tempo preconizado	- Durante o mês de junho 2024	- Computador - Acesso a internet - Acesso a base de dados	-Atividade contida no Projeto de Estágio.
<b>Elaboração Poster: - Equipamentos de proteção Individual (EPI) A Utilizar Na Descontaminação De Equipamentos Clínicos E Da Sala Operatória - Rotina E Situação De Isolamento</b>	- Estudante de Mestrado EMC-PSP	Não aplicável.	- Constituição do poster/cartaz no tempo preconizado	- Até 26 junho 2024	- Computador - Acesso a internet - Acesso a base de dados - Impressora	-Atividade contida no Projeto de Estágio.

<p>Diagnosticado (Apêndice III)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Agentes De Limpeza E Descontaminação De Equipamentos Clínicos E Da Sala Operatória - Rotina E Em Situação De Infecção documentada (Apêndice IV)</li> </ul>						
<p>Partilha e validação do poster realizado</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro Gestor do serviço X</li> <li>- Direção de Enfermagem</li> <li>- Elo PPCIRA do serviço X</li> <li>- Enfermeira Tutora Especialista em EMC</li> <li>- Estudante de mestrado em EMCPSP</li> </ul>	<p>Não aplicável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Partilha e validação do poster/cartaz no tempo preconizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Até 4 de julho 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador</li> <li>- Acesso a internet</li> <li>- Cartolina</li> <li>- Impressora</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atividade contida no Projeto de Estágio.</li> </ul>
<p>Elaboração da apresentação para sessão de formação tendo em conta a mais recente evidência científica sobre PBCI e métodos de higienização da sala operatória e validação com a equipa (Apêndice V)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiro gestor;</li> <li>- Elo PPCIRA do serviço X</li> <li>- Enfermeira Tutora Especialista em EMC</li> <li>- Estudante de mestrado em EMCPSP</li> </ul>	<p>Não aplicável.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração da apresentação para a ação de formação no tempo preconizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Até 4 de julho 2024</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> <li>- Acesso a internet;</li> <li>- Acesso a base de dados;</li> <li>- Videoprojetor;</li> <li>- Sala de formação;</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Atividade contida no Projeto de Estágio.</li> </ul>

<p><b>Realização formação à equipa sobre:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- PBCI;</li> <li>- Procedimento de higienização da sala operatória e descontaminação de equipamentos;</li> <li>- Procedimento de higienização e descontaminação da sala operatória e equipamentos em situação de infeção documentada;</li> <li>- Impacto da não implementação das PBCI e Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT);</li> <li>- Registos a realizar pelas TAS e importância dos mesmos;</li> <li>- Divulgação do poster elaborado.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elo PPCIRA do serviço X</li> <li>- Elo formação do serviço X</li> <li>- Enfermeiro Tutora Especialista EMC</li> <li>- Estudante de Mestrado em EMCPSPO</li> </ul>	<p>- <u>Taxa de adesão à formação dos TAS pela estudante de mestrado em julho</u> = [(n.º de TAS que assiste à formação) / (n.º total de TAS escalados para a data da formação)] x 100%</p> <p>- <u>Taxa de formações realizadas pela estudante de mestrado em julho</u> = [(n.º de formações realizadas) / (n.º de formações previstas)] x 100%</p> <p>Por categoria profissional:</p> <p>- <u>Taxa de adesão à formação</u> = [(n.º de profissionais por categoria que assiste à formação) / (n.º total de profissionais por categoria)] x 100%</p> <p>- <u>Taxa de formações realizadas</u> = [(n.º de formações realizadas) / (n.º de formações previstas)] x 100%</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 70% dos TAS escalados para a data da formação de julho 2024 assiste à formação ministrada pela estudante de mestrado</li> <li>- 100% das formações planeadas e ministradas pela estudante de mestrado para julho de 2024 são realizadas</li> <li>- 70% dos TAS assiste à formação (total de todas formações planeadas)</li> <li>- 70% dos Enfermeiros assiste à formação (total de todas as formações planeadas)</li> <li>- 70% do total das formações planeadas são realizadas</li> <li>- Realização da ação de formação no cronograma preconizado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 2 sessões até 18 julho de 2024 aos TAS</li> <li>- 2 sessões em agosto de 2024 aos Enfermeiros</li> <li>- Trimestral até dezembro de 2024 à equipa de TAS e Enfermeiros</li> <li>- Semestral de janeiro 2025 a dezembro 2025 à equipa de TAS e Enfermeiros</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Computador;</li> <li>- Acesso a internet;</li> <li>- Acesso a base de dados;</li> <li>- Videoprojetor;</li> <li>- Sala de formação;</li> <li>- Folha de registo de presenças (Anexo I);</li> <li>- Ficha da formação (Anexo II);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Análise de registos (contabilização da participação nas formações);</li> <li>- Atividade contida no Projeto de Estágio;</li> <li>- Atividade contida no Relatório Anual do BO.</li> </ul>
--	--	--	---	---	--	--

Aplicação de questionário de satisfação sobre a formação realizada.	- Estudante de Mestrado EMCPSP	- Taxa de resposta ao questionário de formação por parte dos profissionais = $[(n.^{\circ} \text{ de profissionais que responde ao questionário}) / (n.^{\circ} \text{ total de profissionais que assiste à formação})] \times 100\%$	- 70% dos profissionais responde ao questionário	- Após as 2 sessões de julho 2024	- Computador; - Acesso a internet; - Acesso a base de dados; - Videoprojetor; - Sala de formação; - Folha de registo de presença; - Questionário de satisfação da formação (Anexo III)	- Análise de registos (contabilização da participação nas formações); - Análise de registos (contabilização do questionário de satisfação); - Atividade contida no Projeto de Estágio.
Construção de instrumento de auditoria ao cumprimento das medidas de descontaminação e higienização da sala operatória (Apêndice VI)	- Estudante de Mestrado EMCPSP	Não aplicável.	- Construção do instrumento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória no tempo preconizado	- Até 22 de junho 2024	- Computador; - Acesso a internet; - Acesso a base de dados;	- Atividade contida no Projeto de Estágio.
Proposta de formulário de auditoria ao cumprimento das medidas de descontaminação e higienização da sala operatória.	- Estudante de Mestrado EMCPSP - Enfermeiro gestor - Enfermeira tutora especialista em EMCPSP - Elo PPCIRA	Não aplicável.	- Entrega da proposta de instrumento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória no tempo preconizado	- Até 17 de julho 2024	- Computador; - Acesso a internet;	- Atividade contida no Projeto de Estágio.
Realização de auditorias mensais ao cumprimento das medidas de descontaminação e	- Elo PPCIRA do serviço X - Enfermeiro Especialista EMC do serviço X	- Taxa de conformidade global, em cada auditoria, às medidas de descontaminação e higienização da sala	- 80% de conformidade global em cada auditoria, realizada às medidas de descontaminação e	- Mensalmente de agosto a dezembro de 2025	- Computador; - Instrumento de auditoria clínica interna.	- Auditorias às práticas (de 8 momentos de descontaminação de equipamentos e da

<p>higienização da sala operatória.</p>		<p>operatória = <math>[(n.º \text{ total de critérios conforme}) / (n.º \text{ total de critérios avaliados quando aplicáveis})] \times 100\%</math></p> <p>- <u>Taxa de cumprimento global de cada um dos critérios de avaliação na auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória</u> = <math>[(n.º \text{ de vezes em que foi cumprido esse critério}) / (n.º \text{ total de vezes em que foi avaliado o critério quando aplicável})] \times 100\%</math></p> <p>- <u>Taxa de conformidade global das auditorias realizadas às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória</u> = <math>[(\text{taxa de global de cumprimento em cada auditoria}) / (n.º \text{ total de auditorias realizadas})] \times 100</math></p>	<p>higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de cumprimento de cada um dos critérios avaliados no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de conformidade global no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória.</p>			<p>sala operatória por mês);</p> <p>-Análise e registo da conformidade obtida;</p> <p>- Atividade contida no projeto de estágio;</p> <p>- Atividade contida no Relatório Anual do BO.</p>
---	--	--	--	--	--	---

<p>Realização de auditorias mensais às medidas de higienização das mãos.</p>	<p>- Elo PPCIRA do serviço X</p>	<p>Por categoria profissional:  - <u>Taxa de adesão às medidas de higienização das mãos</u> =  [[número de observações em que foram realizadas todas as medidas do instrumento de auditoria / (n.º total de observações)] x 100%</p> <p>Por categoria profissional:  - <u>Taxa de adesão à higienização em cada momento</u> =  [(número de observações conforme em cada momento) / (n.º total de observações)] x 100%</p>	<p>- 80% de adesão às medidas de higienização das mãos pelas TAS;  - 80% de adesão às medidas de higienização das mãos pelos enfermeiros;  - 80% de adesão às medidas de higienização das mãos em cada momento pelos TAS;  - 80% de adesão às medidas de higienização das mãos em cada momento pelos enfermeiros.</p>	<p>- Mensal de julho a dezembro de 2025</p>	<p>- Computador;  - Instrumento de auditoria clínica interna.</p>	<p>- Auditorias às práticas (de 8 momentos de descontaminação de equipamentos e da sala operatória por mês);  - Análise e registo da conformidade obtida;  - Atividade contida no projeto de estágio;  - Atividade contida no Relatório Anual do BO.</p>
<p>Reuniões de equipa trimestrais para a divulgação de resultados das respetivas auditorias e taxa de ILC (fornecida pelo PPCIRA), e discussão de melhorias a introduzir.</p>	<p>- Enfermeiro Gestor do serviço X  - Elo PPCIRA do serviço X  - Enfermeiro Especialista EMC do serviço X</p>	<p>- <u>Taxa de reuniões realizadas</u> =  [(n.º de reuniões realizadas) / (n.º de reuniões previstas)] x 100%</p> <p>Por categoria profissional:  - <u>Taxa de adesão às reuniões</u> =  [(n.º total de profissional por</p>	<p>- 70% das reuniões são realizadas  - 70% dos TAS assiste às reuniões  - 70% dos Enfermeiros assiste às reuniões</p>	<p>- Trimestral de outubro de 2024 até dezembro 2025</p>	<p>- Sala de formação;  - Videoprojetor;  - Computador;  - Impressora.</p>	<p>- Análise de registos (contabilização da participação em reuniões);  - Atividade contida no projeto de estágio;  - Atividade contida no Relatório Anual do BO.</p>

		categoria que assistiram às reuniões / (n.º total de profissionais da categoria) x 100%				
--	--	---	--	--	--	--

Quadro 2- Plano de ação serviço X

## 1.4 EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

A operacionalização do plano de intervenção deverá seguir o cronograma descrito no plano de ação (Quadro 2), tomando-se pertinente mensurar o progresso alcançado através dos indicadores e metas definidos, possibilitando, desta forma, uma avaliação objetiva (Quadro 3).

Ao alcançar os indicadores e metas traçados, verifica-se, de forma fidedigna, o sucesso do plano delineado, sendo que o oposto, pode indicar a necessidade de alterar as estratégias utilizadas ou de readaptá-las.

No Quadro 3 encontram-se descritos os indicadores mensuráveis e metas propostas para avaliar as atividades delineadas no plano de intervenção para o serviço X, apesar de alguns, se apresentarem com cronograma de implementação e avaliação posterior ao término do estágio, pelos elementos responsáveis no serviço.

Ação/Atividade	Indicadores (Taxa %)	Metas
Realização formação à equipa	<p>- Taxa de adesão à formação dos TAS pela estudante de mestrado em julho = <math>[(n.º \text{ de TAS que assiste à formação}) / (n.º \text{ total de TAS escalados para a data da formação})] \times 100\%</math></p> <p>- Taxa de formações realizadas pela estudante de mestrado em julho = <math>[(n.º \text{ de formações realizadas}) / (n.º \text{ de formações previstas})] \times 100\%</math></p> <p>Por categoria profissional:            - Taxa de adesão à formação = <math>[(n.º \text{ de profissionais por categoria que assiste à formação}) / (n.º \text{ total de profissionais por categoria})] \times 100\%</math></p> <p>- Taxa de formações realizadas = <math>[(n.º \text{ de formações realizadas}) / (n.º \text{ de formações previstas})] \times 100\%</math></p>	<p>- 70% dos TAS escalados para a data da formação de julho 2024 assiste à formação ministrada pela estudante de mestrado;</p> <p>- 100% das formações planeadas e ministradas pela estudante de mestrado para julho de 2024 são realizadas;</p> <p>- 70% dos TAS assiste à formação (total de todas formações planeadas);</p> <p>- 70% dos Enfermeiros assiste à formação (total de todas as formações planeadas);</p> <p>- 70% do total das formações planeadas são realizadas;</p> <p>- Realização da ação de formação no cronograma preconizado.</p>
Aplicação de questionário de satisfação sobre a formação realizada	<p>Taxa de resposta ao questionário de formação por parte dos profissionais = <math>[(n.º \text{ de profissionais que responde ao questionário}) / (n.º \text{ total de profissionais que assiste à formação})] \times 100\%</math></p>	<p>- 70% dos formandos responde ao questionário.</p>

<p>Auditorias à conformidade de medidas de higienização e descontaminação da sala operatória</p>	<p>- <u>Taxa de conformidade global, em cada auditoria, às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória</u> =  <math display="block">\frac{[(n.º \text{ total de critérios conforme}) / (n.º \text{ total de critérios avaliados quando aplicáveis})] \times 100\%}{}</math></p> <p>- <u>Taxa de cumprimento global de cada um dos critérios de avaliação na auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória</u> =  <math display="block">\frac{[(n.º \text{ de vezes em que foi cumprido esse critério}) / (n.º \text{ total de vezes em que foi avaliado o critério})] \times 100\%}{}</math></p> <p>- <u>Taxa de conformidade global das auditorias realizadas às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória</u> =  <math display="block">\frac{[(\text{taxa de global de cumprimento em cada auditoria}) / (n.º \text{ total de auditorias realizadas})] \times 100}{}</math></p>	<p>- 80% de conformidade global em cada auditoria, realizada às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de cumprimento de cada um dos critérios avaliados no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de conformidade global no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória.</p>
<p>Auditorias à conformidade da higienização das mãos</p>	<p>Por categoria profissional:</p> <p>- <u>Taxa de adesão às medidas de higienização das mãos</u> =  <math display="block">\frac{[(\text{número de vezes em que foram cumpridos todos os critérios do instrumento de auditoria}) / (n.º \text{ total de auditorias realizadas})] \times 100\%}{}</math></p> <p>Por categoria profissional:</p> <p>- <u>Taxa de adesão às medidas de higienização das mãos em cada momento</u> =  <math display="block">\frac{[(\text{número de observações conforme em cada momento}) / (n.º \text{ total de auditorias realizadas})] \times 100\%}{}</math></p>	<p>- 80% de adesão às medidas de higienização das mãos pelas TAS;</p> <p>- 80% de adesão às medidas de higienização das mãos pelos enfermeiros;</p> <p>- 80% de adesão às medidas de higienização das mãos em cada momento pelos TAS;</p> <p>- 80% de adesão às medidas de higienização das mãos em cada momento pelos enfermeiros.</p>
<p>Reuniões com a equipa, trimestrais, para divulgação de resultados das auditorias realizadas e taxa de ILC (fornecida pelo PPCIRA), e discussão de melhorias a introduzir.</p>	<p>- <u>Taxa de reuniões realizadas</u> =  <math display="block">\frac{[(n.º \text{ de reuniões realizadas}) / (n.º \text{ de reuniões previstas})] \times 100\%}{}</math></p> <p>Por categoria profissional:</p> <p>- <u>Taxa de adesão às reuniões</u> =  <math display="block">\frac{[(n.º \text{ total de profissionais que assistiram às reuniões}) / (n.º \text{ total de profissionais})] \times 100\%}{}</math></p>	<p>-80% das reuniões são realizadas;</p> <p>-80% dos TAS assiste às reuniões;</p> <p>-80% dos enfermeiros assiste às reuniões.</p>

Quadro 3 - Atividades do plano de ação, indicador de avaliação mensurável e meta

Tendo em conta que nem todos os indicadores presentes no plano de ação são mensuráveis, a avaliação de algumas das atividades planeadas decorre apenas da realização ou não, no tempo preconizado. Pode identificar-se como uma limitação à implementação deste projeto de intervenção, o facto de a duração do estágio ser de 180 h e o projeto de intervenção ter sido planeado até dezembro de 2025. No entanto, por forma a garantir a continuidade do mesmo após o fim do estágio, foi articulado na fase de planeamento do projeto de intervenção, quais elementos responsáveis pela continuidade do projeto - Elo PPCIRA, Elo Formação e Enfermeira Especialista em EMC, os quais se encontram identificados em cada atividade do plano de ação elaborado.

A implementação do presente projeto de intervenção foi recebida com apreço no contexto, indo ao encontro de uma necessidade identificada no mesmo. O cronograma de implementação do plano de ação foi cumprido em todos os pontos, à exceção dos planeados para a data posterior ao *términus* do estágio.

As formações realizadas para a data de 18 de julho de 2024, à equipa de TAS, realizaram-se em 2 períodos, às 8h e às 15h, permitindo a comparência dos profissionais escalados para o turno da manhã e da tarde. A adesão foi de 70,59% (TAS escalados para os 2 turnos = 17; Número de TAS que assistiram à formação = 12, conforme a Folha de registo de presença - Anexo 1), acima da meta estipulada. O facto de a hora da primeira formação (8h), coincidir com a admissão da pessoa no serviço para o início do programa cirúrgico às horas agendadas, impediu a presença de todos os elementos na sessão de formação.

Relativamente ao indicador, taxa de formações realizada pela estudante de mestrado em julho de 2024, esta representou uma taxa de 100%, conforme o planeado e passível de confirmação na ficha de formação (Anexo 2), fornecida pelo serviço, após terem sido ministradas as 2 sessões propostas no plano de ação.

O feedback recebido após a realização das sessões de formação foi bastante positivo, tendo havido momento de esclarecimento de dúvidas, reflexão sobre a sua *praxis* e sugestões para a implementação de melhores práticas. Considera-se assim que foram atingidos os objetivos específicos deste projeto de intervenção, no que concerne à capacitação sobre as mais recentes PBE, a consciencialização sobre o inadequado cumprimento das PBCI e na uniformização de medidas de higienização da sala operatória e equipamentos clínicos, pela equipa de TAS.

Conforme o cronograma descrito no plano de ação, a primeira sessão de formação dos enfermeiros será realizada apenas no mês de agosto, o que se deve a uma gestão no planeamento do horário por parte do serviço.

Salienta-se a relevância da sensibilização dos enfermeiros para a temática das PBCI e das medidas de higienização da sala operatória, uma vez que este é o profissional responsável pela supervisão do procedimento de higienização da sala operatória e descontaminação equipamentos clínicos, tendo o dever de conhecer os métodos mais eficazes de descontaminação adequados a cada situação, por forma a prevenir o risco de transmissão de infeções cruzadas entre pessoas a quem são prestados os cuidados de saúde, e ainda, de identificar situações de risco para a equipa multidisciplinar, nomeadamente decorrentes da incorreta implementação das PBCI.

À data de *términus* deste relatório, não foi possível avaliar a taxa de resposta ao questionário de satisfação da formação, uma vez que este segue por email após a confirmação da presença dos formandos na aplicação do hospital, sendo mais tarde submetido a extração de dados pelo elo formação do serviço.

Relativamente às auditorias planeadas às medidas de higienização da sala operatória, estas pretendem fornecer dados fidedignos sobre a implementação das medidas nas práticas diárias e para posterior partilha com os elementos da equipa. Esta atividade irá ser realizada pelo elo PPCIRA e pela Enfermeira Especialista em EMC.

## 1.5. DIVULGAÇÃO

O método planeado e explanado no plano de ação para a divulgação dos resultados obtidos nas atividades de auditorias, foi a realização de reuniões trimestrais com a equipa, na qual se devem apresentar os resultados obtidos nas auditorias e posteriormente uma discussão sobre melhorias a introduzir. A realização destas reuniões só se inicia 3 meses depois da primeira formação realizada, para que seja possível reunir dados de auditorias suficientes para uma avaliação fidedigna.

Tendo em conta que o *términus* do estágio (18 de julho de 2024) precede a data de fim da implementação do projeto de intervenção (31 dezembro de 2025), foi fornecido ao serviço o documento no qual consta o projeto de intervenção, bem como todos os instrumentos de apoio construídos para a implementação do mesmo (2 Poster - Apêndice III e IV, Apresentação em *powerpoint* - Apêndice V e Instrumento de auditoria às práticas - Apêndice VI), tendo sido articulado previamente com os elementos do serviço - enfermeiro especialista, elo formação e elo PPCIRA - que ficariam responsáveis pela continuidade do projeto, após aprovação de todas as atividades planeadas, como as auditoria à conformidade das medidas de higienização e descontaminação da sala operatória.

Os resultados obtidos durante a implementação do projeto pela estudante de mestrado, constam no projeto de estágio da mesma e devem ser explanados no relatório anual do serviço em conjunto com os restantes resultados obtidos na sua continuidade pelos elementos responsáveis no serviço.

Em ambos os relatórios devem ser descritos os resultados e metas atingidas, dificuldades sentidas, e ainda, as possíveis oportunidades de melhoria sugeridas, por forma a atingir o objetivo traçado.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

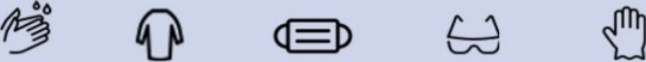

- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Ruivo, M., Ferrito, C., & Nunes, L. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *ercursos*, 15. [https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista\\_Percursos\\_15.pdf](https://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf)

## APÊNDICES

26

190

APÊNDICE I - POSTER: EPI'S A UTILIZAR NA DESCONTAMINAÇÃO DE  
EQUIPAMENTOS CLÍNICOS E DA SALA OPERATÓRIA - ROTINA E SITUAÇÃO  
DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

EPI para higienização da sala operatória	PBCI Quando?	Em todos clientes  Incluindo clientes com: HIV/Sida; Hepatite B e C; Herpes Simples e Zoster; Gonorreia; Sífilis.	Isol. Contacto e Isol. Via Entérica  Adenovirus; ABMR; MRSA; ESBL's; EPC; KPC; Streptococcus pneumoniae resistentes à penicilina; PAMR; SARS; VISA/VRSA; VRE; VSR; Varicela; E Clostridium difficile; Hepatite A;	Isol. Gotícula  Adenovirus; Bronquiolite viral/ bacteriana; Difteria; Meningite; Parvovirus; Tosse convulsa; Varicela; VRS; SARS.	Isol. Via Aérea  Mycobacterium tuberculosis; Varicela; SARS; Sarampo.
Luvas	Risco de contacto com sangue, excreções/secreções.	X	X	X	X
Avental		X		X	X
Bata manga comprida	Risco de contaminação farda com sangue, fluidos ou secreções e isolamentos de contacto.		X		
Máscara cirúrgica com viseira (se máscara cirúrgica sem viseira, acrescentar óculos de proteção)	Risco de salpicos de sangue ou matéria orgânica, fluidos/secreções para mucosa nasal, oral e ocular.	X	X	X	
Máscara FFP2 / N95	Isolamentos via aérea (risco de aerossóis na sala).				X
Óculos de proteção	Risco de salpicos de sangue ou matéria orgânica, fluidos/secreções para mucosa nasal, oral e ocular.				X
Ordem de Colocação de EPI					
Ordem de Remoção de EPI					

APÊNDICE II - POSTER: AGENTES DE LIMPEZA E DESCONTAMINAÇÃO DE  
EQUIPAMENTOS CLÍNICOS E DA SALA OPERATÓRIA - ROTINA E EM  
SITUAÇÃO DE INFECÇÃO DOCUMENTADA

AGENTE	PRODUTOS DE HIGIENIZAÇÃO	Rotina/ Isol. Protetor	Isol. Contacto Isol. Via Entérica	Isol. Gotícula	Isol. Via Aérea
AGENTE DE LIMPEZA	Dismofix G  OU  Detergente Neutro	<p><b>Água e detergente + Pano de limpeza descartável</b></p> <p><b>ANTES DA DESINFECÇÃO:</b></p> <p>-Em qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica (sangue, secreções);</p> <p>-Usar pano de limpeza único (Octolin para superfícies ou objetos laváveis; pano de chão descartável para chão) .</p>			
AGENTE DE DESINFECÇÃO	<p>Bacilol 30 foam + Octollin toalhetes</p> <p>Onde? Todas as superfícies (pele, acrílico, monitores, inox, ...)</p> <p>OU</p> <p>Toalhetes medipal Wipes</p> <p>Onde? Todas as superfícies: Macas, marquesas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.</p>	X			
AGENTE DE DESINFECÇÃO	<p>Mikrobak forte + Rolo toalhetes</p> <p>Onde? Grades, superfícies da cama, restantes superfícies do quarto.</p> <p>Tempo de ação 5 min. Deixar secar ao ar. Depois limpar com toalhete com água.</p>		X Todos os isolamentos EXCETO <i>Clostridium Difficile</i>	X	X Todos os isolamentos EXCETO <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
AGENTE DE DESINFECÇÃO	<p>Disonzon Plus + Pulverizador</p> <p>Onde? Compatibilidade alargada com materiais.</p> <p>Tempo de ação: 2h contacto e depois limpar com pano humedecido com água.</p>		X Isol. <i>Clostridium Difficile</i>		X Isol. <i>Mycobacterium Tuberculosis</i>
DERRAMES	<p>PRESET Pastilhas</p> <p>Tempo ação: 5 minutos (derrames inferior a 30 ml)</p> <p>PRESET Grânulos</p> <p>Tempo ação: 5 minutos (derrames superior a 30 ml)</p>	<p>PRESET PASTILHAS: Remoção de salpicos de matéria orgânica (&lt;30 ml) EXCETO urina</p> <p>PRESET GRÂNULOS: Derrame de matéria orgânica (&gt; a 30 ml) EXCETO urina e fezes.</p>			
<p>Respeitar SEMPRE as recomendações do fabricante para limpeza e desinfeção dos equipamentos e materiais.</p>					

APÊNDICE III - APRESENTAÇÃO EM *POWERPOINT* PARA A SESSÃO DE  
FORMAÇÃO “IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS PRECAUÇÕES BÁSICAS DE  
CONTROLO DA INFEÇÃO”

IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO ÀS MEDIDAS DE  
**PRECAUÇÕES BÁSICAS DE  
 CONTROLO DA INFEÇÃO**

18/07/2024

• • •

Enfª Margarida Pinto Correia – Estudante de Mestrado de Enfermagem Médico- Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Egas Moniz  
 Tutora- Enfª [ ] – Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica

## AGENDA

<b>01</b>	Objetivos Gerais e Específicos	<b>06</b>	Descontaminação de equipamentos clínicos e controlo ambiental
<b>02</b>	Precauções Básicas de Controlo da Infeção (PBCI's): o que são?	<b>07</b>	Manuseamento seguro da roupa
<b>03</b>	Higiene das mãos	<b>08</b>	Quais são os riscos da não adesão às PBCI?
<b>04</b>	Etiqueta Respiratória	<b>09</b>	Exposição a agentes microbianos no local de trabalho
<b>05</b>	Equipamento de proteção individual (EPI)		

18/7/2024

# 01

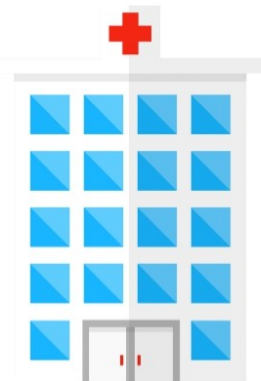
Objetivos

## Gerais e Específicos

3

### OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do cumprimento das PBCI e sobre os métodos rigorosos de higienização da sala operatória, nomeadamente em situação de isolamento de contacto, com o intuito de prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), garantindo a segurança do cliente e dos profissionais de saúde.



18/7/2024

4

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- Reconhecer as PBCI e a sua importância de cada uma;
- Compreender os riscos da inadequada implementação das PBCI para os profissionais de saúde e clientes;
- Reconhecer correto procedimento de higienização das mãos e os 5 momentos;
- Conhecer as medidas de etiqueta respiratória;
- Reconhecer os EPI, a sua adequada utilização e importância;

18/7/2024

5

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS



- Reconhecer a diferença entre limpeza e desinfecção e quais os seus princípios básicos;
- Uniformizar procedimentos sobre a higienização de superfícies e equipamentos no serviço do bloco operatório, nomeadamente em situação de isolamento diagnosticado;
- Conhecer os riscos decorrentes do inadequado manuseamento de resíduos e roupa hospitalar;
- Reconhecer as situações de exposição de risco no local de trabalho.

18/7/2024

6

## Precauções Básicas De Controlo Da Infeção: O que são?

Conjunto de medidas que quando aplicadas em situações de risco têm como objetivo prevenir a transmissão cruzada, proveniente de possíveis fontes de infeção.

Todos os clientes estão potencialmente colonizados / infetados com microrganismos, podendo ser considerados um reservatório de agentes infecciosos.

"não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco"



18/7/2024

(DGS, 2013)

## Precauções Básicas De Controlo Da Infeção: O que são?

Risco de contacto



PELE NÃO INTEGRÁ



SANGUE



MEMBRANA MUCOSA



SECREÇÕES E EXCREÇÕES

As PBCI deve ser adotadas por todos os profissionais independentemente de o cliente ter ou não infeção documentada, prevenindo assim a infeção e transmissão da infeção para os profissionais de saúde e outros utentes.

18/7/2024

8

(DGS, 2013)

## Precauções Básicas De Controlo Da Infeção: 10 pilares



18/7/2024

(DGS, 2012)

# 02

## Higiene das Mãos

10

# HIGIENE DAS MÃOS

5 Momentos



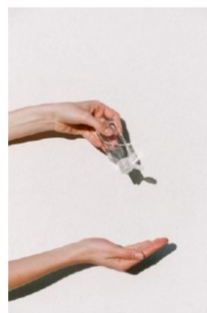
(DGS, 2013; DGS, 2019)

18/7/2024

11

# HIGIENE DAS MÃOS

Cuidados a manter



(DGS, 2013; DGS, 2019)

18/7/2024

12

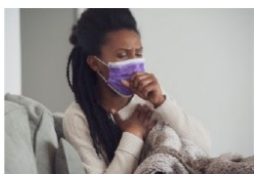
# 03

## Etiqueta Respiratória

13

### | ETIQUETA RESPIRATÓRIA

Conjunto de **medidas individuais** que devem ser cumpridas por todos os utilizadores de serviços de saúde, sejam estes **profissionais** ou **clientes**, que pretendem **minimizar a transmissão** de agentes infecciosos da **via aérea** ou **gotículas**.



10/7/2024

14

(DGS, 2023)

# 04

## Equipamento de Proteção Individual (EPI)

15

### EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL

O uso adequado de EPI, tem o objetivo de proteger não só o profissional de saúde como também o cliente, prevenindo assim a transmissão de agentes patogénicos.

É da responsabilidade dos profissionais de saúde adequar os EPI a utilizar conforme os cuidados que serão prestados.

18/7/2024

16

(CDC, 2024 a; DGS, 2013)

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente

### PBCI's SEMPRE QUE HAJA RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR FLUIDOS OU SECREÇÕES

(ex: transferência da marquesa operatória para cama)

Incluindo clientes com: HIV/Sida; Hepatite B, C; Sífilis; Herpes Simples e Zoster.

EPI a utilizar deve ser adequado ao risco de contaminação.



18/7/2024

17

(CDC, 2023; CDC, 2024a; DGS, 2013; Siegel et al., 2007)

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente em situação de isolamento diagnosticado

Risco de contacto com fluidos orgânicos

### Isolamento Contacto

Adenovirus; Varicela; e VSR; **Multiresistentes:** MRSA; VISA/VRSA; VRE; ESBL; Streptococcus pneumoniae resistentes à penicilina; KPC; EPC; SARS; ABMR; PAMR

Transmite-se através do contacto direto com pele e/ou mucosas ocorrendo transferência direta de microorganismos entre os clientes ou pelas mãos contaminadas dos profissionais de saúde ou ainda, por contacto indireto com superfícies contaminadas.



18/7/2024

18

(CDC, 2023; CDC, 2024a; DGS, 2013; HIS, 2013; Siegel et al., 2007; UK Health Security Agency, 2022)

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente em situação de isolamento diagnosticado

Risco de contacto com fluidos orgânicos

### Isolamento de Contacto Via Entérica

Transmite-se através do contacto **direto ou indireto** com fezes ou **superfícies/objetos contaminados**. Transmissão fecal-oral.

*Clostridium difficile*; Febre tifoide; Hepatite A



18/7/2024

19

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente em situação de isolamento diagnosticado

Risco de contacto com fluidos orgânicos

### Isolamento de Gotículas

Transmite-se através da **respiração** – tosse, fala, espirro através dos quais são **projetadas partículas para o ar**. Pelo peso das **partículas** estas não conseguem, normalmente, **depositar-se em distâncias superiores a 1 m e não ficam suspensas no ar**.

Adenovirus; Parvovirus; Tosse convulsa; Meningite; VSR; Bronquiolite viral/bacteriana; Difteria.



18/7/2024

20

(CDC, 2023; CDC, 2024a; DGS, 2013; Siegel et al., 2007)

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente em situação de isolamento diagnosticado

Risco de contacto com fluidos orgânicos

### Isolamento de Via Aérea

Tuberculose pulmonar;  
Varicela;  
SARS;  
Sarampo.

Transmite-se através da **respiração** – tosse, fala, espirro. As partículas são projetadas para o ar e como podem ser **mais leves** que este, **ficam em suspensão**, sendo **transportadas para longas distâncias**. A inalação desse ar com a bactéria é o suficiente para uma pessoa saudável desenvolver doença.



Sala com ventilação em pressão negativa e porta da sala fechada.

(CDC, 2023; CDC, 2024; DGS, 2013; Siegel et al., 2007)

18/7/2024

21

## EPI's a utilizar pelo profissional de saúde no contacto com cliente em situação de risco acrescido de infeção

### Isolamento de Proteção

Reforço das PBCI.

Imunossuprimidos



Acréscem precauções básicas em situação de risco de salpicos e/ou pulverizações de fluidos orgânicos

Sala em pressão positiva. Porta fechada.

(DGS, 2013)

18/7/2024

22

# 05

## Descontaminação de Equipamento e Sala Operatória & Controlo Ambiental

23

### CONTROLO AMBIENTAL

Quando Descontaminar?

#### Por rotina

De acordo com o protocolo do serviço

PLANO DE HIGIENIZAÇÃO  
SEMANTAL BO<sub>1</sub> e BO<sub>2</sub>

Sempre que as superfícies  
esteja visivelmente sujas  
ou após ocorrer  
contaminação de fluidos  
orgânicos

Realizar registo da descontaminação realizada na folha de registo diário.

18/7/2024

24

(DGS, 2013)

## CONTROLO AMBIENTAL

Quando Descontaminar?

### Situação de derrame de sangue / fluidos orgânicos

- evento de risco acrescido para a transmissão de microrganismos, devendo ser removido de forma segura – de acordo com o protocolo em vigor - IT.0528.01

Imagem fornecida pela instituição – protocolo de derrames

Após a transferência ou alta da unidade onde se encontra.



Realizar registo da descontaminação realizada na folha de registo diário.

(DGS, 2013)

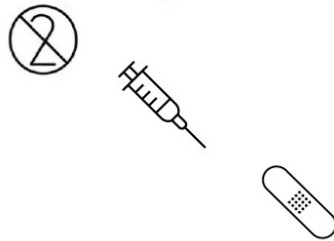
18/7/2024

25

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Classificação

**Uso único** não permite reutilização mesmo após descontaminação.



**De uso num único cliente** pode-se reutilizar no mesmo cliente



(Orto Curitiba, n.d.)

18/7/2024

26

(DGS, 2013)

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

### CLASSIFICAÇÃO

#### Reutilizável

destinado a ser usado mais do que uma vez, após descontaminação obrigatória entre clientes e/ou entre utilizações no mesmo utente.



18/7/2024



27



DGS, 2013

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

### Manutenção e Descontaminação

- ❑ O equipamento em uso deve encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação .
- ❑ As recomendações do fabricante devem ser consultadas para a sua utilização, bem como nos métodos de descontaminação, pelo que devem estar disponíveis nos locais de utilização .
- ❑ Os solutos anti-sépticos (exceto álcool a 70%) ou agentes de lavagem da pele, **não devem ser utilizados** para descontaminar o equipamento .



18/7/2024

28

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Definições



**Limpeza:** Remoção da sujidade - visível ou perceptível - presente em equipamentos, superfícies ou materiais, através da utilização de água e detergente/sabão.

18/7/2024

29



**Desinfecção:** Remoção, inativação ou destruição de microrganismos presentes em equipamentos, superfícies ou materiais.

- soluções desinfetantes (químicos)
- máquinas com ciclos de desinfecção (físicos)

Impede a transmissão de partículas infecciosas durante a manipulação destes materiais, equipamentos ou superfícies.

(CDC, 2024b)

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Definições



**Detergente:** Produto que facilita a remoção dos resíduos orgânicos e inorgânicos dos objetos ou superfícies, e que possibilita uma limpeza por contacto ou imersão.

18/7/2024

30



**Desinfetante:** Agente/substância química que se aplica em materiais, equipamentos e superfícies, que elimina por ação direta os microrganismos indesejáveis e inativa os vírus, reduzindo-os a um nível não prejudicial à saúde.

(CDC, 2024b)

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Definições



A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

18/7/2024

31

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Porquê?



O **equipamento clínico** utilizado nos clientes tem um grande risco de contaminação por **fluidos orgânicos e agentes infecciosos**.

A **inadequada descontaminação** dos equipamentos clínicos e das salas operatórias pode contribuir para a **transmissão cruzada** de agentes patogénicos entre doentes, sendo um foco de infeção.



A **transmissão cruzada** pode acontecer também de forma indireta, pelas **mãos** de qualquer profissional de saúde pela inadequada higienização dos equipamentos.

18/7/2024

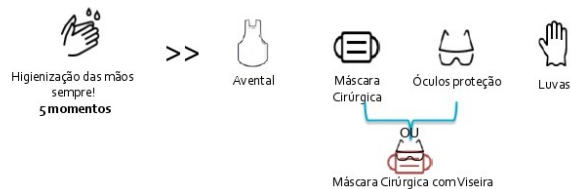
32

(CDC, 2024a)

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Princípios Básicos

1) Manusear os produtos sempre com EPI adequados à situação:



2) Em situação de isolamento diagnosticado, o EPI a utilizar deve ter em conta as procedimentos de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT) e as superfícies contaminadas ou materiais em contato com clientes infetados devem ser higienizados de acordo com o procedimento em vigor.

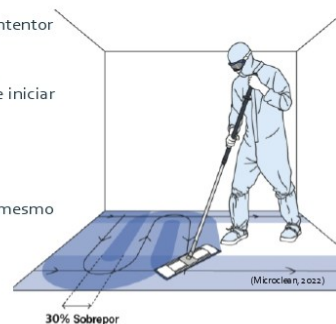
18/7/2024

33

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Princípios Básicos

- 3) Os instrumentos cirúrgicos devem ser colocados em contentor próprio e levados até à esterilização de imediato.
- 4) Remover todos os objetos e materiais contaminados antes de iniciar a limpeza (lixos e roupa) devidamente vedados;
- 5) Limpar das zonas mais limpas para as mais sujas;
- 6) Limpar em movimentos em forma de "S", não repetindo o mesmo sítio onde já se limpou;



18/7/2024

34

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Princípios Básicos

- 7) Em caso de derrame sangue, urina, fezes ou vômito no chão, a zona deve ser restrita de imediato com papel absorvente por forma a reduzir o excesso, depois eliminado no lixo do grupo III, seguindo o procedimento de derrames em vigor.
- 8) Em caso de derrame de citostáticos a zona deve ser limpa de imediato utilizando o kit de derrame para o efeito, seguir o procedimento de derrames de citostáticos em vigor.



18/7/2024

35

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Limpeza

Detergente

+

Toalhetes secos descartáveis

OU

Pano de descartável para chão

DISMOFIX G



**Diluição:** 5 ml em 1 litro de água fria.  
**Validade Após diluição:**  
- Em balde: máximo 24h  
- Garrafa Pulverizadora: 1 semana

Octollin

Limpeza de superfícies e objetos laváveis



Limpeza de chão



A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfeção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

18/7/2024

36

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Desinfecção

Desinfetante

+

Toalhetes secos descartáveis

OU

Toalhetes desinfetantes

Badilol® 30 Foam



Desinfetante de base alcoólica de largo espectro

Diluição: Pronto a utilizar

Tempo de ação: 30 segundos – deixar evaporar

Onde: Todas as superfícies (pele, acrílico, monitores, inox, ...)

Validade: 12 m após abertura.

Octollin®



Limpeza de superfícies e objetos laváveis

Medipal®



Desinfetante de base alcoólica de largo espectro

Tempo de ação: 30 seg – 1 min.

Deixar secar ao ar, Trocar sempre que fique seco ou sujo.

Onde: Macas, marquesas, máquinas perfuroras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos

Validade: 1 m após abertura.

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS – Clientes infetados - Clostridium difficile/ Tuberculose Pulmonar

Desinfecção

Desinfetante

Dismozon® Plus



Desinfetante com oxigênio ativo de largo espectro

Diluição:

Como esporicida - dissolver 3 saquetas em 2L de água fria;

Como tuberculicida - dissolver 1 saqueta em 1L de água fria;

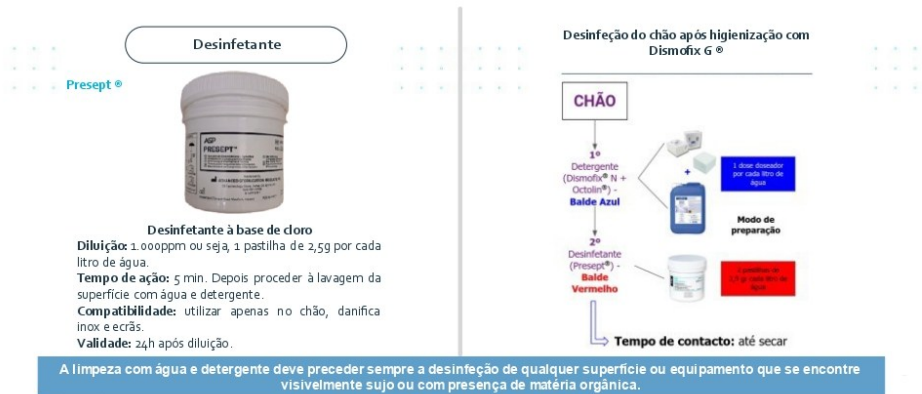
Onde: Compatibilidade alargada com materiais.

Tempo de ação: 2h contacto e depois limpar com pano humedecido com água.

Validade: 8h após preparação.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS - *Clostridium Difficile* Desinfecção



## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Antes do programa cirúrgico

### Objetivo

**Remover os resíduos acumulados durante o período de repouso**

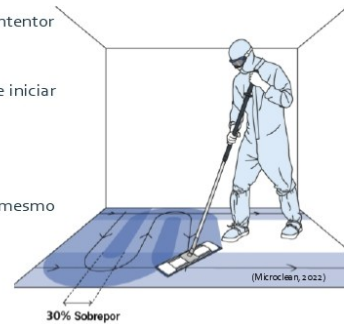


- ❑ Remover as coberturas lentamente e de forma progressiva, dobrar para a face que estava exposta (minimizando espalhar as partículas na sala);
- ❑ Limpar as superfícies horizontais com pano descartável;
- ❑ Realizar a limpeza das superfícies mais altas para as mais baixas;

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Princípios Básicos

- 3) Os instrumentos cirúrgicos devem ser colocados em contentor próprio e levados até à esterilização de imediato.
- 4) Remover todos os objetos e materiais contaminados antes de iniciar a limpeza (lixos e roupa) devidamente vedados;
- 5) Limpar das zonas mais limpas para as mais sujas;
- 6) Limpar em movimentos em forma de "S", não repetindo o mesmo sitio onde já se limpou;



18/7/2024

34

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Princípios Básicos

- 7) Em caso de derrame sangue, urina, fezes ou vômito no chão, a zona deve ser restrita de imediato com papel absorvente por forma a reduzir o excesso, depois eliminado no lixo do grupo III, seguindo o procedimento de derrames em vigor.
- 8) Em caso de derrame de citostáticos a zona deve ser limpa de imediato utilizando o kit de derrame para o efeito, seguir o procedimento de derrames de citostáticos em vigor.



18/7/2024

35

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS Limpeza

Detergente

+

Toalhetes secos descartáveis

OU

Pano de descartável para chão

**DISMOFIX G**



**Diluição:** 5 ml em 1 litro de água fria.  
**Validade Após diluição:**

- Em balde: máximo 24h
- Garrafa Pulverizadora: 1 semana

**Octollin**

Limpeza de superfícies e objetos laváveis



Limpeza de chão



A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

18/7/2024

36

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS Desinfecção

Desinfetante

+

Toalhetes secos descartáveis

OU

Toalhetes desinfetantes

**Bacillol 30 Foam**



**Desinfetante de base alcoólica de largo espectro**  
**Diluição:** Pronto a utilizar  
**Tempo de ação:** 30 segundos – deixar evaporar.  
**Onde:** Todas as superfícies (pele, acrílico, monitores, inox, ...)  
**Validade:** 12 m após abertura.

**Octollin**

Limpeza de superfícies e objetos laváveis



**Medipal**



**Desinfetante de base alcoólica de largo espectro**  
**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min.  
Deixar secar ao ar. Trocar sempre que fique seco ou sujo.  
**Onde:** Macas, marquêsas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos  
**Validade:** 1 m após abertura.

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS

### CLÍNICOS – Clientes infetados Desinfecção

#### Desinfetante

Mikrobac forte®



**Desinfetante não alcoólico de largo espectro**  
**Diluição:** 2 carteiras de Mikrobac / 2l de água fria.  
**Tempo de ação:** 5 min. Deixar secar ao ar.  
**Validade:** 28 dias após preparação.

#### Uso e preparação

Após colocar o rolo, aguardar até que os toalhetes fiquem bem molhados.

- 1 Toalhete para o colchão;
- 1 Toalhete para as grades e outras superfícies da cama;
- 1 Toalhete para as restantes superfícies da unidade do doente. Deixar secar ao ar.

**Para remover resíduos do desinfetante utilizar um toalhete impregnado com água, depois do tempo de contato.**

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS

### CLÍNICOS – Clientes infetados - *Clostridium difficile*/

### Tuberculose Pulmonar Desinfecção

#### Desinfetante

Dismozon® Plus



**Desinfetante com oxigénio ativo de largo espectro**

#### Diluição:

Como esporicida - dissolver 3 saquetas em 2L de água fria;

Como tuberculicida - dissolver 1 saqueta em 1L de água fria;

**Onde:** Compatibilidade alargada com materiais.

**Tempo de ação:** 2h contacto e depois limpar com pano humedecido com água.


**Validade:** 8h após preparação.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS - *Clostridium Difficile* Desinfecção

**Desinfetante**

Presept®



**Desinfetante à base de cloro**


**Diluição:** 1.000ppm ou seja, 1 pastilha de 2,5g por cada litro de água.

**Tempo de ação:** 5 min. Depois proceder à lavagem da superfície com água e detergente.

**Compatibilidade:** utilizar apenas no chão, danifica inox e ecrãs.

**Validade:** 24h após diluição.

**Desinfecção do chão após higienização com Dismofix G®**



**CHÃO**

1º Detergente (Dismofix® N + Octolin®) - Balde Azul

2º Desinfetante (Presept®) - Balde Vermelho

**Tempo de contacto:** até secar

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Antes do programa cirúrgico

### Objetivo

**Remover os resíduos acumulados durante o período de repouso**



- ❑ Remover as coberturas lentamente e de forma progressiva, dobrar para a face que estava exposta (minimizando espalhar as partículas na sala);
- ❑ Limpar as superfícies horizontais com pano descartável;
- ❑ Realizar a limpeza das superfícies mais altas para as mais baixas;

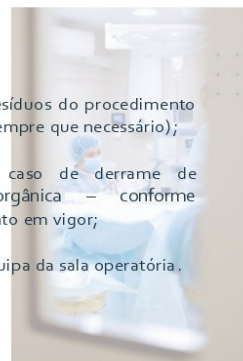
## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Durante do programa cirúrgico

### Objetivo

**Manutenção da descontaminação do ambiente e reduzir o risco de infecção.**

- ❑ Remover resíduos do procedimento cirúrgico (sempre que necessário);
- ❑ Atuar em caso de derrame de matéria orgânica – conforme procedimento em vigor;
- ❑ Apoiar a equipa da sala operatória.



18/7/2024

42

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Entre procedimentos cirúrgico

**Momento crucial para a prevenção da transmissão de infeções cruzadas entre clientes, através da contenção e eliminação de qualquer agente patogénico.**



- ❑ Começar pelas superfícies horizontais expostas a matéria orgânica ou visivelmente sujas, recorrendo a água e detergente.
- ❑ Desinfetar superfícies horizontais que estiveram em contacto com o cliente e/ou previamente com matéria orgânica ou visivelmente sujas.
- ❑ Repetir o procedimento nas superfícies verticais.

18/7/2024

43

## Descontaminação da Sala Operatória e Equipamentos Clínicos: Entre e após procedimentos cirúrgicos

Clientes em situação de isolamento

- 1) Colocação EPI de acordo com as PBCI e P.BVT.



- 2) Realizar primeira higienização antes da entrada da cama do cliente na sala;

Imagem fornecida pelo serviço – higienização prévia do chão

EPI para higienização da sala operatória	PBCI Considerar?	Tóxico Químico	Isol. Contacto e Isol. Via Aérea	Isol. Gotículas	Isol. Via Aérea	
Luvas	Risco de contacto com sangue, secreções	X	X	X	X	
Arreental		X				
Bata manga comprida	Risco de contaminação com sangue, fluidos ou secreções e isolamento.		X	X	X	
Máscara cirúrgica com viseira (de isolamento completa sem visor, equivalente à de protecção)	Risco de salpicos de sangue ou matéria orgânica, fluidos ou secreções para mucosa nasal, oral e ocular.	X	X	X		
Máscara FFP2 / M35	Isolamento via respiratória (aerossóis na sala).				X	
Óculos de protecção	Risco de salpicos de sangue ou matéria orgânica, fluidos ou secreções para mucosa nasal, oral e ocular.				X	
Ordem de Colocação de EPI						
Ordem de Remoção de EPI						

18/7/2024

44

## Descontaminação da Sala Operatória e Equipamentos Clínicos: Entre e após procedimentos cirúrgicos

Situação de Isolamento e Rotina - Passo a passo

Ordem de higienização:

- 3) Remoção do material contaminado:
  - Instrumentos cirúrgicos (em contentor próprio);
  - lixo fechados com atilho;
  - roupa em saco (fechado).

Remover primeiro a sujidade visível (secar bem) e depois desinfetar.

Imagem fornecida pelo serviço – higienização de candeeiro cirúrgico

- 4) Candeeiros cirúrgicos;

18/7/2024

45

## Descontaminação da Sala Operatória e Equipamentos Clínicos: Entre e após procedimentos cirúrgicos

Situação de Isolamento e Rotina - Passo a passo

5) Superfícies do carro de anestesia;



6) Superfícies do ventilador, monitor de sinais vitais (incluindo fios do ECG, braçadeira e oxímetro); garrote pneumático; computadores, teclados, rato do computador, etc.)

18/7/2024

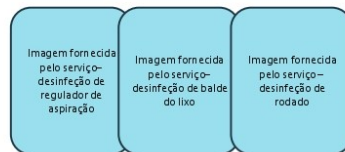
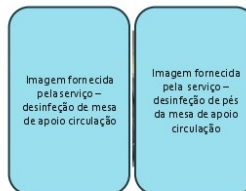
46

## Descontaminação da Sala Operatória e Equipamentos Clínicos: Entre e após procedimentos cirúrgicos

Situação de Isolamento e Rotina - Passo a passo

7) Marquesa operatória, apoios de braços e restantes acessórios de posicionamento;

8) Mesas de apoio (circulação e instrumentação);



9) Equipamentos fixos e móveis (reguladores de aspiração; balas; troleys);

10) Maçanetas de portas e puxadores;

11) Interruptores da luz;

12) Bancos e degraus;

13) Baldes do lixo e rodados;



18/7/2024

47

## Descontaminação da Sala Operatória e Equipamentos Clínicos: Entre e após procedimentos cirúrgicos

Situação de Isolamento e Rotina - Passo a passo

14) Chão e desinfecção do rodo (se conspurcadas);

15) Paredes e teto (se sujo e /ou isolamento);

16) Remoção dos EPI:



Se possível, chamar equipa de limpeza para realizar higienização das paredes e teto.

17) Proceder ao registo desta higienização em impresso próprio - Registo Diário de Higienização da Sala Operatória.

(DGS, 2013; CDC, 2023; CDC, 2024; Siegel et al., 2007; WHO, 2018a; WHO, 2018b)

18/7/2024

47

# 06

## Manuseamento Seguro da Roupa

50

59

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

### Roupa Limpa



- ❑ Deve ser acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados.
- ❑ Devem estar afastadas do chão (mínimo 30 cm).
- ❑ As prateleiras devem ser limpas e desinfetadas nos intervalos de tempos planeados – descrito no plano semanal.
- ❑ A roupa deve ser manipulada o mínimo possível, antes da sua utilização e sempre com as mãos limpas.
- ❑ Deve existir uma Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) junto ao local de acondicionamento, que permita a higienização das mãos previamente à manipulação.

(DGS, 2013)

18/7/2024

51

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

### Roupa Suja/ Contaminada

**A roupa suja pode conter um grande número de microrganismos, no entanto, a transmissão de infeções por esta via, são geralmente relacionados com más práticas, devendo ser considerada contaminada após a sua utilização.**

- ❑ Manusear sem abanar ou sacudir.
- ❑ Usar um avental impermeável;
- ❑ Usar luvas se apresentar suja com fluidos orgânicos;
- ❑ Higienizar sempre as mãos após a manipulação de roupa contaminada, mesmo que sejam usadas luvas;



(DGS, 2013)

18/7/2024

51

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA

Roupa Suja/Contaminada

- ❑ Após ser removida, depositar de imediato em saco impermeável que deve estar próximo do local de remoção.
- ❑ Não colocar a roupa contaminada no chão ou noutra superfície.
- ❑ Os sacos não podem ser cheios a mais de  $\frac{2}{3}$  da sua capacidade.
- ❑ Guardar os sacos fechados, em local apropriado.
- ❑ Não manipular a roupa após estar colocada no saco.

18/7/2024

52

(DGS, 2012)



# 07

## Recolha Segura de Resíduos

53

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS

Acondicionamento de Resíduos

Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser imediatamente eliminados no local onde são produzidos e separando-os de acordo com os grupos a que pertencem.

Grupo I/II + reciclagem; Grupo III;  
Grupo IV.



Os contentores de resíduos não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento em segurança.

Os contentores que se encontram junto ao local de produção de resíduos devem permanecer fechados (sistema de fecho intermédio) enquanto estão em uso.

Os contentores reutilizáveis – saco a forrar o interior do balde, devem manter-se limpos e ser higienizados conforme as indicações protocoladas.

(DGS, 2013)

187/2024

54

# 08

## Quais são os riscos da não adesão às PBCI?

55

## O QUE ACONTECE SE AS PBCI NÃO FOREM IMPLEMENTADAS?

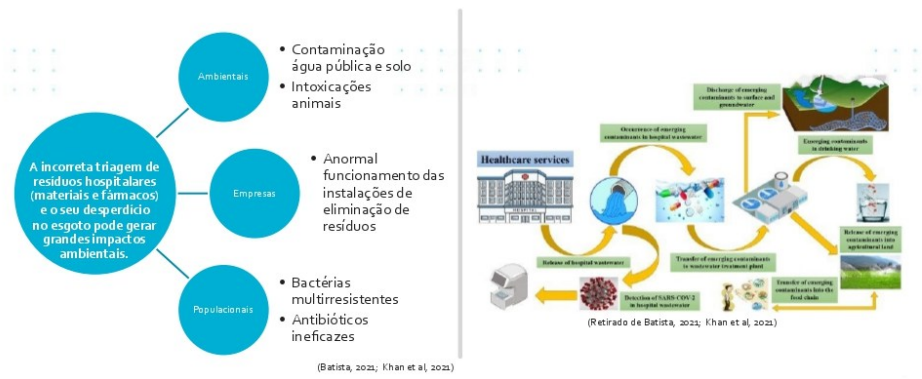
A não adesão às PBCI é um problema real!



18/7/2024

## CONTAMINAÇÃO DO MEIO AMBIENTE E POPULAÇÃO

Riscos da não adesão às PBCI - triagem de resíduos inadequada



18/7/2024

## RISCOS PARA O CLIENTE

Riscos da não adesão às PBCI

- Transmissão de doenças infetocontagiosas como: HIV/SIDA; HEPATITE B, C;
- Infecções cruzadas multirresistentes, com elevado **risco de morte**, nomeadamente: Infecções do local cirúrgico; Infecções urinárias multirresistentes .
- Aumento do tempo de internamento e custos;
- Aumento das comorbilidades pós-operatórias.



(Sobral de Prima, 2020)

(@vaco289, n.d.)



(Science Photo Library & Marazzi, n.d. - a)

18/7/2024

58

# 09

## Exposição de Risco no Local de Trabalho

59

64

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO

Riscos da não adesão às PBCI

Ocorre através de sangue e fluidos orgânicos!

Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.

IT.0872.01

Imagem fornecida pelo serviço – Instrução de trabalho situação em caso de corte/picada ou exposição a fluidos biológicos

18/7/2024

Quando considerar exposição significativa:



(DGS, 2013)

60

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO

Riscos da não adesão às PBCI

□ Doenças infetocontagiosas após exposição a: HIV/SIDA; HEPATITE B, C.  
*Mycobacterium tuberculosis*; *Neisseria Meningitidis*;

□ Infecções Respiratórias;

□ Infecções multirresistentes, com elevado risco de morte.



(DGS, 2013)

18/7/2024

61

Se todos aderirmos às PBCI,  
vamos conseguir prevenir e  
reduzir as infeções cruzadas.  
Protegendo-nos a nós, ao  
ambiente e aos outros!

62

**Obrigado**

63

66

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, N. (2021). Gestão de resíduos hospitalares [Dissertação De Mestrado, Repository of the University of Lisbon]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50562/1/uf004969o\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50562/1/uf004969o_tese.pdf)
- Center for Disease Control and Prevention. (2024, April 12). *Infection control guidance: Preventing methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/mrsa/hcp/infection-control/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Department of health and human services centers for disease control and prevention*. <https://www.cdc.gov/hicpac/media/pdf/2023-june-hicpac-summary-508.pdf> <https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/2023-june-hicpac-summary-508.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024, April 12). *CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2024, Março 19). *Key Definitions & Abbreviations: Healthcare-Associated Infections (HAIs)*. <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/cleaning-global/definitions.html>
- Dias, D. (2021). Dispositivos auxiliares do posicionamento do doente cirúrgico. In Wordpress.com. <https://danielaenfermeriaperioperatoria.wordpress.com/wp-content/uploads/2021/10/soga-gel-calcnhar.jpeg>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Norma clínica 028/2014, de 9/12/2014 atualizada a 27/04/2014*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde. Norma n.º 007/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção geral da Saúde. (n.d.). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. <http://www.dgs.pt> <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materias-forma>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, Outubro 31). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBC): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. [https://www.sp.ppt/UserFiles/Files/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA-%20DGS\\_029\\_2012%20AC.T%202013.pdf](https://www.sp.ppt/UserFiles/Files/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA-%20DGS_029_2012%20AC.T%202013.pdf)

18/7/2024

64

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Exenin. (2018). O que fazer se você sustentar um ferimento com agulha no trabalho? In Exenin. <http://exenin.com/lesao-pessoal/acidente-de-trabalho/ferimento-por-picada-de-agulha-no-trabalho/>
- Flatiron. (2024). Flatiron free vector icons. In Flatiron. <https://www.flatiron.com/>
- Healthcare Infection Society. (2023). *MRSA guidelines: Frequently asked questions*. Healthcare Infection Society. <https://www.his.org.uk/resources-guidelines/guidelines-and-guidance-by-topic/mrsa-guidelines/>
- Jaxxo289. (n.d.). Wound dehiscence open wound unsuccessful medical stitches horizontal format [Fotografia]. In Depositphotos. Retrieved July 7, 2024, from <https://depositphotos.com/photo/wound-dehiscence-open-wound-unsuccessful-medical-stitches-horizontal-format-37487716.html>
- Khan, M. T., Shah, I. A., Ihsanullah, I., Naushad, M., Ali, S., Shah, S. H. A., & Mohammad, A. W. (2021). Hospital wastewater as a source of environmental contamination: An overview of management practices, environmental risks, and treatment processes. *Journal of Water Process Engineering*, 42(100990). <https://doi.org/10.1016/j.jwpe.2021.100990>
- Microdean. (2022, October 11). *PureGuard mapping techniques*. Microdean. <https://www.mikroclean.com/row/news-and-blog/pureguard-mapping-techniques>
- Orto Curitiba. (n.d.). *Perneira de compressão tornozelo pantufinha e caixa*. In Orto Curitiba. <https://www.ortocuritiba.com.br/perneira-7f8-para-aparelho-dvt-2600.html>
- Pinheiro, P. (2024). *Erupções de pele do HIV no tronco* [Fotografia]. In www.mdsaude.com. <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/aid-s-hiv-fotos/>
- Pixabay. (2024). *Stunning royalty-free images & royalty-free stock*. Pixabay. <https://pixabay.com/>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-a). *Infected coronary bypass graft wound* [Fotografia]. In Science photo library. <https://www.sciencephoto.com/media/68304/view>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-b). *Infected post-operative wound* [Fotografia]. In Science Photo Library. <https://www.sciencephoto.com/media/353472/view>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 32(10), 565–584. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>

18/7/2024

65

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sobral de Prima. (2020). Ventilador Pulmonar [Fotografia]. In *Sobral de Prima Blogspot*. <https://sobraldeprima.blogspot.com/2020/06/cara-recebe-105-ventiladores.html>
- Stockdevil\_666. (n.d.). Pulmonary tuberculosis film x-ray of chest show patchy infiltrate at right lung due to TB infection [Fotografia]. In *Depositphotos*. <https://depositphotos.com/portfolio-2729663.html?contentphoto&sh=2f527c968a2ba7d8e4e03cc65580a9d2c49723b8q&view=166604426>
- UK Health Security Agency. (2022). Framework of actions to contain carbapenemase-producing enterobacteriales framework of actions to contain carbapenemase-producing enterobacteriales 1. In *gov.uk*. [https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6346c44d3b7f54f2bd82d/Framework\\_of\\_actions\\_to\\_contain\\_CPE.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/media/6346c44d3b7f54f2bd82d/Framework_of_actions_to_contain_CPE.pdf)
- World Health Organization. (2018a). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2nd ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277339/9789241550475-eng.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2018b). *Surgical site infection*. World Health Organization. <http://www.who.int/teams/integrated-health-services/infection-prevention-control/surgical-site-infection>

APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE AUDITORIA AO CUMPRIMENTO DAS  
MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA

Critério nº	Critério de auditoria	Conforme	Não conforme	Não Aplicável	Observações
1	Foram utilizados os EPIs adequados ao procedimento de higienização e descontaminação da sala, tendo em conta as PBCI e PBVT.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Todos os objetos e materiais contaminados foram removidos da sala, devidamente selados, antes de se iniciar a limpeza (livos, roupa, instrumentos cirúrgicos).	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Os instrumentos cirúrgicos foram colocados em contentor próprio e transportados para a esterilização em carro próprio.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	A limpeza foi realizada das zonas mais limpas para as mais sujas.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	No caso de as superfícies se encontrarem visivelmente sujas ou com matéria orgânica, estas foram higienizadas previamente com água, detergente e pano descartável, antecipando a descontaminação - de acordo com o protocolo em vigor.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	A descontaminação dos equipamentos foi realizada de acordo com o protocolo em vigor e tendo em conta as instruções do fabricante.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Em situação de derrame de sangue, urina, fezes ou vômito no chão: a zona foi restrita de imediato com papel absorvente (por forma a reduzir o excesso) e eliminado no lixo do grupo III, seguindo o procedimento de derrames em vigor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
8	Em situação de isolamento de contacto: foram utilizados os produtos de limpeza e desinfecção adequados ao isolamento e tendo em conta as PBVT, de acordo com o protocolo em vigor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
9	Foi realizada correta remoção de EPIs.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	Foi realizada correta higienização das mãos no fim do procedimento.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
<b>Taxa de conformidade global ao procedimento</b>				<b>Observações Finais</b>	
63%					
<b>Fórmula de Cálculo</b>					
[Total de respostas conforme ____ / Total de respostas aplicáveis ] X 100 = ____%					

Exemplo de registo de auditoria ao procedimento de descontaminação e higienização da sala operatória, no instrumento de auditoria contruído em *Excel*.

<b>Taxa de conformidade global das auditorias</b>		<b>Taxa de conformidade global das auditorias</b>	<b>Média das taxas de conformidade global ao procedimento</b>
62.50%			
<b>Critério</b>	<b>Taxa de conformidade global por critério</b>	<b>Taxa de conformidade por cada critério</b>	<b>[Total de respostas conforme no critério ____ / Total de respostas aplicáveis ] X 100 = ____%</b>
1	100%		
2	0%		
3	100%		
4	0%		
5	100%		
6	100%		
7	NA		
8	NA		
9	100%		
10	0%		

Exemplo da folha “resumo de conformidades” do instrumento de auditoria construído em Excel sobre o procedimento de descontaminação e higienização da sala operatória - a tabela representa a conformidade obtida na auditoria introduzida no formulário exemplificado na primeira figura deste apêndice, dado ser a única preenchida para o efeito.

**ANEXOS**

72

ANEXO I - FOLHA DE REGISTO DE PRESENCAS

**DOSSIER TÉCNICO PEDAGÓGICO**  
REGISTO DE PRESENCAS – Folha nº

<b>AÇÃO DE FORMAÇÃO</b>			
Nome da formação	Bloco   Procedimento   Higiene ambiental e de superfícies em Bloco Operatório		
Duração (hr:min)	1 : 45 minutos	Data	18-07-2024 a 18-07-2024
		Local (Unidade)	Hospital
Formador interno	Nome	Enfermeira tutora      Enfermeira adjunta	
Outros formadores internos	Nº/Nome		
Formador externo	Nome	Margarida Correia	Entidade externa: Escola Superior de Saúde Egas Moniz

	FORMANDOS NOME (o mais completo possível)	Nº Mecanográfico	COLABORADOR	FORMADOR
			ASSIN Presencial	X (se Sincrona)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**OBSERVAÇÕES DO FORMADOR**  
Estágio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de doente peri-operatório: formação de final projeto

**PRESENCIAL** - Confirmando as presenças assinadas pelo colaborador  
Assinatura formador: *Margarida Correia*

**SINCRONA** - Confirmando as presenças online assinadas por mim  
Assinatura formador

Este documento é da responsabilidade de [ ] não podendo ser alterado sem a sua validação.



**DOSSIER TÉCNICO PEDAGÓGICO**  
REGISTO DE PRESENCAS - Folha nº



AÇÃO DE FORMAÇÃO					
Nome da formação	Bloco   Procedimento   Higiene ambiental e de superfícies em Bloco Operatório				
Duração (hr:min)	1 : 45 minutos	Data	18-07-2024 a 18-07-2024	Local (Unidade)	Hospital
Formador interno	Nome				
Outros formadores internos	Nº/Nome		Nome		
Formador externo	Nome	Margarida Correia	Entidade externa	Escola Superior de Saúde Egas Moniz	

FORMANDOS		COLABORADOR		FORMADOR
NOME (o mais completo possível)		Nº Mecanográfico	ASSIN Presencial	X (se Sincrona)
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**OBSERVAÇÕES DO FORMADOR**  
Estágio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de doente peri-operatório; formação de final projeto

**PRESENCIAL** - Confirmando as presenças assinadas pelo colaborador  
Assinatura formador: *Margarida Pinto Correia*

**SÍNCRONA** - Confirmando as presenças online assinadas por mim  
Assinatura formador: Enfermeira Tutora

Este documento é da responsabilidade de [Redacted] não podendo ser alterado sem a sua validação.

ANEXO II - FICHA DE FORMAÇÃO/CERTIFICADO SOBRE “IMPORTÂNCIA DA  
ADESÃO ÀS MEDIDAS DE PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO”  
FORNECIDO PELO SERVIÇO

DOSSIER TÉCNICO PEDAGÓGICO  
FICHA DA FORMAÇÃO

AÇÃO DE FORMAÇÃO							
Nome da formação	Bloco   Procedimento   Higiene ambiental e de superfícies em Bloco Operatório						
Duração (hr:min)	1	:	45 minutos	Data	18-07-2024	a 18-07-2024	
Formador interno	Nome					Local (Unidade)	Hospital
Outros formadores internos	Nº/Nome	Enfermeira tutora		Enfermeira adjunta		Nº mecanográfico	
	Formador externo	Nome	Margarida Correia		Entidade externa	Hospital Superior de Saúde Egas Moniz	

**DESTINATÁRIOS**  
Auxiliares de Ação Médica

**OBJETIVOS DA FORMAÇÃO**  
Sensibilizar os auxiliares de ação médica sobre a importância do cumprimento das PBC's e sobre os métodos rigorosos de higienização da sala operatória, nomeadamente em situação de isolamento de contacto, com intuito de prevenir e controlar as IAC's, garantindo a segurança do cliente e dos profissionais de saúde.

**CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS**

- Precauções Básicas de Controlo de Infecção
- Higienização das mãos
- Etiqueta respiratória
- EPI's
- Descontaminação de equipamentos clínicos e controlo ambiental
- Manuseamento seguro da roupa
- Riscos da não adesão às PBC's
- Exposição a agentes microbianos no local de trabalho

**APLICABILIDADE DA FORMAÇÃO**

- Reconhecer as PBC's
- Compreender os riscos da inadequada implementação das PBC's para os profissionais de saúde e clientes
- Reconhecer o correto procedimento de higienização das mãos e os 5 momentos
- Conhecer as medidas de etiqueta respiratória
- Reconhecer os EPI's e a sua adequada utilização e importância
- Uniformizar procedimentos sobre a higienização de superfícies e equipamentos no serviço de Bloco Operatório, nomeadamente em situações de isolamento diagnosticado
- Reconhecer o manuseamento de resíduos e roupa hospitalar
- Reconhecer as situações de exposição de risco no local de trabalho

**METODOLOGIA**  
Método expositivo

**RECURSOS PEDAGÓGICOS**  
Apresentação

**OBSERVAÇÕES DO FORMADOR**  
Estágio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica Vertente de doente peri-operatório: formação de final projeto

**AVALIAÇÃO DO FORMADOR** (Escala a utilizar na avaliação: 1 - Discordo Totalmente; 2 - Discordo; 3 - Concordo; 4 - Concordo Totalmente)

Os objetivos da formação foram cumpridos	5
Os formandos foram assíduos e pontuais	5
Os formandos tinham os conhecimentos de base necessários	4
Os formandos foram participativos	4
As instalações e os meios audiovisuais foram adequados	3
O apoio administrativo e técnico pedagógico foi o adequado	5

**Apetos positivos:**

**Sugestões de melhoria:**

ASSINATURA DO FORMADOR: *Margarida Pinto Correia* DATA: 18/7/2024

Este documento é da responsabilidade de [ ] não podendo ser alterado sem a sua validação.

APÊNDICE VII – FICHAS CIRÚRGICAS OFTALMOLOGIA - SEGUNDO ESTÁGIO

## BLEFAROPLASTIA

### CONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Compressas pequenas sem contraste
- Campo de *Mayo* + campos com adesivo (2)  
OU Trougha universal
- Seringa *luerlock* 10 mL
- Seringa *luerlock* 5 mL
- Agulha diluição
- Agulha 30 G
- Caneta dermatográfica
- Canivete elétrico
- Ponta colorado
- Zargatoas
- Microesponjas (SOS)
- Faca 15
- Vicryl 6/0 2 agulhas
- Nylon 5/0 ou 6/0
- Prolene 5/0 (SOS)
- *Steristrips* largos
- Penso oftálmico OU ligadura (SOS)
- Placa neutra

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio
- Consola eletrocirurgia

### PEDAL:

- Microscópio à direita

### FARMÁCIA

- Anestocil
- Clorocil pomada (SOS)
- Soro frio

### ANESTESIA LOCAL – para a mesa

- 1 mL ácido tranexâmico
- 1 mL bicarbonato sódico
- Restante lidocaína 20%  
OU
- 1 mL ácido tranexâmico
- Restante ropivacaína  
OU
- Lidocaína com adrenalina

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa oculoplástica
- Caixa afastadores de pálpebra
- Caixa plástica
- Manípulos

## ELETRÓLISE

### CONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Compressas pequenas sem contraste (1)
- Campo de *Mayo*
- Campos com adesivo (2)
- *Prolene* agulha reta 10/0
- Canivete elétrico
- Seringa *Iuerlock* 5 mL (SOS)
- Agulha diluição (SOS)
- Agulha 30 G (SOS)
- Placa neutra

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio
- Consola eletrocirurgia

### PEDAL DO MICROSCÓPIO

- À direita

### FARMÁCIA

- Anestocil
- Lidocaína com adrenalina (SOS)

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa sutura de córnea
- Manípulos

## EXCISÃO DE QUISTO DA PÁLPEBRA

### CCONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Campo de Mayo
- Campo com buraco 125x150 +  
Campo com buraco 200x280 OU  
Campo com adesivo grande (2)
- Compressas pequenas sem  
contraste
- Seringa *luerlock* 5 mL
- Agulha diluição
- Agulha 30 G
- *Vicryl* 6/0 2 agulhas
- *Vicryl* *rapide* 5/0
- Canivete elétrico
- Placa neutra
- Ponta colorado reta
- Faca 15
- Caneta dermatográfica
- Zaragatoas (cotonetes)
- Penso oftálmico (SOS)
- Copo colheita de anatomia (SOS)

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio
- Consola eletrocirurgia

### PEDAL DO MICROSCÓPIO

- À direita

### FARMÁCIA

- Anestocil
- Lidocaina 20%
- Ropivacaína
- Soro Fisiológico
- Clorocil pomada

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa oculoplástica
- Caixa afastadores palpebrais
- Taça pequena
- Manípulos

## ECTRÓPIO E ENTROPIO / TIRA TARSAL

### CONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Compressas pequenas sem contraste
- Campo de Mayo
- Campos com adesivo (2)
- Seringa Luerlock 5 mL
- Agulha diluição
- Agulha 30 G
- Vicryl 6/0 2 agulhas
- Nylon 6/0
- Microesponjas
- Faca 15 OU Lâmina 15
- Penso oftálmico OU ligadura (SOS)

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio

### PEDAL DO MICROSCÓPIO

- À direita

### FARMÁCIA

- Clorocil pomada

### ANESTESIA LOCAL – para a mesa

- Lidocaína com adrenalina OU Ropivacaína

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa oculoplástica
- Manípulos

## MINI-MONOKA

### CONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Compressas pequenas sem contraste
- Campo de *Mayo*
- Campo Otorrinolaringologia
- Microesponjas
- *Codemans*
- Seringa 2 mL
- Agulha diluição
- Agulha 30 G
- Caneta dermatográfica
- Canivete elétrico
- Ponta colorado
- Placa neutra
- Aspirador
- Seda 6/0
- Seda 7/0
- *Vicryl* 6/0
- *Vicryl* 8/0
- *Freer*

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio
- Consola eletrocirurgia
- Aspirador de sala

### PEDAL DO MICROSCÓPIO

- À direita

### FARMÁCIA

- Neosinefrina
- Lidocaína com adrenalina

### ANESTESIA

- Tamponamento da orofaringe

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa plástica
- Caixa turbinoplastia
- Dilatadores lacrimais
- Manípulos
- Taça

## REPARAÇÃO DE CONJUNTIVA

### CONSUMÍVEIS

- Luvas
- Batas
- Compressas pequenas sem contraste (1)
- Campo de *Mayo*
- Campos com adesivo (2)
- Vicryl 7/0 2 agulhas
- Nylon 10/0
- Seringa 1 mL
- Seringa *Luerlock* 5 mL
- Agulha curva cinzenta oftalmologia
- Agulha 30 G (SOS)

### EQUIPAMENTOS

- Cadeira de oftalmologia
- Microscópio

### FARMÁCIA

- Anestocil
- Soro fisiológico
- Betadine diluição
- Provisc
- Cefuroxima intracameral (SOS)
- Lidocaina com adrenalina (SOS)

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa pterígeo
- Taça pequena
- Manípulos

APÊNDICE VIII - FICHAS CIRÚRGICAS UROLOGIA - SEGUNDO ESTÁGIO

## REPARAÇÃO DO URETÉR

### CONSUMÍVEIS

- Troupa RTU
- Batas
- Luvas
- Seringa 10 ml
- Seringa 20 ml (2)
- Compressas sem contraste pequenas (2)
- Capa de câmara
- Capa de raioX
- Sistema de irrigação duas vias
- Fio de nitinol 0.035 mm
- *Kit* de sonda ureteral duplo J Fr6/2mm-2cm
- Sistema de bomba *pumping*
- Saco coletor estéril
- Algália *foley* 16
- Ureterorenoscópio flexível (SOS)
- Cateter ureteral

### EQUIPAMENTOS

- *Trolley* urologia (STORZ – lado do rim a interencionar)
- Consola de laser
- Visualizador de imagem RaioX (na lateralidade a operar)
- RaioX (lateralidade oposta a operar)
- Aspirador de sala

### FARMÁCIA

- Soros 3000 mL
- Soro fisiológico 500 mL bico
- Contraste
- Instilagel 2x
- Agua bidestilada

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Cistoscópio
- Ureterorenoscópio semirrígido
- Taça riniforme
- Taça
- Pinças corpos estranhos (SOS)
- Caixa Fibra de laser + descarnadores
- Tesoura de fibra de laser

## URETEROLITOEXTRAÇÃO + DUPLO J

### CONSUMÍVEIS

- Trougha de RTU
- Batas
- Luvas
- Seringa 10 ml
- Seringa 20 ml
- Compressas sem contraste pequenas (2)
- Capa de câmara
- Capa de raioX
- Sistema de irrigação duas vias
- Fio de nitinol 0.035 x 150 cm
- *Kit* de sonda ureteral duplo J Fr6/2mm-2cm
- Sistema de bomba *pumping*
- *DAMPING* renoscópio flexível + bainha de acesso ureteral 12fr/35cm (SOS)
- Algália *foley* 18
- Saco coletor estéril

### EQUIPAMENTOS

- *Trolley* urologia (STORZ – lado do rim a interencionar)
- Consola de laser
- Visualizador de imagem raioX (na lateralidade a operar)
- RaioX (lateralidade oposta a operar)
- Aspirador sala

### FARMÁCIA

- Soros 3000 mL
- Soro fisiológico 500 mL bico
- Contraste
- Instiligel (2)
- Água bidestilada

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Taça riniforme
- Taça média
- Cistoscópio
- Ureterorenoscópio semi rígido
- Caixa tesoura de laser
- Caixa Fibra de laser 730mm e 420mm + descarnadores

## RESSEÇÃO TRANSURETRAL DE BEXIGA (RTU-V)

### CONSUMÍVEIS

- Trouxa RTU
- Batas
- Luvas
- Seringa 20 mL
- Compressas sem contraste
- Capa de câmara
- Sistema de irrigação duas vias
- Fio de nitinol 0.35 (SOS)
- Saco coletor estéril
- Algália *sylastic* 22 3 vias
- Copo esterilizado grande
- Evacuador de *Ellik* descartável (se bipolar)
- Adaptador de lavagem
- Placa neutra

### EQUIPAMENTOS

- *Trolley* urologia
- Consola electrocirurgia monopolar
- Consola electrocirurgia bipolar
- Visualizador de imagem RaioX (na lateralidade a operar)
- RaioX (lateralidade oposta a operar)
- Aspirador sala

### FARMÁCIA

- Soros 3000 mL (se monopolar)
- Manitol 3000 mL (se bipolar)
- Soro fisiológico 500 mL bico
- Contraste
- Instilagem 2x
- Água bidestilada
- Betadine vaginal

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Ureterorenoscópio monopolar OU Bipolar
- Taça grande
- Evacuador de *Ellik* (se monopolar)

## CIRCUNCISÃO

### CONSUMÍVEIS

- Trouxa universal
- Batas
- Luvas
- Placa neutra
- Compressas pequenas sem contraste (3)
- Compressas grandes sem contraste
- Lâmina 15 ou 24
- *Vicryl rapide 3.0* cilíndrica (2)
- Placa neutra

### EQUIPAMENTOS

- Consola eletrocirurgia

### FARMÁCIA

- Nupercainal/sheriproct

### INSTRUMENTAL CIRÚRGICO

- Caixa circuncisão
- Ligadura pequena

## BIÓPSIA PROSTÁTICA

### CONSUMÍVEIS

- Campo de mesa pequeno
- Copos de anatomia com líquido neutro (6)

### EQUIPAMENTOS E MATERIAIS A PEDIR À CONSULTA

- Tubo de adaptador de trouxa-aspirador
- Ecógrafo com sonda retal
- Kit guia de agulha
- Agulha de biópsia
- Pistola bard magnum (reutilizável)
- Preservativo

APÊNDICE IX - APRESENTAÇÃO *POWERPOINT* “PRECAUÇÕES BÁSICAS DE  
CONTROLO DE INFEÇÃO (PBCI) - AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A  
IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS” - SEGUNDO ESTÁGIO

# PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO (PBCI)

## AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS

24.JANEIRO.2024  
ENFª MARGARIDA PINTO CORREIA – ESTUDANTE DE Mestrado de Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

1

## AGENDA

1	Objetivos Gerais e Específicos
2	Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI's): O que são?
3	Colocação de Doentes
4	Higiene das Mãos
5	Etiqueta Respiratória
6	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

2

2

1

## AGENDA

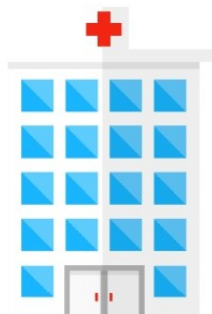
7	Descontaminação de Equipamentos Clínicos e Controlo Ambiental
8	Manuseamento Seguro da Roupa
9	Quais são os Riscos da Não Adesão à PBCI?
10	Exposição de Risco no Local de Trabalho

3

3

## OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar a equipa de enfermeiros e técnicas de auxiliares de saúde sobre a importância do cumprimento das PBCI e sobre os métodos rigorosos de higienização da sala operatória.



4

4

2

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---



- **Reconhecer as PBCI e a sua importância;**
- **Compreender os riscos da inadequada implementação das PBCI para os profissionais de saúde e utentes;**
- Reconhecer correto procedimento de higienização das mãos e os 5 momentos;
- Conhecer as medidas de etiqueta respiratória;
- Reconhecer os EPI, a sua adequada utilização e importância;

5

5

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

---



- Reconhecer a diferença entre limpeza e desinfecção e quais os seus princípios básicos;
- **Uniformizar procedimentos sobre a higienização de superfícies e equipamentos no serviço do bloco operatório, nomeadamente em situação de isolamento diagnosticado;**
- Conhecer os riscos decorrentes do inadequado manuseamento de resíduos e roupa hospitalar;
- **Reconhecer as situações de exposição de risco no local de trabalho.**

6

6

3



## PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO: O QUE SÃO?

Conjunto de **medidas** que quando **aplicadas em situações de risco** têm como objetivo **prevenir a transmissão cruzada** proveniente de possíveis fontes de infeção.

Todos os utentes estão potencialmente colonizados / infetados com microrganismos, podendo ser considerados um reservatório de agentes infecciosos.

“**não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco**”



(DGS, 2013)

7

7



## PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO: O QUE SÃO?

### Risco de contacto



PELE NÃO INTEGRÁ



SANGUE



MEMBRANA MUCOSA



SECREÇÕES E EXCREÇÕES

As **PBCI** devem ser adotadas por **todos os profissionais independentemente** do utente ter ou não **infeção documentada**, prevenindo assim a transmissão de infeções para os profissionais de saúde ou para outros utentes.

(DGS, 2013)

8

8

4



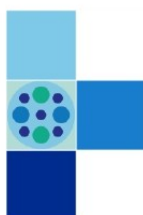
## 10 PILARES DAS PBCI



(DGS, 2013)

9

9



## COLOCAÇÃO DE DOENTES

- Risco acrescido de transmissão cruzada:
  - Sintomas respiratórios (tosse ou espirros);
  - Sintomas alterações gastrointestinais (ex: Diarreia);
  - Estado confusional em utente que deambule.

EVITAR DESLOCAÇÕES DESNECESSÁRIAS DO DOENTE ENTRE SERVIÇOS E ESPAÇOS

- Transporte de doentes:
  - De forma a não contaminar o ambiente, profissionais e qualquer pessoa que circule na instituição;
  - Roupa da maca deve manter-se limpa;
  - Colocar máscara cirúrgica se tiver sintomas respiratórios

(DGS, 2013)

10

10

5



11



12

12

## ETIQUETA RESPIRATÓRIA



Conjunto de **medidas individuais** que devem ser cumpridas por todos os utilizadores de serviços de saúde, sejam estes **profissionais** ou **utentes**, que pretendem **minimizar a transmissão** de agentes infecciosos da **via aérea** ou **gotículas**.



(DGS, 2013)

13

13

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)



O **uso adequado de EPI**, tem o objetivo de **proteger** não só o **profissional de saúde** como também o **utente**, **prevenindo** assim a **transmissão de agentes patogénicos**.

É da **responsabilidade dos profissionais de saúde** adequar os EPI a utilizar conforme os **cuidados que serão prestados**.

(DGS, 2013; CDC, 2024)

14

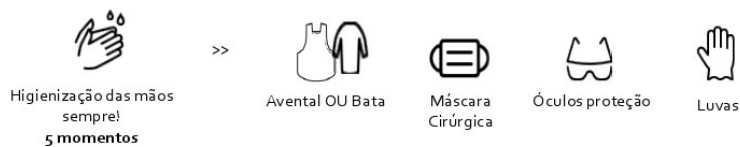
14

7

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)



### Ordem de Colocação de EPI



### Ordem de Remoção de EPI



(DGS, 2013; CDC, 2024)

15

15

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE

### PBCI SEMPRE QUE HAJA RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR FLUIDOS OU SECREÇÕES

(ex: transferência da marquês operat3ria para cama)

EPI a utilizar deve ser adequado ao risco de contaminação.



(DGS, 2013; CDC, 2023a; CDC, 2023b; CDC, 2024)

16

16

8

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

### Isolamento Contacto

Transmite-se através **do contacto direto com pele** e/ou mucosas ocorrendo transferência **direta de microorganismos** entre os utentes ou **pelas mãos contaminadas** dos profissionais de saúde ou ainda, por **contacto indireto com superfícies contaminadas**.



17

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

### Isolamento Contacto (Via Entérica)

Transmite-se através **do contacto direto ou indireto com fezes** ou **superfícies/objetos contaminados**. Transmissão fecal-oral.



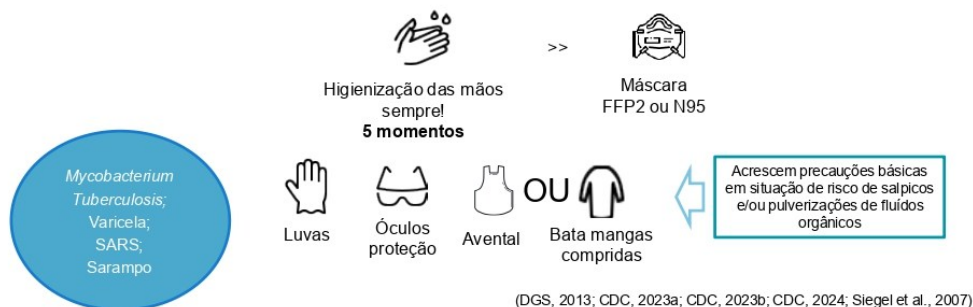
18

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

### Isolamento Via Aérea

Transmite-se através da **respiração** – tosse, fala, espirro. As partículas são projetadas para o ar e como podem ser **mais leves** que este, **ficam em suspensão**, sendo **transportadas para longas distâncias**. A inalação desse ar com a bactéria é o suficiente para uma pessoa saudável desenvolver doença.

Sala com ventilação em pressão negativa e porta da sala fechada.



19

19

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

### Isolamento Gotículas

Transmite-se através da **respiração** – tosse, fala, espirro através dos quais são **projetadas partículas para o ar**. Pelo peso das **partículas** estas **não conseguem**, normalmente, **depositar-se em distâncias superiores a 1 m e não ficam suspensas no ar**.



20

20

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O utente EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO

### Isolamento Proteção

Reforço das PBCI.

Sala com ventilação em pressão positiva.



21

21

## CONTROLO AMBIENTAL: Quando descontaminar?



**Por rotina**  
De acordo com o protocolo do serviço

**IT.0012.00**

**Sempre que as superfícies esteja visivelmente sujas ou após ocorrer contaminação de fluidos orgânicos**



**PLANO DE HIGIENIZAÇÃO DO SERVIÇO: Semanal /Mensal e Diário**

**IMP.BOP.015 – mapa de registo de Higieneização Semanal/mensal das Salas Operatórias e cesarianas**

22

22

## CONTROLO AMBIENTAL: Quando descontaminar?



### Derrame de sangue / fluídos orgânicos

Evento de risco acrescido para a transmissão de microrganismos, devendo ser removido de forma segura – de acordo com o protocolo em vigor - IT.GER.038.05



(DGS, 2013)

- Antes do início do programa cirúrgico
- Após cada intervenção cirúrgica
- No fim do programa cirúrgico

Efetuar respetivo registo no IMP.BOP.014 – Mapa de Registo da higienização das Salas Operatórias no início, após cada intervenção e no fim do programa cirúrgico

23

23

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Classificação



**Uso único** não permite reutilização mesmo após descontaminação.

**De uso num único utente** pode-se reutilizar no mesmo utente



(DGS, 2013)



24

24

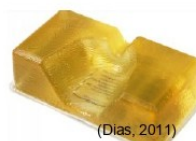
12

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Classificação

**Reutilizável** destinado a ser usado mais do que uma vez, após descontaminação obrigatória entre utentes e/ou entre utilizações no mesmo utente.



(DGS, 2013)



(Dias, 2011)



25

25

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Manutenção e descontaminação

- O equipamento em uso deve encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação.
- As recomendações do fabricante devem ser consultadas para a sua utilização, bem como nos métodos de descontaminação, pelo que devem estar disponíveis nos locais de utilização.
- Os solutos anti-sépticos (exceto álcool a 70%) ou agentes de lavagem da pele, **não devem ser utilizados** para descontaminar o equipamento.



26

26

13

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Definições



**Limpeza:** Remoção da sujidade - visível ou perceptível - presente em equipamentos, superfícies ou materiais, através da utilização de água e detergente/sabão.

**Desinfecção:** Remoção, inativação ou destruição de microrganismos presentes em equipamentos, superfícies ou materiais.

- soluções desinfetantes (químicos)
- máquinas com ciclos de desinfecção (físicos)

Impede a transmissão de partículas infecciosas durante a manipulação destes materiais, equipamentos ou superfícies.

(CDC, 2024b) <sup>27</sup>

27

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Definições



**Detergente:** Produto que facilita a remoção dos resíduos orgânicos e inorgânicos dos objetos ou superfícies, e que possibilita uma limpeza por contacto ou imersão.

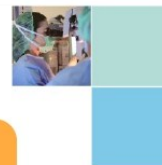
**Desinfetante:** Agente/substância química que se aplica em materiais, equipamentos e superfícies, que elimina por ação direta os microrganismos indesejáveis e inativa os vírus, reduzindo-os a um nível não prejudicial à saúde.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

(CDC, 2024b) <sup>28</sup>

28

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Motivos



O **equipamento clínico** utilizado nos utentes tem um grande risco de contaminação por **fluidos orgânicos e agentes infecciosos**.



A **inadequada descontaminação** dos equipamentos clínicos e das salas operatórias pode contribuir para a **transmissão cruzada** de agentes patogénicos entre doentes, sendo um foco de infeção.



A **transmissão cruzada** pode acontecer também de forma indireta, pelas **mãos** de qualquer profissional de saúde pela inadequada higienização dos equipamentos.

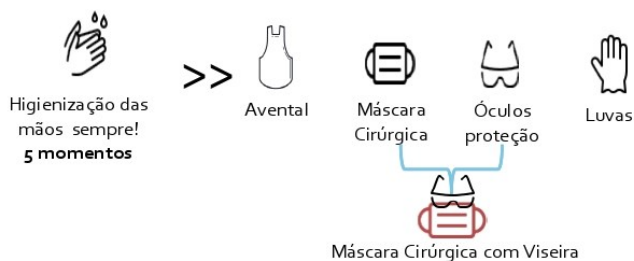
(CDC, 2024b) 29

29

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



1) Manusear os produtos sempre com EPI adequados à situação:

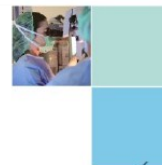


2) Em situação de isolamento diagnosticado, o **EPI a utilizar deve ter em conta as procedimentos de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT)** e as superfícies contaminadas ou materiais em contato com utentes infetados devem ser higienizados de acordo com o procedimento em vigor.

30

30

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



- 3) Os instrumentos cirúrgicos devem ser colocados em contentor próprio.
- 4) Remover todos os objetos e materiais contaminados antes de iniciar a limpeza (lixos e roupa) devidamente vedados;
- 5) Limpar das zonas mais limpas para as mais sujas;
- 6) Limpar em movimentos em forma de “S”, não repetindo o mesmo sitio onde já se limpou;
- 7) Limpar no sentido dos ponteiros do relógio;



31

31

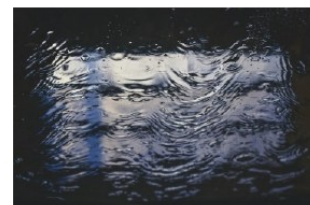
## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



- 8) Em caso de derrame (biológico e citostáticos) deve ser seguido o procedimento de derrames em vigor (fluxograma)



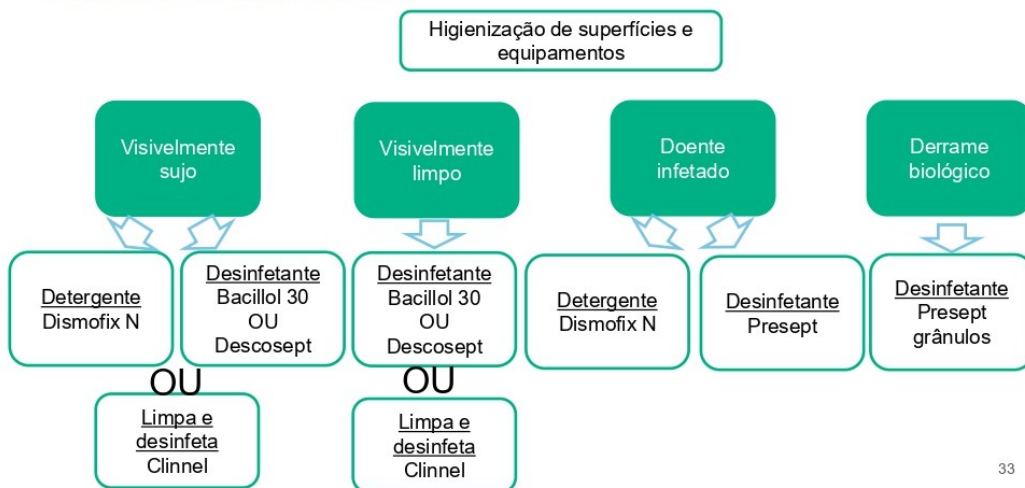
IT.GER.038.05 - Derrames



32

32

## DESCONTAMINAÇÃO DAS UNIDADES E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



33

33

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Lâminas de laringoscópio



Detergente + Desinfetante

Neodisher septo PreClean ®



**Diluição:** 10 mL em 1 L de água  
**Tempo de atuação:** 15 min em imersão

- Depois enxaguar com água corrente abundante para retirar resíduos do desinfetante;
- Secar com toalhete.

34

34

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Limpeza

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

**Detergente**  
**Dismofix G®**



**Detergente Neutro**

**Diluição:** 20 mL em 1 litro de água fria (2% - superfícies)  
20 mL em 4 litro de água fria (0,5% - chão)  
**Validade Após diluição:**  
- **Em balde:** máximo 24h  
- **Garrafa pulverizadora:** 1 semana

+ **Toalhetes secos descartáveis** OU **Pano descartável para chão**



**Toalhetes para limpeza de superfícies e objetos laváveis**



**Limpeza de superfícies e objetos laváveis**

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

35

35

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

**Desinfetante**  
**Bacillof® 30 Foam**



**Desinfetante De Base Alcoólica De Largo Espectro**

**Diluição:** Pronto a utilizar  
**Tempo de ação:** 30 segundos a 1 min - deixar evaporar.  
**Onde:** Todas as superfícies até mais sensíveis (pele sintética, acrílico, monitores, inox, ...)  
**Validade:** 12 m após abertura.

+ **Toalhetes secos descartáveis**

**Octollin®**



**Limpeza de superfícies e objetos laváveis**

(Hartman, 2022)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

36

36

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfeção

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

Desinfetante

Descosept®



Desinfetante De Base Alcoólica De Largo Espectro

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min. 3 min para adenovírus. Deixar secar ao ar.

- Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Onde:** Macas, seringas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Validade:** 6 m após abertura.

(Dr. Schumacher GmbH, 2023)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfeção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

37

37

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfeção

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

Limpa e Desinfeta

Clinel®



Limpeza E Desinfeção De Base Não Alcoólica De Largo Espectro

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min. 2 min para *influenza*.

Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Onde:** Macas, marquesas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Incompatibilidade:** **acrílico** (opacifica) e **superfícies de inox** (mancha).

**Validade:** 3 m após abertura.

(Produtos Médicos Hospitalares, 2023)

38

38

19

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfeção de *Clostridium Difficile* e *Mycobacterium tuberculosis*

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

### Desinfetante

#### Cleanisept maxi forte®



### Desinfetante De Base Não Alcoólica (*Clostridium Difficile*/ *Mycobacterium Tuberculosis*)

**Tempo de ação:** 2 min. Deixar secar ao ar; Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Onde:** Macas, marquesas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Validade:** 1 m após abertura.

(Desotex, 2017)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfeção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

39

39

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfeção em situação de infeção + *Clostridioides Difficile*

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

### Desinfetante Presept®



### Desinfetante À Base De Cloro

**Diluição Isolamentos :** 1000 ppm  
(4 pastilha de 2,5g em 5L de água)

**Diluição *Clostridioides difficile*:** 5000 ppm  
(20 pastilhas de 2,5g em 5L de água)

- Não se inativa na presença de matéria orgânica.

**Tempo de ação:** 20 min.

**Compatibilidade:** Danifica inox e ecrãs.

**Validade:** 24h após diluição.

- Descontaminar as paredes até 2/3 de sua altura;

Após tempo de atuação limpar resíduos com água e detergente neutro.

40

40

20

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Derrame

Desinfetante  
Presept® grânulos



### Desinfetante À Base De Cloro

**Utilização:** remoção de derrames de matéria orgânica (exceto urina e fezes).

**Tempo de ação:** 5 min.

**Validade:** data do fabricante.

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.



Após tempo de atuação limpar resíduos com água e detergente neutro. 41

41

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO UTENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfetantes

	Descosept (Base alcoólica)	Cleanisept maxi forte® (base não alcoólica)	Cimnel (base não alcoólica)	Álcool 70°C	Baciclol 30 Foam (base alcoólica)
Cabos de monitorização		X	X		
Braçadeiras		X	X		
Aparelho de glicémia	X		X	X	
Transfer	X	X	X	X	X
Bomba alimentação/seringas infusoras		X	X		
Termómetros	X	X	X	X	
Suportes de soros	X			X	X
Cadeirão	X	X	X	X	X
Desfibrilhador	pás	X	X	pás	

**Isolamentos de contacto:** as superfícies contaminadas ou materiais em contacto com utentes com infeção por *Clostridiodes difficile*, deve ser utilizada uma solução à base de cloro (concentração mínima de 5000 partes por milhão). Nos equipamentos de apoio clínico utilizar toalhetes com ação esporicida.



INSTRUÇÃO DE TRABALHO

Limpeza e Desinfecção de Materiais, Equipamentos e Superfícies

IT.GER.053.03  
16-12-2024  
Pág. 1 / 9

42

42

21

276

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Antes do Programa Cirúrgico



### Objetivo

**Remover os resíduos acumulados durante o período de repouso**



Álcool a 70°

❑ Remover as coberturas lentamente e de forma progressiva, dobrar para a face que estava exposta (minimizando espalhar as partículas na sala);

❑ Limpar as superfícies horizontais com pano descartável e álcool a 70° (largo espectro);

❑ Realizar a limpeza das superfícies mais altas para as mais baixas;

43

43

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Durante do Programa Cirúrgico



### Objetivo

**Manutenção da descontaminação do ambiente e reduzir o risco de infecção.**



- ❑ Remover resíduos provenientes do procedimento cirúrgico (sempre que necessário);
- ❑ Implementar triagem de resíduos adequada;
- ❑ Atuar em caso de derrame de matéria orgânica – conforme IT em vigor;
- ❑ Minimizar abertura das portas;
- ❑ Apoiar a equipa da sala operatória.

44

44

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre Procedimentos Cirúrgicos



### Objetivo

**Momento crucial para a prevenção da transmissão de infecções cruzadas entre utentes, através da contenção e eliminação de qualquer agente patogénico.**



Três fases do processo de higienização:

- Fricção das superfícies com água e detergente;
- Enxaguamento (não fazer no caso de utilização de desinfetantes)
- Secagem rigorosa

45

45

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre e Após Procedimentos Cirúrgicos



- 1) Colocação EPI de acordo com as PBCI e PBVT;
- 2) Colocar lâmina de laringoscópio em solução de lavagem (septoclean);
- 3) Retirar da sala os resíduos e materiais contaminados (lixo, instrumental em contentor próprio, roupa);



46

46

23

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre e Após Procedimentos Cirúrgicos



- 4) Ventilador (incluindo botões e pegadas das gavetas) e Monitor de sinais vitais (incluindo fios do ECG, braçadeira e oxímetro);
- 5) Comando do tampo operatório;
- 6) Computador anesthesiologista (teclado e rato);
- 7) Carro de anestesia (tampo e pegadas das gavetas);
- 8) Computador do enfermeiro anestesia (teclado e rato);
- 9) Suporte de Soros;
- 10) Apoios e acessórios de posicionamento;

47

47

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre e Após Procedimentos Cirúrgicos



- 11) Pantoffes;
- 12) Mesas de apoio (instrumentação e circulação);
- 13) Consola e cabo de placa neutra do eletrobisturi;

48

48

24

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre e Após Procedimentos Cirúrgicos



- 14) Equipamentos fixos e móveis (trolleys; aspirador de sala; garrote pneumático; etc);
- 15) Bancos;
- 16) Maçanetas de portas e puxadores;
- 17) Interruptores da luz;
- 18) Pé do tampo operatório e degraus;

49

49

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Entre e Após Procedimentos Cirúrgicos

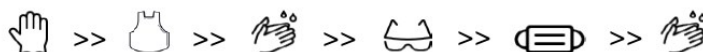


19) Baldes do lixo;

20) Chão



21) Remoção dos EPI



22) Proceder ao registo no IMP.BOP.014 – Mapa de registo da higienização das salas operatórias ou IMP.BOP.016 – Mapa de registo diário da higienização das salas operatórias de urgência e cesarianas.

(DGS, 2013; CDC, 2023; CDC, 2024a; Siegel et al., 2007; WHO, 2018a; WHO, 2018b)

50

50

25

280

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Isolamento de contacto



Implementar os passos descritos anteriormente diferindo o agente de desinfeção que será à base de cloro de acordo com a situação infecciosa do utente:

**Diluição Isolamentos :** 1000 ppm  
**Diluição *Clostridiodes difficile*:** 5000 ppm

**Descontaminar as paredes da sala até 2/3.**

**Tempo de ação:** 20 min.

(DGS, 2013; CDC, 2023; CDC, 2024a; Siegel et al., 2007; WHO, 2018a; WHO, 2018b)

51

51

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Após o Programa Cirúrgico



### Objetivo

**Prevenção da transmissão de infeções cruzadas entre utentes, através da contenção e eliminação de qualquer agente patogénico.**

Momento que engloba todos os mesmos passos referidos anteriormente.

Acresce a todos os procedimentos anteriores:

- Higienizar todas as superfícies que tenham estado ou não em contacto com o utente e/ou fluídos orgânicos

52

52

26

281

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Após o programa cirúrgico



- Higienizar todas as superfícies com água e detergente e secar com rigor;
- Lavar com pano e detergente todos os equipamentos não clínicos (puxadores de portas, recipientes do lixo) e remover a sujidade visível;
- Limpar lâmpadas diariamente e sempre que contaminadas.
  
- Desinfetar as superfícies metálicas com álcool a 70° ou bacillol 30 foam.
- Higienizar braços articulados e todos os equipamentos a remover da sala;
- Higienizar manípulos das portas, bancos e cadeiras;
- Levantar pé da marquesa operatória e higienizar todo o chão com água e detergente;
- Higienizar zona de sujos;

53

53

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Após o programa cirúrgico

- Realizar registo em impresso próprio: IMP.BOP.014 – Mapa de Registo da higienização das Salas Operatórias ou IMP.BOP.016 – Mapa de Registo Diário da higienização das Salas Operatórias de Urgência e Cesarianas.

54

54

27

282

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupas Limpas



- Deve ser acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados.
- Devem estar afastadas do chão (mínimo 30 cm).
- As prateleiras devem ser limpas e desinfetadas nos intervalos de tempos planeados – descrito no plano semanal.
- A roupa deve ser manipulada o mínimo possível antes da sua utilização e sempre com as mãos limpas.
- Deve existir uma Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) junto ao local de acondicionamento, que permita a higienização das mãos previamente à manipulação.



(DGS, 2013) 55

55

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupas Contaminadas



**A roupa suja pode conter um grande número de microrganismos, no entanto, a transmissão de infeções por esta via são geralmente relacionados com más práticas devendo ser considerada contaminada após a sua utilização.**

- Manusear sem abanar ou sacudir.
- Usar um avental impermeável;
- Usar luvas;
- Higienizar sempre as mãos após a manipulação de roupa contaminada, mesmo que sejam usadas luvas;



(DGS, 2013)

56

56

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupas Contaminadas



- Após ser removida depositar de imediato em saco impermeável que deve estar próximo do local de remoção.
- Não colocar a roupa contaminada no chão ou noutra superfície.
- Os sacos não podem ser **cheios a mais de 2/3 da sua capacidade.**
- Guardar os sacos fechados e em local apropriado.
- Não manipular a roupa após estar colocada no saco.



(DGS, 2013)

57

57

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos



**Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser imediatamente eliminados no local onde são produzidos e separados de acordo com os grupos a que pertencem.**

Grupo I/II + reciclagem; Grupo III;  
**Grupo IV.**



(DGS, 2013)

- Os contentores de resíduos não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento em segurança.
- Os contentores que se encontram junto ao local de produção de resíduos devem permanecer fechados (sistema de fecho intermédio) enquanto estão em uso.
- Os contentores reutilizáveis – usar saco a forrar o interior do balde - devem manter-se limpos e ser higienizados conforme as indicações protocoladas.

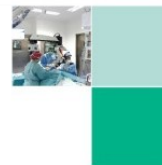
58

58

29

## RISCOS DA NÃO ADEÇÃO ÀS PBCI

A não adesão às PBCI é um problema real!



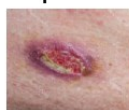
**Contaminação do meio ambiente e população.**



**Exposição de risco no local de trabalho – profissionais de saúde.**



**Riscos para o utente**



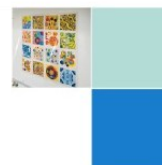
(jax10289, n.d.)

(DGS, 2013)

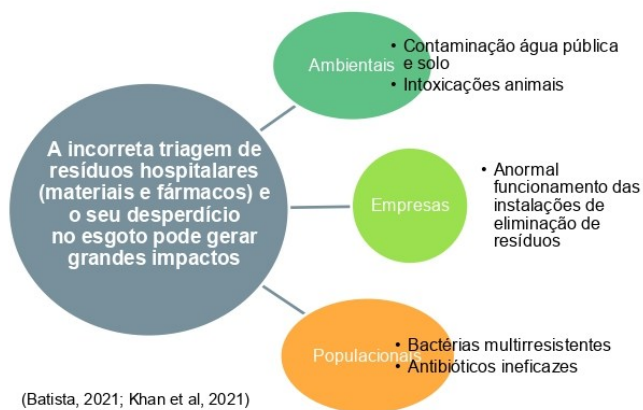
59

59

## CONTAMINAÇÃO DO MEIO AMBIENTE E POPULAÇÃO: Riscos da Não Adesão às PBCI



**Triagem de resíduos inadequada**



(Batista, 2021; Khan et al, 2021)



(Retirado de Batista, 2021; Khan et al, 2021)

60

60

30

## RISCOS PARA O UTENTE

- Transmissão de doenças infecciosas como: HIV/SIDA; HEPATITE B, C;
- Infecções cruzadas multirresistentes com elevado **risco de morte**, nomeadamente: Infecções do local cirúrgico; Infecções urinárias multirresistentes.
- Aumento do tempo de internamento e custos;
- Aumento das comorbilidades pós-operatórias.



(Sobral de Prima, 2020)



(jax10289, n.d.)



(Science Photo Library & Marazzi, n.d. - a)

61

61

## RISCOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE: EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO



Ocorre através de sangue ou fluídos orgânicos!

Quando considerar exposição significativa:

**Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.**

### PROT.RHU.001.02

Protocolo  
Acidentes com Risco Biológico  
1. Objetivo  
2. Âmbito



(DGS, 2013)

62

62

31

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO

- ❑ Doenças infetocontagiosas após exposição a: **HIV/SIDA;** **HEPATITE B,C;** ***Mycobacterium tuberculosis;*** ***Neisseria Meningitidis;***
- ❑ Infecções Respiratórias;
- ❑ Infecções multirresistentes com elevado risco de morte.



(Pinheiro, 2024)



(Stockdevil\_666, n.d)

(Exenin, 2018)

(DGS, 2013)

63

63

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO



Se todos aderirmos às PBCI,  
vamos conseguir prevenir e reduzir  
as infecções cruzadas.  
Protegendo-nos a nós, ao ambiente  
e aos outros!

64

64

32

287

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baptista, N. (2021). *Gestão de resíduos hospitalares* [Dissertação De Mestrado, Repository of the University of Lisbon]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50565/1/ulfd0149630\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50565/1/ulfd0149630_tese.pdf)
- Center for Disease Control and Prevention. (2024, April 12). *Infection control guidance: Preventing methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/mrsa/hcp/infection-control/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Department of health and human services centers for disease control and prevention*. [https://www.cdc.gov/hicpac/media/bdfs/2023-june-hicpac-summary-508.pdf?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/2023-June-HICPAC-Summary-508.pdf](https://www.cdc.gov/hicpac/media/bdfs/2023-june-hicpac-summary-508.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/2023-June-HICPAC-Summary-508.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a, Abril 12). *CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2024b, Março 19). *Key Definitions & Abbreviations*. Healthcare-Associated Infections (HAIs). <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/cleaning-global/definitions.html>
- Desotex. (2017). *Toalitas desinfetantes CLEANISEPT® WIPES forte MAXI*. <https://liberamedica.com/fichas/CleaniseptWipesforteMAXI.pdf>
- Dias, D. (2011). Dispositivos auxiliares do posicionamento do utente cirúrgico. In *Wordpress.com*. <https://danielienferoperatoria.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/soga-gel-calcnhar.jpeg>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados*. Norma clínica 018/2014, de 9/12/2014 atualizada a 27/04/2014. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde*. Norma nº 007/2019. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

65

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção geral da Saúde. (n.d.). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt) <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formati>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, Outubro 31). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029\\_2012%20ACT\\_10\\_2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029_2012%20ACT_10_2013.pdf)
- Dr. Schumacher GmbH. (2023). *Descosept sensitive wipes*. Descosept Sensitive Wipes. <https://bio-fleece.com/>
- Exenin. (2018). O que fazer se você sustentar um ferimento com agulha no trabalho? In *Exenin*. <https://exenin.com/lesao-pessoal/acidente-de-trabalho/ferimento-por-picada-de-agulha-no-trabalho/>
- Flaticon. (2024). Flaticon free vector icons. In *Flaticon*. <https://www.flaticon.com/>
- Hartman. (2022). *Bacillol 30 sensitive foam*. [https://hgclcdnprd003.blob.core.windows.net/bode/Product\\_Information/bacillol\\_30\\_sensitive\\_foam\\_int.pdf](https://hgclcdnprd003.blob.core.windows.net/bode/Product_Information/bacillol_30_sensitive_foam_int.pdf)
- Healthcare Infection Society. (2023). *MRSA guidelines: Frequently asked questions*. Healthcare Infection Society. <https://www.his.org.uk/resources-guidelines/guidelines-and-guidance-by-topic/mrsa-guidelines/>
- Jax10289. (n.d.). Wound dehiscence open wound unsuccessful medical stitches horizontal format [Fotografia]. In *Depositphotos*. Retrieved July 7, 2024, from <https://depositphotos.com/photo/wound-dehiscence-open-wound-unsuccessful-medical-stitches-horizontal-format-174987716.html>
- Khan, M. T., Shah, I. A., Ihsanullah, I., Naushad, Mu., Ali, S., Shah, S. H. A., & Mohammad, A. W. (2021). Hospital wastewater as a source of environmental contamination: An overview of management practices, environmental risks, and treatment processes. *Journal of Water Process Engineering*, 41(101990). <https://doi.org/10.1016/j.jwpe.2021.101990>
- Microdean. (2022, October 11). *PureGuard mopping techniques*. Microdean. <https://www.micronclean.com/row/news-and-blog/pureguard-mopping-techniques>
- Orto Curitiba. (n.d.). Pemeira de compressão tomazelo panturrilha e coxa. In *Orto Curitiba*. <https://www.ortocuritiba.com.br/perneira-7/8-para-aparelho-dvt-2600.html>

66

33

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pinheiro, P. (2024). Erupções de pele do HIV no tronco [Fotografia]. In *www.mdsaude.com*. <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/aids-hiv-fotos/>
- Pixabay. (2024). *Stunning royalty-free images & royalty-free stock*. Pixabay. <https://pixabay.com/>
- Produtos Médicos Hospitalares. (2023). *Toalhetes Universal*. <https://www.pmh.pt/Assets/Ficheiros/paginas/fi-047-rev00-toalhete-cw200.pdf>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-a). Infected coronary bypass graft wound [Fotografia]. In *Science photo library*. <https://www.sciencephoto.com/media/683304/view>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-b). Infected post-operative wound [Fotografia]. In *Science Photo Library*. <https://www.sciencephoto.com/media/253472/view>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>
- Stericycle. (2024). *Gestão de resíduos hospitalares*. *Www.stericycle.pt*. <https://www.stericycle.pt/pt-pt/solucoes/residuos-hospitalares>

67

67

**PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA  
INFEÇÃO (PBCI) - AÇÃO DE SENSIBILIZAÇÃO  
SOBRE A IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS  
MEDIDAS**  
**24-01-2025**

68

34

289

APÊNDICE X - APRESENTAÇÃO *POWERPOINT* “PRECAUÇÕES BÁSICAS DE  
CONTROLO DE INFEÇÃO - IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS:  
INTERNAMENTO DE CIRURGIA GERAL E UNIDADE DA MAMA” - SEGUNDO  
ESTÁGIO

# PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO

IMPORTÂNCIA DA ADESÃO ÀS MEDIDAS: CRI CIRURGIA - CRI UNIDADE DA MAMA

ENFª MARGARIDA PINTO CORREIA – ESTUDANTE DE MESTRADO DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

27 E 30.DEZEMBRO.2024

1

## AGENDA

1	Objetivos Gerais e Específicos
2	Precauções Básicas de Controlo da Infecção (PBCI's): O que são?
3	Colocação de Doentes
4	Higiene das Mãos
5	Equipamentos de Proteção Individual (EPI)

2

2

1

## AGENDA

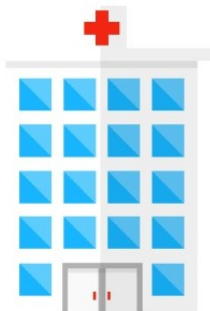
6	Descontaminação de Equipamentos Clínicos e Controlo Ambiental
7	Manuseamento Seguro da Roupa
8	Triagem de resíduos
9	Quais são os Riscos da Não Adesão à PBCI?
10	Exposição de Risco no Local de Trabalho

3

3

## OBJETIVO GERAL

- Sensibilizar os profissionais de saúde sobre a importância do cumprimento das PBCI, nomeadamente em situação de isolamento de contacto, com o intuito de prevenir e controlar as Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), garantindo a segurança do cliente e dos profissionais de saúde.



4

4

2

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer as PBCI e a sua importância de cada uma;
- Compreender os riscos da inadequada implementação das PBCI para os profissionais de saúde e clientes;
- Reconhecer correto procedimento de higienização das mãos e os 5 momentos;
- Reconhecer os EPI, a sua adequada utilização e importância;



(DGS, 2013)

5

5

## OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Reconhecer a diferença entre limpeza e desinfecção e quais os seus princípios básicos;
- Reconhecer os diferentes agentes de desinfecção;
- Conhecer os riscos decorrentes do inadequado manuseamento de resíduos e roupa hospitalar;
- Reconhecer as situações de exposição de risco no local de trabalho.



(DGS, 2013)

6

6

3



## PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO: O QUE SÃO?

Conjunto de **medidas** que quando **aplicadas em situações de risco** têm como objetivo **prevenir a transmissão cruzada**, proveniente de possíveis fontes de infeção.

Todos os clientes estão potencialmente colonizados / infetados com microrganismos, podendo ser considerados um reservatório de agentes infecciosos.

“**não há doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco**”



(DGS, 2013)

7

7



## PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO: O QUE SÃO?

### Risco de contacto



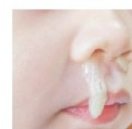
PELE NÃO INTEGRÁ



SANGUE



MEMBRANA MUCOSA



SECRETÕES E EXCREÇÕES

As **PBCI** deve ser adotadas por **todos os profissionais independentemente** de o cliente ter ou não **infeção documentada**, prevenindo assim a infeção e transmissão da infeção para os profissionais de saúde e outros utentes.

(DGS, 2013)

8

8

4



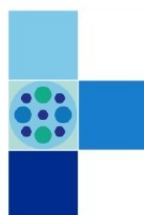
## 10 PILARES DAS PBCI

(DGS, 2013)



9

9



## COLOCAÇÃO DE DOENTES

- Risco acrescido de transmissão cruzada:
  - Sintomas respiratórios (tosse ou espirros);
  - Sintomas alterações gastrointestinais (ex: Diarreia);
  - Estado confusional em utente que deambule.

EVITAR DESLOCAÇÕES DESNECESSÁRIAS DO DOENTE ENTRE SERVIÇOS E ESPAÇOS

- Transporte de doentes:
  - De forma a não contaminar o ambiente, profissionais e qualquer pessoa que circule na instituição;
  - **Desinfetar grades da cama com toalhete desinfetante ou álcool 70° antes de sair do quarto;**
  - Roupa da cama deve manter-se limpa;
  - Colocar máscara cirúrgica se tiver sintomas respiratórios + Recomendações da Etiqueta Respiratória.

(DGS, 2013)

10

10

5



11

11



12

12

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)



O uso adequado de EPI, tem o objetivo de **proteger** não só o **profissional de saúde** como também o **cliente**, **prevenindo** assim a **transmissão de agentes patogênicos**.

É da **responsabilidade** dos **profissionais de saúde** adequar os EPI a utilizar conforme os **cuidados que serão prestados**.

(DGS, 2013; CDC, 2024)

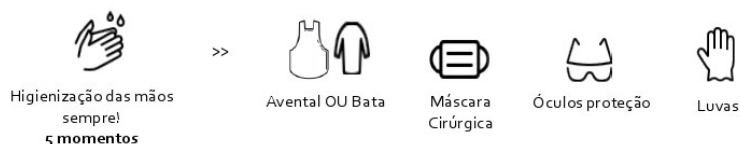
13

13

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)



### Ordem de Colocação de EPI



### Ordem de Remoção de EPI



(DGS, 2013; CDC, 2024)

14

14

7

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE



### PBCI SEMPRE QUE HAJA RISCO DE CONTAMINAÇÃO POR FLUIDOS OU SECREÇÕES

(ex: transferência da marquesa operatória para cama)

EPI a utilizar deve ser adequado ao risco de contaminação.

Generalidade dos utentes, incluindo utentes com: VIH/Sida; Hepatite B, C; Sífilis; Herpes Simples e Zoster.



Higienização das mãos sempre! **5 momentos**

>>



Avental



Luvas

(DGS, 2013; CDC, 2023a; CDC, 2023b; CDC, 2024)

15

15

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO



### Isolamento Contacto

Transmite-se através do **contacto direto com pele** e/ou mucosas ocorrendo transferência **direta de microorganismos** entre os clientes ou **pelas mãos contaminadas** dos profissionais de saúde ou ainda, por **contacto indireto com superfícies contaminadas**.



Higienização das mãos sempre! **5 momentos**

>>



Bata mangas compridas



Luvas



Óculos proteção



Máscara Cirúrgica



Avental



Acrescem precauções básicas em situação de risco de salpicos e/ou pulverizações de fluidos orgânicos

(DGS, 2013; CDC, 2023a; CDC, 2023b; CDC, 2024; HIS, 2023; Siegel et al., 2007; UK Health Security Agency, 2022)

16

16

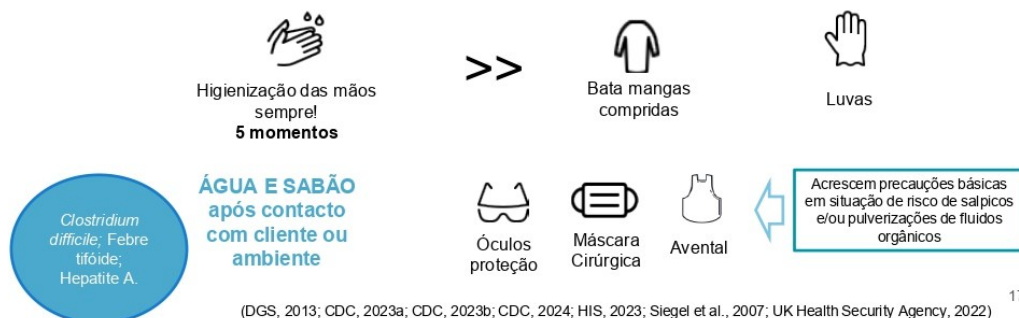
Adenovirus; Varicela; VSR.  
**Multirresistentes:** MRSA; VISA/VRSA; VRE; ESBL; *Streptococcus pneumoniae* resistentes à penicilina; KPC; EPC; SARS; ABMR; PAMR;

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO



### Isolamento Contacto (Via Entérica)

Transmite-se através do contacto direto ou indireto com fezes ou superfícies/objetos contaminados. Transmissão fecal-oral.



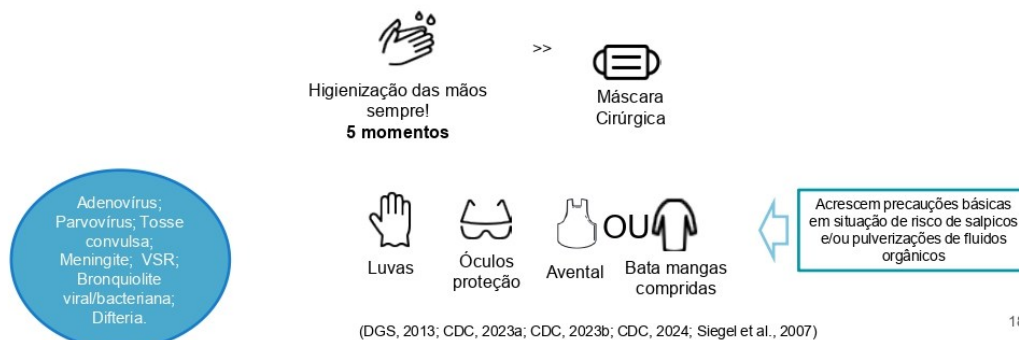
17

## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO



### Isolamento Gotículas

Transmite-se através da respiração – tosse, fala, espirro através dos quais são projetadas partículas para o ar. Pelo peso das partículas estas não conseguem, normalmente, depositar-se em distâncias superiores a 1 m e não ficam suspensas no ar.



18

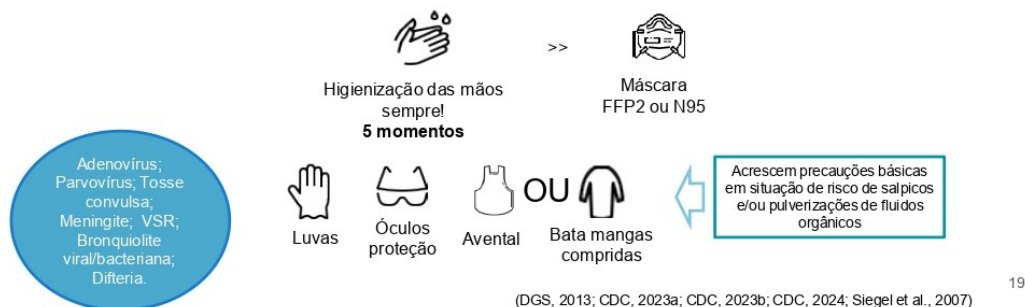
## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO



### Isolamento Via Aérea

Transmite-se através da **respiração** – tosse, fala, espirro. As partículas são projetadas para o ar e como podem ser **mais leves** que este, **ficam em suspensão**, sendo **transportadas para longas distâncias**. A inalação desse ar com a bactéria é o suficiente para uma pessoa saudável desenvolver doença.

Quarto com ventilação em pressão negativa e porta da sala fechada.



19

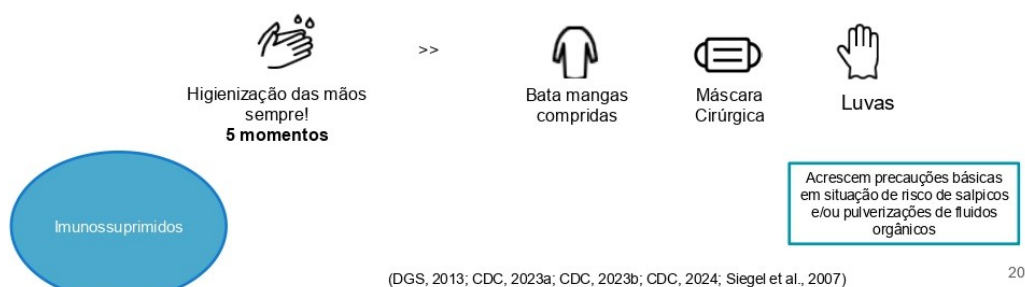
## EPI A UTILIZAR PELO PROFISSIONAL DE SAÚDE NO CONTACTO COM O UTENTE EM SITUAÇÃO DE ISOLAMENTO DIAGNOSTICADO



### Isolamento Proteção

Reforço das PBCI.

Quarto com ventilação em pressão positiva.



20

10

## CONTROLO AMBIENTAL: Quando descontaminar?



### Por rotina

De acordo com o protocolo do serviço

Sempre que as superfícies esteja visivelmente sujas ou após ocorrer contaminação de fluidos orgânicos

### PLANO DE HIGIENIZAÇÃO DO SERVIÇO

Verificar higienização das unidades após realização pela equipa de limpeza.

21

21

## CONTROLO AMBIENTAL: Quando descontaminar?



### Derrame de sangue / fluidos orgânicos

Evento de risco acrescido para a transmissão de microrganismos, devendo ser removido de forma segura – de acordo com o protocolo em vigor - **IT.GER.038.05**



Após a transferência ou alta da unidade onde se encontra.



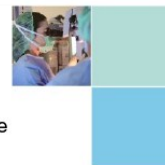
(DGS, 2013)

Verificar higienização das unidades após realização pela equipa de limpeza.

22

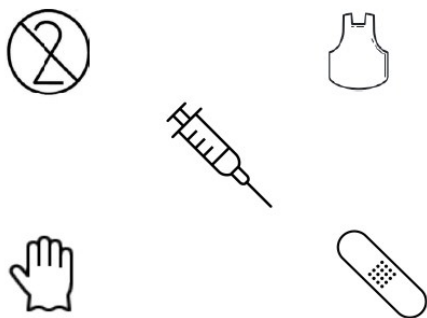
22

### EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Classificação



**Uso único** não permite reutilização mesmo após descontaminação.

**De uso num único cliente** pode-se reutilizar no mesmo cliente



(DGS, 2013)

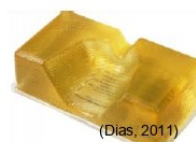
23

23

### EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Classificação



**Reutilizável** destinado a ser usado mais do que uma vez, após descontaminação obrigatória entre clientes e/ou entre utilizações no mesmo utente.



(DGS, 2013)

(Dias, 2011)

24

24

## EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Manutenção e descontaminação

- O equipamento em uso deve encontrar-se limpo, seco e em bom estado de conservação.
- As recomendações do fabricante devem ser consultadas para a sua utilização, bem como nos métodos de descontaminação, pelo que devem estar disponíveis nos locais de utilização.
- Os solutos anti-sépticos (exceto álcool a 70%) ou agentes de lavagem da pele, **não devem ser utilizados** para descontaminar o equipamento.



25

25

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Motivos

O **equipamento clínico** utilizado nos clientes tem um grande risco de contaminação por **fluidos orgânicos e agentes infecciosos**.



A **inadequada descontaminação** dos equipamentos clínicos e das salas operatórias pode contribuir para a **transmissão cruzada** de agentes patogénicos entre doentes, sendo um foco de infeção.



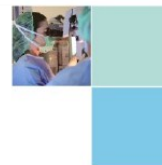
A **transmissão cruzada** pode acontecer também de forma indireta, pelas **mãos** de qualquer profissional de saúde pela inadequada higienização dos equipamentos.

(CDC, 2024b) 26

26

13

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Definições



**Limpeza:** Remoção da sujidade - visível ou perceptível - presente em equipamentos, superfícies ou materiais, através da utilização de água e detergente/sabão.



**Desinfecção:** Remoção, inativação ou destruição de microrganismos presentes em equipamentos, superfícies ou materiais.

- soluções desinfetantes (químicos)
- máquinas com ciclos de desinfecção (físicos)

Impede a transmissão de partículas infecciosas durante a manipulação destes materiais, equipamentos ou superfícies.

(CDC, 2024b) <sup>27</sup>

27

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Definições



**Detergente:** Produto que facilita a remoção dos resíduos orgânicos e inorgânicos dos objetos ou superfícies, e que possibilita uma limpeza por contacto ou imersão.



**Desinfetante:** Agente/substância química que se aplica em materiais, equipamentos e superfícies, que elimina por ação direta os microrganismos indesejáveis e inativa os vírus, reduzindo-os a um nível não prejudicial à saúde.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

(CDC, 2024b)

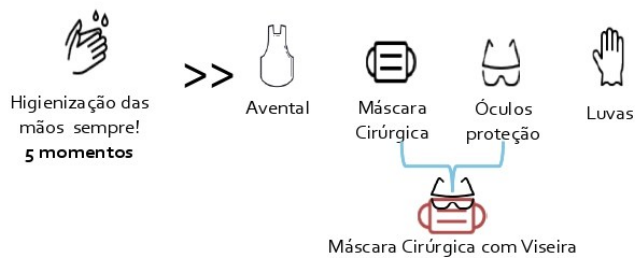
28

28

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



1) Manusear os produtos sempre com EPI adequados à situação:



2) Em situação de isolamento diagnosticado, o **EPI a utilizar deve ter em conta as procedimentos de Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT)** e as superfícies contaminadas ou materiais em contato com clientes infetados devem ser higienizados de acordo com o procedimento em vigor.

29

29

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



3) Limpar das zonas mais limpas para as mais sujas;

4) Limpar em movimentos em forma de "S", não repetindo o mesmo sitio onde já se limpou;

5) Em caso de derrame sangue, urina, fezes ou vômito no chão, a zona deve ser restrita de imediato com papel absorvente por forma a reduzir o excesso, depois eliminado no lixo do grupo III, seguindo o procedimento de derrames em vigor - **IT.GER.038.05**.

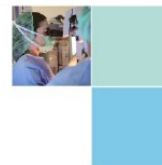


30

30

15

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Diariamente



- Preparar material necessário: produtos de limpeza, aranha para resíduos e roupa e colocar à entrada do quarto.
- Higienizar as mãos e colocar EPI adequados.
- **Retirar copos, bacias e outros materiais utilizados nos cuidados ao utente.**
- **Realizar triagem de resíduos de acordo com as normas REG.031 - Regulamento de resíduos.**

Enfermeiro é responsável por supervisionar a higienização da unidade

- Higienizar cortinado antibacteriano se visivelmente sujo.
- Retirar luvas e higienizar as mãos.
- Colocar luvas limpas.
- **Efetuar limpeza /desinfecção da unidade do utente, mobiliário e equipamento manipulado – mesa de cabeceira, aspirador, comando da cama, campainha, grades da cama, etc.**
- Remover EPI e higienizar as mãos.

31

31

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Alta do utente



- Preparar material necessário: produtos de limpeza, aranha para resíduos e roupa e colocar à entrada do quarto.
- Higienizar as mãos e colocar EPI adequados.
- Remover todas as roupas e colocar no saco verde.
- Remover e higienizar todos os equipamentos de acordo com o protocolo e estado infeccioso do utente e posteriormente arrumar no local adequado (seringas infusões, aparelhos de monitorização cardíaca, etc).

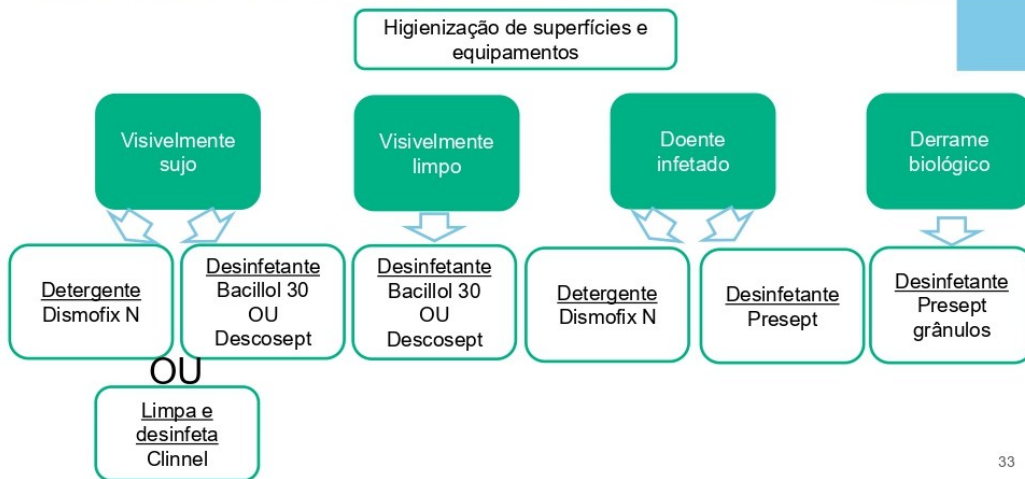
Enfermeiro é responsável por supervisionar a higienização da unidade

- Higienizar cortinado antibacteriano se visivelmente sujo e verificar validade.
- **Solicitar a desinfecção da unidade à equipa de limpeza de acordo com estado infeccioso do utente.**
- Supervisionar a correta higienização da unidade.

32

32

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos



33

33

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Limpeza



Detergente Dismofix G®



Detergente Neutro

**Diluição:** 20 ml em 1 litro de água fria (2% - superfícies)  
 20 ml em 4 litro de água fria (0,5% - chão)  
**Validade Após diluição:**  
 - Em balde: máximo 24h  
 - Garrafa pulverizadora: 1 semana

+ Toalhetes secos descartáveis OU Pano descartável para chão



Toalhetes para limpeza de superfícies e objetos laváveis



Limpeza de superfícies e objetos laváveis

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

34

34

17

307

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção



**Desinfetante**  
**Bacillol® 30 Foam**



**Desinfetante De Base Alcoólica De Largo Espectro**

**Diluição:** Pronto a utilizar  
**Tempo de ação:** 30 segundos a 1 min.  
**Onde:** Todas as superfícies até mais sensíveis (pele sintética, acrílico, monitores, inox, ...)  
**Validade:** 12 m após abertura.

+

**Toalhetes secos descartáveis**

**Octollin®**



**Limpeza de e**  
**superfícies e**  
**objetos laváveis**

(Hartman, 2022)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

35

35

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção



**Desinfetante**  
**Descosept®**



**Desinfetante De Base Alcoólica De Largo Espectro**

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min. 3 min para adenovírus. Deixar secar ao ar. Trocar sempre que fique seco ou sujo.  
**Onde:** Macas, seringas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.  
**Validade:** 6 m após abertura.



(Dr. Schumacher GmbH, 2023)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

36

36

18

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção



Limpa e Desinfeta

Clinnel®



### Limpeza E Desinfecção De Base Não Alcoólica De Largo Espectro

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min. 2 min para *influenza*.

Deixar secar ao ar. Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Onde:** Macas, marquesas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Incompatibilidade:** **acrílico** (opacifica) e **superfícies de inox** (mancha).

**Validade:** 3 m após abertura.

(Produtos Médicos Hospitalares, 2023)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

37

37

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção Com Clientes Infetados + *Clostridiodes Difficile*



Desinfetante

Cleanisept maxi forte®



### Desinfetante De Base Não Alcoólica (*Clostridiodes Difficile* e *Mycobacterium Tuberculosis*)

**Tempo de ação:** 2 min. Deixar secar ao ar; Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Onde:** Macas, marquesas, máquinas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Validade:** 1 m após abertura.

(Desotex, 2017)

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

38

38

19

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção Com Clientes Infetados + *Clostridiodes Difficile*

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

Desinfetante  
Presept®



Desinfetante À Base De Cloro

**Diluição Isolamentos :** 1000 ppm (4 pastilha de 2,5g para cada 5L de água)

**Diluição *Clostridium difficile*:** 5000 ppm (20 pastilhas de 2,5g em 5L de água)

- Não se inativa na presença de matéria orgânica.

**Tempo de ação:** 20 min.

**Compatibilidade:** Danifica inox e ecrãs.

**Validade:** 24h após diluição.

- Descontaminar as paredes até 2/3 de sua altura;

Após tempo de atuação limpar resíduos com água e detergente neutro. 39

39

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Derrame

Respeitar indicações de higienização dos equipamentos e materiais do fabricante.

Desinfetante  
Presept® grânulos



Desinfetante À Base De Cloro

**Utilização:** remoção de derrames de matéria orgânica (exceto urina e fezes).

Aplicar grânulos sobre o derrame, deixar atuar 5 minutos, remover o derrame com toalhetes absorventes descartáveis e desperdiçar no grupo III.

**Tempo de ação:** 5 min.

**Validade:** data do fabricante.



Após tempo de atuação limpar resíduos com água e detergente neutro. 40

40

20

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Derrame



Desinfetante  
Microbak forte®

**Desinfetante não alcoólico de largo espectro**

**Utilização:** derrame de urina.

Após a absorção inicial com toalhetes absorventes, realizar desinfecção da área.

**Diluição:** 2 carteiras de Mickrobac/ 2l de água fria.

**Tempo de ação:** 5 min. Deixar secar ao ar.

**Validade:** 28 dias após preparação.



Após tempo de atuação limpar resíduos com água e detergente neutro. 41

41

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

### Descontaminação de DINAMAP:

Após cada utilização entre utentes equipamento (braçadeira, cabos e botões);

Após alta - descontaminar no momento ou colocar na sala de sujos para descontaminar totalmente;

Após monitorização eletrocardiográfica continua - descontaminar no momento ou colocar na sala de sujos para descontaminar totalmente;



Foto: Foto de Prática de Enfermagem em CCVISA

### Após utilização:

Limpar/ desinfetar com toalhete desinfetante não alcoólico e adequado à situação infecciosa do utente.

### No mínimo semanalmente:

Lavar as braçadeiras com água e detergente neutro.

42

42

21

## DESCONTAMINAÇÃO DA UNIDADE DO CLIENTE E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS



	Descosept (Base alcoólica)	Cleanisept maxi forte ® (base não alcoólica)	Cimne (Base não alcoólica)	Álcool 70°C	Baciol 30 Foam (base alcoólica)
Cabos de monitorização		X	X		
Braçadeiras		X	X		
Aparelho de glicémia	X		X	X	
Transfer	X	X	X	X	X
Bomba alimentação/ seringas infusoras		X	X		
Termómetros	X	X	X	X	
Suportes de soros	X			X	X
Cadeirão	X	X	X	X	X
Desfibrilhador	pás	X	X	pás	

**Isolamentos de contacto:** as superfícies contaminadas ou materiais em contacto com utentes com infeção por *Clostridioides difficile*, deve ser utilizada uma solução à base de cloro (concentração mínima de 5000 partes por milhão). Nos equipamentos de apoio clínico utilizar toalhetes com ação esporicida.

43

43

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupas Limpas



- Deve ser acondicionada numa área reservada para o efeito, de preferência em armários fechados.
- Devem estar afastadas do chão (mínimo 30 cm).
- As prateleiras devem ser limpas e desinfetadas nos intervalos de tempos planeados – descrito no plano semanal.
- A roupa deve ser manipulada o mínimo possível, antes da sua utilização e sempre com as mãos limpas.
- Deve existir uma Solução Antisséptica de Base Alcoólica (SABA) junto ao local de acondicionamento, que permita a higienização das mãos previamente à manipulação.



(DGS, 2013) 44

44

22

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupa Contaminada



A roupa suja pode conter um grande número de microrganismos, no entanto, a transmissão de infeções por esta via, são geralmente relacionados com más práticas, devendo ser considerada contaminada após a sua utilização.

- Manusear sem abanar ou sacudir.
- Usar um avental impermeável;
- Usar luvas se apresentar suja com fluidos orgânicos;
- Higienizar sempre as mãos após a manipulação de roupa contaminada, mesmo que sejam usadas luvas;



(DGS, 2013)

45

45

## MANUSEAMENTO SEGURO DA ROUPA: Roupa Contaminada



- Após ser removida, depositar de imediato em saco impermeável que deve estar próximo do local de remoção.
- Não colocar a roupa contaminada no chão ou noutra superfície.
- Os sacos não podem ser **cheios a mais de 2/3 da sua capacidade.**
- Guardar os sacos fechados, em local apropriado.
- Não manipular a roupa após estar colocada no saco.

(DGS, 2013)

46

46

23

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos



Os resíduos provenientes da prestação de cuidados de saúde devem ser imediatamente eliminados no local onde são produzidos e separando-os de acordo com os grupos a que pertencem.

Grupo I/II + reciclagem

Grupo III

Grupo IV

(DGS, 2013)

47

47

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos



**Grupo I/II + Reciclagem**  
Sem exigências especiais para tratamento



(DGS, 2013)

Vazios e exceto Grupo IV

48

48

24

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos

**Grupo III**  
Contaminados ou suspeitos.  
Necessitam de inceneração para posterior eliminação.



(Exceto grupo IV)

49

49

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos

**Grupo IV**  
Incineração obrigatória.

- Peças anatômicas identificáveis;
- Materiais cortantes e perfurantes: agulhas, cateteres e todo o material invasivo;
- Produtos químicos e fármacos rejeitados;
- Citostáticos e todo o material utilizado na sua manipulação e administração.



(DGS, 2013; Stericycle Inc., 2024)

50

50

25

315

## RECOLHA SEGURA DE RESÍDUOS: Acondicionamento de Resíduos



**Grupo IV**  
Incineração obrigatória.



- Não devem ser cheios até mais de 2/3, de modo a possibilitar o seu encerramento em segurança.
- Deve estar junto ao local de produção de resíduos e permanecer fechados (sistema de fecho intermédio) enquanto estão em uso.

(DGS, 2013)

51

51

## RISCOS DA NÃO ADEÇÃO ÀS PBCI



**A não adesão às PBCI é um problema real!**

**Contaminação do meio ambiente e população.**



**Exposição de risco no local de trabalho – profissionais de saúde.**



**Riscos para o cliente**



(jax10289, n.d.)

(DGS, 2013)

52

52

26

## CONTAMINAÇÃO DO MEIO AMBIENTE E POPULAÇÃO: Riscos da Não Adesão às PBCI

### Triagem de resíduos inadequada



(Batista, 2021; Khan et al, 2021)

53



53

## RISCOS PARA O CLIENTE

- Transmissão de doenças infetocontagiosas como: HIV/SIDA; HEPATITE B, C;
- Infecções cruzadas multirresistentes, com elevado **risco de morte**, nomeadamente: Infecções do local cirúrgico; Infecções urinárias multirresistentes.
- Aumento do tempo de internamento e custos;
- Aumento das comorbilidades pós-operatórias.



(Sobral de Prima, 2020)



(jax10289, n.d.)



(Science Photo Library & Marazzi, n.d. - a)

54

54

27

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO



Ocorre através do contacto com sangue e fluidos orgânicos!

Todos os profissionais devem conhecer os procedimentos a seguir no caso de ocorrer exposição significativa.

PROT.RHU.001.02

Quando considerar exposição significativa:



(DGS, 2013)

55

55

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO



(Pinheiro, 2024)

❑ Doenças infetocontagiosas após exposição a: **HIV/SIDA; HEPATITE B,C. Mycobacterium tuberculosis; Neisseria Meningitidis;**

❑ Infecções Respiratórias;

❑ Infecções multirresistentes com elevado risco de morte.



(Stockdevil\_666, n.d)

(Exenin, 2018)

(DGS, 2013)

56

56

## EXPOSIÇÃO DE RISCO NO LOCAL DE TRABALHO



Se todos aderirmos às PBCI,  
vamos conseguir prevenir e reduzir  
as infeções cruzadas.  
Protegendo-nos a nós, ao ambiente  
e aos outros!

57

57

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Baptista, N. (2021). *Gestão de resíduos hospitalares* [Dissertação De Mestrado, Repository of the University of Lisbon]. [https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50565/1/ulfd0149630\\_tese.pdf](https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/50565/1/ulfd0149630_tese.pdf)
- Center for Disease Control and Prevention. (2024, April 12). *Infection control guidance: Preventing methicillin-resistant staphylococcus aureus (MRSA) in healthcare facilities*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/mrsa/hcp/infection-control/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2023). *Department of health and human services centers for disease control and prevention*. [https://www.cdc.gov/hicpac/media/pdfs/2023-june-hicpac-summary-508.pdf?CDC\\_AAref\\_Val=https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/2023-June-HICPAC-Summary-508.pdf](https://www.cdc.gov/hicpac/media/pdfs/2023-june-hicpac-summary-508.pdf?CDC_AAref_Val=https://www.cdc.gov/hicpac/pdf/2023-June-HICPAC-Summary-508.pdf)
- Centers for Disease Control and Prevention. (2024a, Abril 12). *CDC's Core Infection Prevention and Control Practices for Safe Healthcare Delivery in All Settings*. Center for Disease Control and Prevention. <https://www.cdc.gov/infection-control/hcp/core-practices/index.html>
- Center for Disease Control and Prevention. (2024b, Março 19). *Key Definitions & Abbreviations*. Healthcare-Associated Infections (HAIs). <https://www.cdc.gov/healthcare-associated-infections/hcp/cleaning-global/definitions.html>
- Desotex. (2017). *Toalilhas desinfetantes CLEANISEPT® WIPES forte MAXI*. <https://liberamedica.com/fichas/CleaniseptWipesforteMAXI.pdf>
- Dias, D. (2011). Dispositivos auxiliares do posicionamento do cliente cirúrgico. In *Wordpress.com*. <https://danieiaenferoperatoria.wordpress.com/wp-content/uploads/2011/10/soga-gel-calcnhar.jpeg>
- Direção Geral da Saúde. (2015). *Prevenção e controlo de colonização e infeção por Staphylococcus Aureus Resistente à Meticilina (MRSA) nos hospitais e unidades de internamento de cuidados continuados integrados. Norma clínica 018/2014, de 9/12/2014 atualizada a 27/04/2014*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/prevencao-e-controlo-de-colonizacao-e-infecao-por-staphylococcus-aureus-resistente-a-meticilina-mrsa-nos-hospitais-e-unidades-de-internamento-de-cuidados-continuados-integrados.pdf>
- Direção Geral da Saúde. (2019). *Higiene das mãos nas unidades de saúde. Norma nº 007/2019*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>. 58

58

29

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Direção geral da Saúde. (n.d.). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos*. [Www.dgs.pt](https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formati). <https://www.dgs.pt/programa-de-prevencao-e-controlo-de-infecoes-e-de-resistencia-aos-antimicrobianos/materiais-formati>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, Outubro 31). *Precauções Básicas do Controlo da Infecção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029\\_2012%20ACT\\_10\\_2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029_2012%20ACT_10_2013.pdf)
- Dr. Schumacher GmbH. (2023). *Descosept sensitive wipes*. Descosept Sensitive Wipes. <https://bio-fleece.com/>
- Exenin. (2018). O que fazer se você sustentar um ferimento com agulha no trabalho? In *Exenin*. <https://exenin.com/lesao-pessoal/acidente-de-trabalho/ferimento-por-picada-de-agulha-no-trabalho/>
- Flaticon. (2024). Flaticon free vector icons. In *Flaticon*. <https://www.flaticon.com/>
- Hartman. (2022). *Bacillool 30 sensitive foam*. [https://hgclcdnprd003.blob.core.windows.net/bode/Product\\_Information/bacillool\\_30\\_sensitive\\_foam\\_int.pdf](https://hgclcdnprd003.blob.core.windows.net/bode/Product_Information/bacillool_30_sensitive_foam_int.pdf)
- Healthcare Infection Society. (2023). *MRSA guidelines: Frequently asked questions*. Healthcare Infection Society. <https://www.his.org.uk/resources-guidelines/guidelines-and-guidance-by-topic/mrsa-guidelines/>
- Jax10289. (n.d.). Wound dehiscence open wound unsuccessful medical stitches horizontal format [Fotografia]. In *Depositphotos*. Retrieved July 7, 2024, from <https://depositphotos.com/photo/wound-dehiscence-open-wound-unsuccessful-medical-stitches-horizontal-format-174987716.html>
- Khan, M. T., Shah, I. A., Ihsanullah, I., Naushad, Mu., Ali, S., Shah, S. H. A., & Mohammad, A. W. (2021). Hospital wastewater as a source of environmental contamination: An overview of management practices, environmental risks, and treatment processes. *Journal of Water Process Engineering*, 41(101990). <https://doi.org/10.1016/j.jwpe.2021.101990>
- Microclean. (2022, October 11). *PureGuard mopping techniques*. Microclean. <https://www.micronclean.com/row/news-and-blog/pureguard-mopping-techniques>
- Orto Curitiba. (n.d.). Pemeira de compressão tomazelo panturrilha e coxa. In *Orto Curitiba*. <https://www.ortocuritiba.com.br/perneira-7/8-para-aparelho-dvt-2600.html>

59

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- Pinheiro, P. (2024). Erupções de pele do HIV no tronco [Fotografia]. In *www.mdsaude.com*. <https://www.mdsaude.com/doencas-infecciosas/dst/aids-hiv-fotos/>
- Pixabay. (2024). *Stunning royalty-free images & royalty-free stock*. Pixabay. <https://pixabay.com/>
- Produtos Médicos Hospitalares. (2023). *Toalhetes Universal*. <https://www.pmh.pt/Assets/Ficheiros/paginas/rl-047-rev00-toalhete-cw200.pdf>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-a). Infected coronary bypass graft wound [Fotografia]. In *Science photo library*. <https://www.sciencephoto.com/media/683304/view>
- Science Photo Library, & Marazzi, P. (n.d.-b). Infected post-operative wound [Fotografia]. In *Science Photo Library*. <https://www.sciencephoto.com/media/253472/view>
- Stericycle. (2024). *Gestão de resíduos hospitalares*. *Www.stericycle.pt*. <https://www.stericycle.pt/pt-pt/solucoes/residuos-hospitalares>
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., Jackson, M., & Chiarello, L. (2007). 2007 Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Health Care Settings. *American Journal of Infection Control*, 35(10), S65–S164. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2007.10.007>

60

60

30

320

# **PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DA INFEÇÃO**

30/12/2024

61

61

31

321

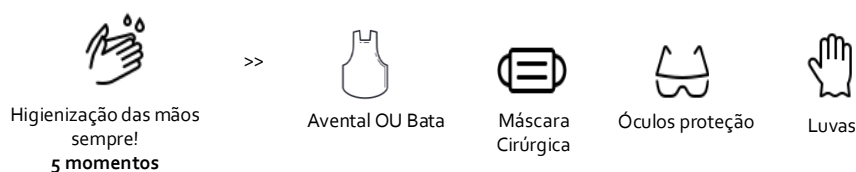
APÊNDICE XI - BROCHURA “MEDIDAS DE HIGIENIZAÇÃO E  
DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS” -  
SEGUNDO ESTÁGIO

# MEDIDAS DE HIGIENIZAÇÃO E DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS

Versão 1. 24/01/2024

## EQUIPAMENTO DE PROTEÇÃO INDIVIDUAL (EPI)

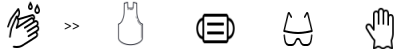
### Ordem de Colocação de EPI



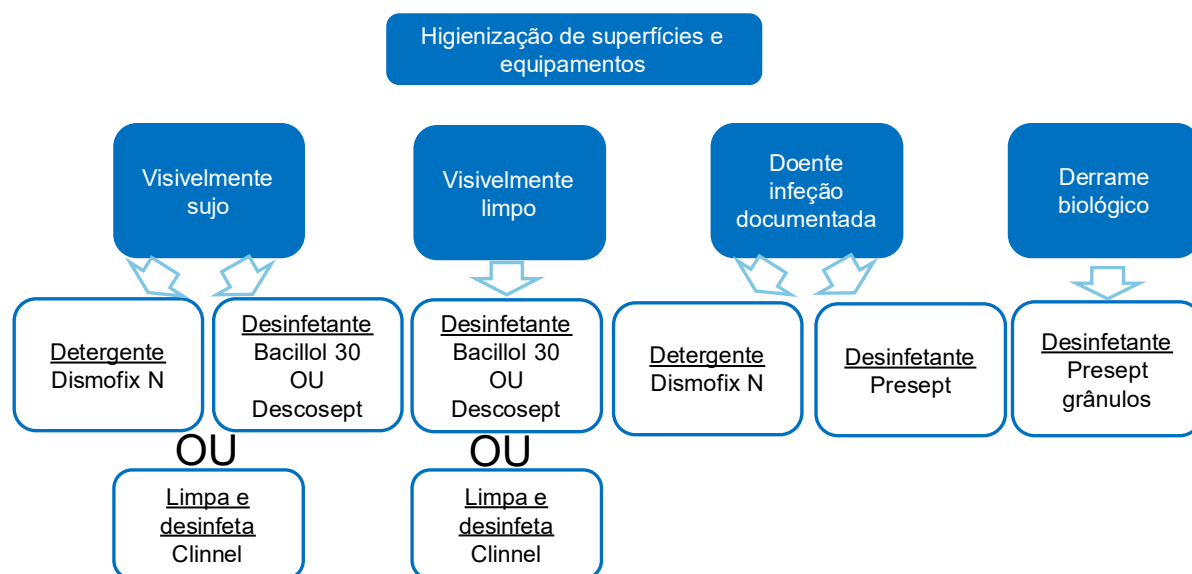
### Ordem de Remoção de EPI



## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Princípios Básicos

- 1) Manusear os produtos sempre com EPI adequados à situação: 
- 2) Em situação de isolamento diagnosticado, o **EPI a utilizar deve ter em conta as Precauções Baseadas nas Vias de Transmissão (PBVT)** e as superfícies contaminadas ou materiais em contato com utentes infetados devem ser higienizados de acordo com o procedimento em vigor.
- 3) Os instrumentos cirúrgicos devem ser colocados em contentor próprio.
- 4) Remover todos os objetos e materiais contaminados antes de iniciar a limpeza (lixos e roupa) devidamente vedados;
- 5) Limpar das zonas mais limpas para as mais sujas;
- 6) Limpar em movimentos em forma de “S”, não repetindo o mesmo local onde já se limpou;
- 7) Limpar no sentido dos ponteiros do relógio;
- 8) Em caso de derrame (biológico e citostáticos) deve ser seguido o procedimento de derrames em vigor (fluxograma).

## DESCONTAMINAÇÃO DAS UNIDADES E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS



## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Limpeza e desinfecção de lâminas de laringoscópio

### Neodisher septo PreClean®



#### Detergente e Desinfetante

**Diluição:** 10 mL em 1 L de água

**Tempo de atuação:** 15 min em imersão

#### Indicações:

- Depois enxaguar com água corrente abundante para retirar resíduos do desinfetante;
- Secar com toalhaete.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Limpeza

### Dismofix G®



#### Detergente Neutro

#### Diluição:

- 20 mL em 1 litro de água fria (2% - superfícies)
- 20 mL em 4 litro de água fria (0,5% - chão)

#### Validade Após diluição:

- **Em balde:** máximo 24h
- **Garrafa pulverizadora:** 1 semana

#### Utilizar com:

Toalhetes secos descartáveis para limpeza de superfícies e objetos laváveis



OU

Pano descartável para chão



A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção

### Bacillol ® 30 Foam

**Desinfetante De Base Alcoólica  
De Largo Espectro**



**Diluição:** Pronto a utilizar  
**Tempo de ação:** 30 segundos – 1 min. Deixar evaporar.  
**Compatibilidade:** Todas as superfícies até mais sensíveis (pele sintética, acrílico, monitores, inox, ...)  
**Validade:** 12 m após abertura.

**Utilizar com:**

**Toalhetes descartáveis para limpeza se superfícies e objetos laváveis**



A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Limpeza e desinfecção

### Clinell ®

**Limpeza E Desinfecção De Base  
Não Alcoólica De Largo Espectro**



- Ação bactericida, fungicida, tuberculicida e virucida

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min.  
2 minutos em *influenza*.  
Deixar secar ao ar, Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Compatibilidade:** Macas, marquesas, bombas e seringas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Incompatibilidade:** acrílico (opacifica) e superfícies de inox (mancha).

**Validade:** 3 m após abertura.



## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção

### Descosept ®



#### Desinfetante De Base Alcoólica De Largo Espectro

- Ação bactericida, fungicida, tuberculicida e virucida

**Tempo de ação:** 30 seg – 1 min.  
3 min para adenovírus.  
Deixar secar ao ar.

- Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Compatibilidade:** Macas, seringas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Validade:** 6 m após abertura

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção

### Clenisept forte maxi ®



#### Desinfetante De Base Não Alcoólica

- Ação esporicida, levoricida, virucida e bactericida

**Utilizar em infecção documentada:**  
*Clostridium Difficile; Mycobacterium Tuberculosis*.

**Tempo de ação:** 2 min. Deixar secar ao ar; Trocar sempre que fique seco ou sujo.

**Compatibilidade:** Macas, marquesas, seringas e bombas perfusoras, bancadas, cadeirões, teclados, monitores, telefones e equipamentos elétricos.

**Validade:** 1 m após abertura.

A limpeza com água e detergente deve preceder sempre a desinfecção de qualquer superfície ou equipamento que se encontre visivelmente sujo ou com presença de matéria orgânica.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção situação de infecção documentada

### Presept®



#### Desinfetante À Base De Cloro

##### Diluição:

- **Infeção documentada (geral):** 1000 ppm (4 pastilha de 2,5g em 5L de água)
- **Infeção documentada com *Clostridiodes difficile*:** 5000 ppm (20 pastilhas de 2,5g em 5L de água)

**Tempo de ação:** 20 min.

- Descontaminar as paredes até 2/3 de sua altura;
- Após tempo de ação limpar resíduos com água e detergente neutro.

**Compatibilidade:** Alargada.

**Incompatibilidade:** Inox e ecrãs.

**Validade:** 24h após diluição

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfecção situação de derrame

### Presept grânulos®



#### Desinfetante À Base De Cloro

**Utilização:** remoção de derrames de matéria orgânica (exceto urina e fezes).

**Tempo de ação:** 5 min.

**Validade:** data do fabricante.

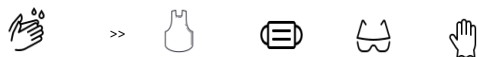
## DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Desinfetantes a utilizar de acordo com a IT.GER.053.03 de 16/12/2024

Equipamento clínico	Descosept (Base alcoólica)	Cleanisept forte maxis (Base não alcoólica)	Clinne (Base não alcoólica)	Álcool 70°C (Base alcoólica)	Bacilol 30 Foam (Base alcoólica)
Acessórios de posicionamento gel		X	X		
Aparelho de determinação de glicemia	X	X	X	X	X
Aspirador	X	X	X	X	X
Aquecer do fluidos	X	X	X	X	X
Aquecedor de leite	X	X	X	X	X
Bombas e seringas infusoras		X	X		
Braçadeiras		X	X		
Cabos de monitorização		X	X		
Desfibrilhador	pás	X	X	pás	
Edredons de aquecimento		X	X		
Marquesa operatória	X	X	X		X
Monitor eletrocardiográfico		X	X		
Suportes de soros	X			X	X
Termômetros	X	X	X	X	
Transfêres	X	X	X	X	X
Ventilador		X	X		

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Sequência

No sentido dos ponteiros do relógio:

- Colocação EPI de acordo com as PBCI e PBVT;



- Colocar lâmina de laringoscópio em solução de lavagem (septoclean);
- Retirar da sala os resíduos e materiais contaminados (lixo, instrumental em contentor próprio, roupa);
- Ventilador (incluindo botões e pegas das gavetas) e Monitor de sinais vitais (incluindo fios do ECG, braçadeira e oxímetro);
- Comando do tampo operatório;

- Computador anestesiológista (teclado e rato);

- Carro de anestesia (tampo e pegas das gavetas);

- Computador do enfermeiro anestesia (teclado e rato);

- Suporte de Soros;

- Apoios e acessórios de posicionamento;

- Pantoffes;

- Mesas de apoio (instrumentação e circulação);

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Sequência

13) Consola e cabo de placa neutra do eletrobisturi;

14) Equipamentos fixos e móveis (trolleys; aspirador de sala; garrote pneumático; etc);

15) Bancos;

16) Maçanetas de portas e puxadores;

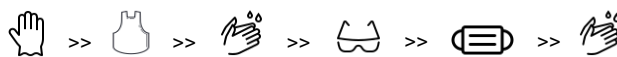
17) Interruptores da luz;

18) Pé do tampo operatório e degraus;

19) Baldes do lixo;

20) Chão

21) Remoção dos EPI



22) Proceder ao registo no IMP.BOP.014 – Mapa de registo da higienização das salas operatórias ou IMP.BOP.016 – Mapa de registo diário da higienização das salas operatórias de urgência e cesarianas.

## DESCONTAMINAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA E EQUIPAMENTOS CLÍNICOS: Fim do programa cirúrgico

- Higienizar todas as superfícies que estiveram ou não em contacto com o utente ao longo do programa cirúrgico.
- Higienizar todas as superfícies com água e detergente e secar com rigor;
- Lavar com pano e detergente todos os equipamentos não clínicos (puxadores de portas, recipientes do lixo) e remover a sujidade visível;
- Limpar lâmpadas diariamente e sempre que contaminadas.
  - Desinfetar as superfícies metálicas com álcool a 70° ou bacillol 30 ® foam.
  - Higienizar braços articulados e todos os equipamentos a remover da sala;
  - Higienizar manípulos das portas, bancos e cadeiras;
  - Levantar pé da marquesa operatória e higienizar todo o chão com água e detergente;
  - Higienizar zona de sujos;

Realizar registo em impresso próprio: IMP.BOP.014 – Mapa de Registo da higienização das Salas Operatórias ou IMP.BOP.016 – Mapa de Registo Diário da higienização das Salas Operatórias de Urgência e Cesarianas.

APÊNDICE XII - PÓSTER “INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS” APRESENTADO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS

# Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios

**Autores:** Ana Catarina Carvalho\*, Andreia Campos\*, Joana Nogueira Garcia\*, Margarida Pinto Correia\*

\*Mestrandas no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Egas Moniz

Em Bloco operatório, a avaliação da qualidade através de indicadores, apresenta-se como uma ferramenta de gestão essencial para a melhoria, na medida em que foca a segurança do doente e os processos assistenciais, não esquecendo a aprendizagem e ensino (Castro, 2018). Neste sentido, e assumindo os enfermeiros uma “responsabilidade na procura da qualidade dos cuidados que prestam” (Reis & Silva, 2014, p. 195), com destaque para a eficiência, segurança do doente e para a gestão de eventos de risco, torna-se evidente e imprescindível o seu contributo para a performance e qualidade no Bloco Operatório. Castro (2018) no seu estudo elaborou uma lista de indicadores de qualidade do Bloco operatório, seguindo a tríade de Donabedian, Estrutura-Processo-Resultado, que se encontra esquematizada na figura 1.

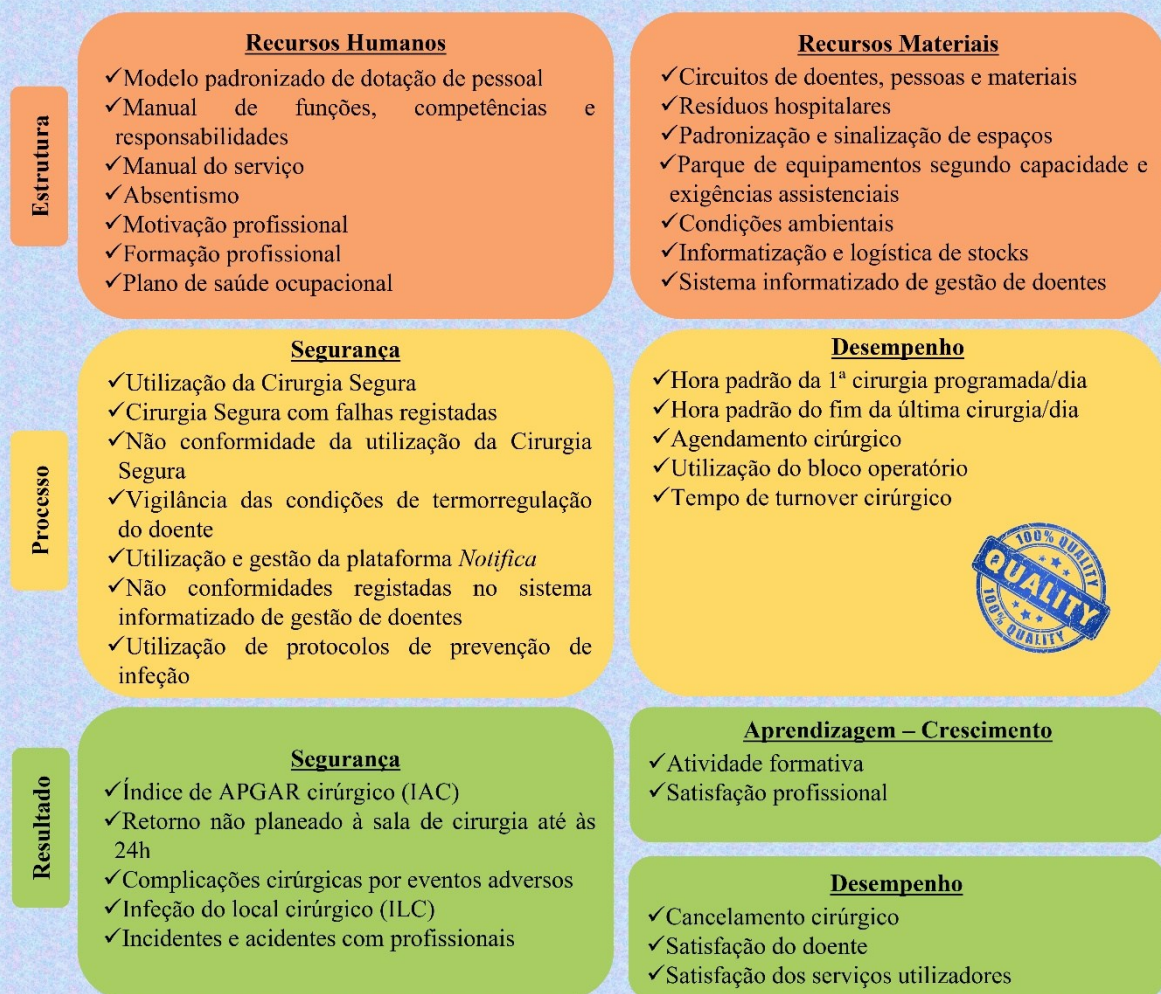


Figura 1. Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório, adaptado de Castro (2018).

Face ao exposto e à importância do papel do enfermeiro nos cuidados perioperatórios, é fundamental que se sensibilizem os profissionais sobre como evidenciar as suas práticas profissionais através da produção de indicadores de qualidade mensuráveis.



Referências Bibliográficas, norma APA 7ª Edição.

APÊNDICE XIII - *POWERPOINT* DA COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO: FEIXE DE INTERVENÇÕES” - APRESENTADO NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS

**EM** EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

**JORNADAS DE ENFERMAGEM EGAS MONIZ**

**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE:**

**PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO: FEIXE DE INTERVENÇÕES**

**Autores:**  
Ana Catarina Nobre Dantas de Carvalho  
Andreia Filipa Carvalho Campos  
Joana Nogueira Garcia  
Margarida Alexandra Pinto Correia

Monte da Caparica,  
14 de maio de 2024

1

**ÍNDICE**

- Objetivo do Trabalho
- Problemática
- Plano de Intervenção
- Metodologia de Projeto
- Diagnóstico de Situação
- Definição de Objetivos
- Planeamento
- Avaliação
- Conclusão
- Referências Bibliográficas

**EM** EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

2

1

## OBJETIVO DO TRABALHO



- Elaborar um projeto de melhoria com base numa necessidade ou risco identificado nos contextos da prática.

3

Prevenção da  
Infecção do Local Cirúrgico (ILC)  
no Bloco Operatório:  
Feixe de Intervenções

3

## PROBLEMÁTICA



A infecção do local cirúrgico (ILC) é considerada um **evento adverso** de causa **multifatorial** (DGS, 2022a).

Pode ocorrer no **local da incisão cutânea ou próximo dela** (podendo ser classificada como superficial, profunda e ainda de órgão/espaco), nos primeiros **trinta dias** de pós-operatório, ou até **três meses** após a colocação de prótese (Mangram *et al.*, 1999).



4

4

2

## PROBLEMÁTICA

ILC são uma das 3 IACS mais frequentes com 18,4% de prevalência (Suetens et al., 2018).

Doentes que desenvolvem uma ILC têm duas vezes mais probabilidade de **morrer**, mais 60% de hipóteses de serem transferidos para uma Unidade de Cuidados Intensivos (**UCI**), e ainda uma probabilidade cinco vezes maior de serem **readmitidos no hospital** (Kirkland et al., 1999).



A implementação de **programas de melhoria** focados na redução da incidência de ILC é fundamental, pois contribuem para a **diminuição da mortalidade e morbidade hospitalar, bem como dos custos associados aos cuidados de saúde.**

**STOP**  
INFECÇÃO  
HOSPITALAR 2.0

5

5

## PROBLEMÁTICA

### Bundle ou Feixe de Intervenções

São um conjunto de medidas de intervenção sustentadas na **mais recente evidência científica**, que quando **implementadas em conjunto**, têm **melhores resultados** do que quando imple<sup>m</sup>mentadas **individualmente**. Estas constituem assim, o núcleo de uma estratégia de melhoria da qualidade, em que se promove uma abordagem "tudo ou nada", com destaque para o princípio de uma abordagem conjunta como metodologia, em detrimento do valor individual de cada uma das medidas.

(Institute for Healthcare Improvement, 2017)



6

6

3

## PROBLEMÁTICA



A WHO (2018) reconhece que a prevenção das ILC é uma **prioridade** para a **segurança do doente**, e define **recomendações específicas** para a sua prevenção para o período **pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório**, atendendo à evidência científica conhecida e ao conhecimento de peritos na área.

7

## PROBLEMÁTICA



A Direção-Geral da Saúde (DGS, 2022a) emitiu a Norma Clínica nº 020/2015 “Feixes de Intervenções” atualizada a 17 de Novembro de 2022, para a prevenção de ILC, com as seguintes recomendações:

Fase pré-operatória	Fase pré e intra-operatória
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Rastreio de <i>Staphylococcus aureus</i> meticili na resistente (SAMR);</li> <li>✓ Se positivo de SAMR, realizar descolonização nas cirurgias de elevado risco para infeção causadas por <i>Staphylococcus aureus</i>;</li> <li>✓ Realizar banho com clorexidina (CHD 2-4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ <b>Tricotomia</b>, quando absolutamente necessária, e antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único;</li> <li>✓ <b>Profilaxia antibiótica cirúrgica</b> quando indicada, incluindo repicagem;</li> <li>✓ Administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea, exceto Vancomicina (120 minutos antes);</li> <li>✓ <b>Antissépsia da pele</b> do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contraindicado;</li> <li>✓ Garantir <b>homeostasia pré/intra-operatória</b> do doente: Manter <b>normotermia</b> (temperatura <math>\geq 36^{\circ}\text{C}</math>); Manter <b>normoglicemia</b> (<math>\leq 180</math> mg/dl); Manter <b>saturação periférica de oxigénio</b> (SpO2) igual ou superior a 95% e perfusão adequada durante a cirurgia.</li> </ul>
Fase pós-operatória	
<ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Garantir homeostasia pós-operatória do doente: Manter normotermia (temperatura <math>\geq 36</math>); Manter normoglicemia (<math>\leq 180</math> mg/dl nas 24 horas seguintes à cirurgia); Oxigenoterapia para manter SpO2 igual ou superior a 95%, após anestesia geral com intubação endotraqueal em doente com função pulmonar normal;</li> <li>✓ Cumprir técnica asséptica na realização do penso.</li> </ul>	

8

8

4



9

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - Caracterização do Serviço**

**Bloco Operatório de um Hospital em Lisboa**

**MISSÃO** melhoria contínua da qualidade e segurança do doente

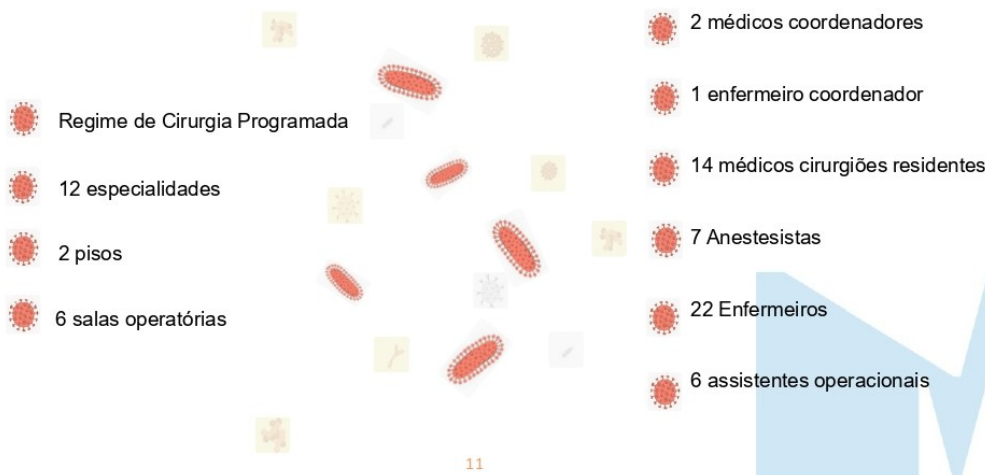
**VALORES** qualidade na relação interpessoal e a salvaguarda dos princípios éticos

10

10

5

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - Caracterização do Serviço

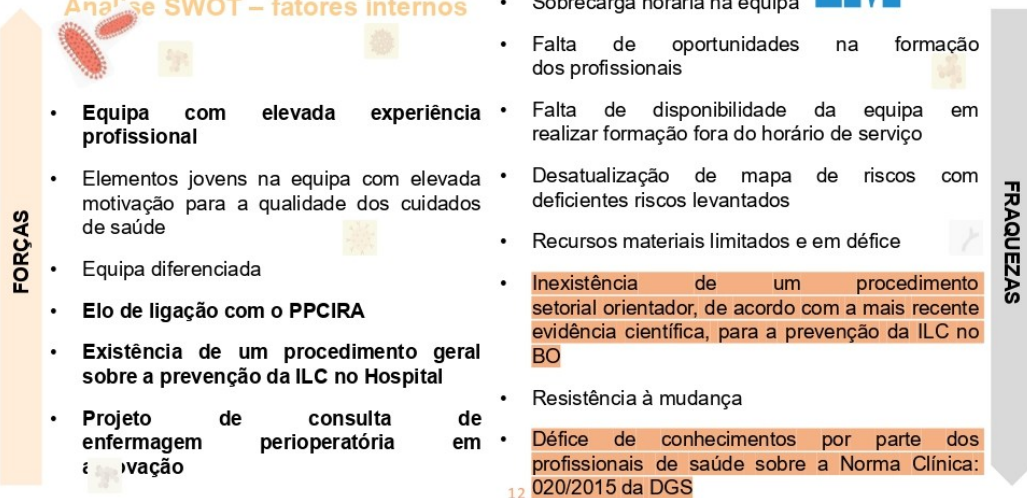


11

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO



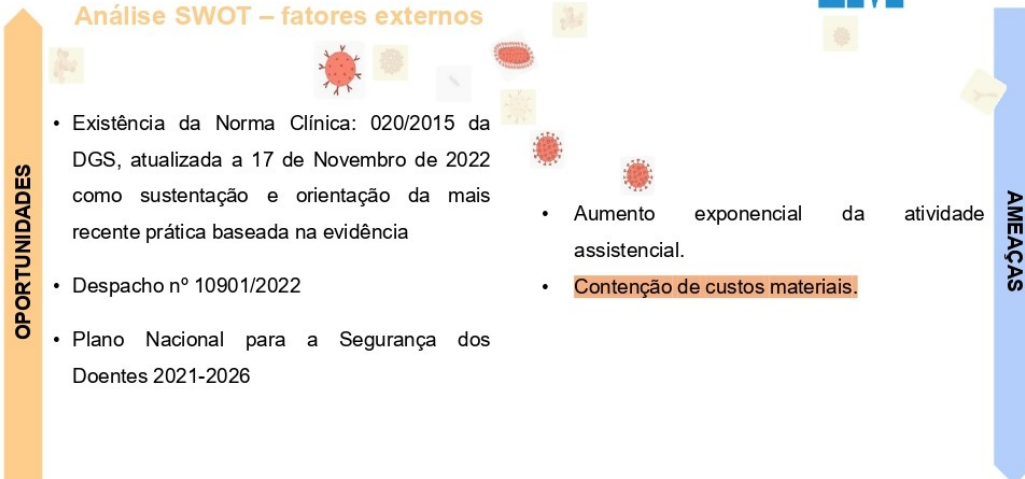
### Análise SWOT – fatores internos



12

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

### Análise SWOT – fatores externos



13

13

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO - Diagrama de Ishikawa



14

7

## OBJETIVOS



**Objetivo geral** → Elaborar um plano de intervenção sobre a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico no Bloco Operatório – Feixes de Intervenções

**Objetivos específicos** →

- Sensibilizar os profissionais de saúde do BO para as mais recentes práticas baseadas na evidência, para a prevenção da ILC
- Capacitar os profissionais de saúde para as boas práticas associadas à prevenção da ILC
- Uniformizar procedimentos recorrendo à realização de um procedimento setorial sobre a “Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico no Bloco Operatório – Feixe de Intervenções”

15

15

## PLANEAMENTO



ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA
Definição de grupo de trabalho.	Direção de Enfermagem Enfermeiro Gestor do BO	1/5/24 a 31/5/24
Elaboração de um procedimento setorial sobre Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) no Bloco Operatório – Feixe de Intervenções.	Diretores de serviço das diferentes áreas de especialidade do BO Diretor de anestesia UL PPCIRA Enfermeiro Especialista EMCPSP do BO Elo ligação PPCIRA do BO	1/5/24 a 30/6/24
Constituição de póster/cartaz sobre atuação em determinadas medidas do feixe de intervenções (ex: Normotermia)	Elo ligação do PPCIRA do BO Enfermeiro responsável pela formação no BO Enfermeiro Especialista EMCPSP	1/5/24 a 30/6/24
Proposta de Quadro <i>Kamishibai</i>	Direção de enfermagem Enfermeiro Gestor do BO Elo de ligação PPCIRA do BO Enfermeiro Especialista EMCPSP do BO	1/5/24 a 30/6/24

16

16

## PLANEAMENTO



ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA
Realização de formação à equipa: - Divulgação do procedimento setorial; - Novas dinâmicas a introduzir; - Apresentação do póster elaborado; - Apresentação do Quadro <i>Kamishibai</i> ; - Registos de enfermagem a realizar e importância dos mesmos.	Elo de ligação PPCIRA do BO Enfermeiro responsável pela formação do BO Enfermeiro Especialista EMCPSP do BO	1/11/24 a 30/11/2024
Realização de auditorias mensais sobre o cumprimento das medidas implementadas no Bloco Operatório segundo procedimento setorial proposto.	Elo de ligação PPCIRA no BO Enfermeiro Especialista EMCPSP	1/12/24 a 31/12/25
Reuniões de equipa trimestrais para divulgação de resultados das respetivas auditorias, resultado da taxa de ILC mais recente (fornecida PPCIRA) e discussão de melhorias a introduzir.	Enfermeiro gestor do BO Elo de ligação PPCIRA do BO Enfermeiro Especialista EMCPSP	1/3/25 a 31/12/25

17

## PLANEAMENTO



### Operacionalização do feixe de intervenções no Bloco Operatório - Procedimento Setorial

#### Profilaxia antibiótica cirúrgica

- Nos 60 min antes da incisão
- Se vancomicina 120 min antes da incisão
- Repicagem quando aplicável
- Registrar antibiótico e hora de administração

#### Homeostasia intraoperatória

##### Registo e avaliação glicémica

- Avaliação da glicémica:
- Admissão ao bloco
- A cada duas horas de cirurgia
- Final de cirurgia

##### Registo e avaliação Temperatura\*

- 36°C < T < 38°C – avaliar a cada 30 min
- 34°C < T < 36°C – avaliar a cada 15 min
- 32°C < T < 34°C – avaliar a cada 5 min
- T < 32°C – avaliação contínua

**Manter saturação periférica de oxigénio (SpO2) igual ou superior a 95% e perfusão adequada durante a cirurgia.**

#### Preparação da pele do doente com Clorexidina de base alcoólica

#### Tricotomia

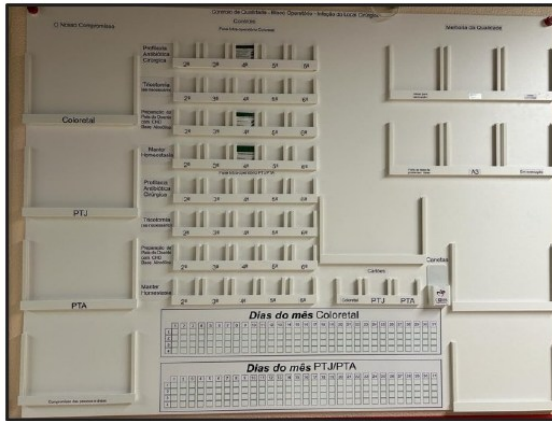
\*(Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017))

18

18

## PLANEAMENTO

### Estratégias locais



Quadro exemplo Kamishibai



Póster

19

19

## AVALIAÇÃO



ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Realização de formação à equipa: - Divulgação do procedimento setorial; - Novas dinâmicas a introduzir; - Apresentação do póster elaborado; - Apresentação do Quadro Kamishibai; - Registos de enfermagem a realizar e a importância dos mesmos.	<u>Taxa de adesão à formação:</u> $\left[ \frac{\text{n.º de profissionais que assiste à formação}}{\text{n.º total de profissionais}} \right] \times 100\%$	90% dos enfermeiros assiste à formação

20

20

10

## AVALIAÇÃO



ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Realização de auditorias ao cumprimento das medidas implementadas no Bloco Operatório segundo a Norma 020/2015 atualizada a 2022.	<u>Taxa de cumprimento do feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico:</u> [(número de cirurgias em que foram realizadas todas as intervenções indicadas no feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico / (n.º total de cirurgias no mês indicado)) x 100%	90% de cumprimento do feixe
	<u>Taxa de cumprimento de cada um dos elementos do Feixe de Intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico:</u> [(número de cirurgias em que foi cumprido esse elemento do feixe de intervenções) / (n.º total de cirurgias no mês indicado)) x 100%	90% de cumprimento de cada um dos elementos do feixe

21

21

## AVALIAÇÃO



ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Reuniões de equipa para divulgação de resultados das respetivas auditorias e discussão de melhorias a introduzir.	<u>Taxa de reuniões realizadas:</u> [(n.º de reuniões realizadas) / (n.º de reuniões previstas)] x 100%	90% das reuniões são realizadas
	<u>Taxa de adesão às reuniões:</u> [(n.º total de enfermeiros que assistiram às reuniões) / (n.º total de enfermeiros)] x 100%	90% dos enfermeiros assiste às reuniões

22

22

## COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

### B – Domínio da melhoria contínua da qualidade

- ✓ B1 – Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- ✓ B2 – Desenvolve práticas de qualidade, agindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- ✓ B3 – Garante um ambiente terapêutico seguro

### D – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- ✓ D2 – Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica
  - ✓ D2.1. Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagens em contexto de trabalho
  - ✓ D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica

23

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMCPS



Competência 2 - Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

- ✓ UC 2.1 “Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório
- ✓ UC 2.2, “Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

## CONCLUSÃO

A ILC constitui um enorme desafio com elevado impacto nos **resultados em saúde, na satisfação do doente e nos gastos em saúde.**

Na tentativa da sua prevenção, têm surgido iniciativas de melhoria da qualidade que refletem estratégias, baseadas na mais recente evidência científica, como a adoção de feixe de intervenções, com resultados bastante promissores.

Neste sentido, acreditamos que a sensibilização e capacitação dos profissionais de saúde para a prevenção da ILC no BO, permite articular e melhorar processos, com vista a melhores resultados em saúde, tendo o enfermeiro especialista em EMCPS um papel fundamental.

24

24

12



Adapt. de leanblog.org

25

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral da Saúde. (2022a, novembro 17). *Feixe de intervenções de prevenção de infeção de local cirúrgico: Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-de-local-cirurgico/>
- Institute for Healthcare Improvement. (2017). 10 IHI innovations to improve health and health care. Cambridge, Massachusetts: Institute for Healthcare Improvement. [www.ihl.org](http://www.ihl.org)
- Kirkland, K. B., Briggs, J. P., Trivette, S. L., Wilkinson, W. E., & Sexton, D. J. (1999). The impact of surgical-site infections in the 1990s: Attributable mortality, excess length of hospitalization, and extra costs. *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 20(11), 725–730. <https://doi.org/10.1086/501572>
- Mangram, A. J., Horan, T. C., Pearson, M. L., Silver, L. C., & Jarvis, W. R. (1999). Guideline for prevention of surgical site infection, 1999. *American Journal of Infection Control*, 27(2), 97–134. [https://doi.org/10.1016/s0196-6553\(99\)70088-x](https://doi.org/10.1016/s0196-6553(99)70088-x)
- Suetens, C., Latour, K., Kärki, T., Ricchizzi, E., Kinross, P., Moro, M. L., Jans, B., Hopkins, S., Hansen, S., Lyytikäinen, O., Reilly, J., Deptula, A., Zingg, W., Plachouras, D., & Monnet, D. L. (2018). Prevalence of healthcare-associated infections, estimated incidence and composite antimicrobial resistance index in acute care hospitals and long-term care facilities: Results from two european point prevalence surveys, 2016 to 2017. *Eurosurveillance*, 23(46). <https://doi.org/10.2807/1560-7917.es.2018.23.46.1800516>
- World Health Organization. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection* (2nd ed.). World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277399/9789241550475-eng.pdf?sequence=1>

26

26

13



27

14

347

APÊNDICE XIV - *POWERPOINT* DA COMUNICAÇÃO LIVRE “PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE - PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO DE EQUIPAMENTOS E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA “APRESENTADO NAS V JORNADAS CIENTÍFICAS E POLITÉCNICAS DA EGAS MONIZ


**EM** EGAS MONIZ SCHOOL of HEALTH & SCIENCE

**EM** JORNADAS CIENTÍFICAS EGAS MONIZ

## PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

### PRECAUÇÕES BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO

Medidas de descontaminação de equipamentos e higienização da sala operatória



**Autora:**  
Margarida Alexandra Pinto Correia, Enfermeira no Hospital Vila Franca de Xira, Estudante no I Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

**Professora Orientadora:**  
Enfermeira Mestre e Especialista Tânia Soares

Monte da Caparica,  
29 novembro 2024

1

## ÍNDICE

- Objetivo
- Problemática
- Plano de Intervenção
  - Metodologia de Projeto
  - Diagnóstico de Situação
  - Definição de Objetivos
  - Planeamento
  - Execução/Avaliação
- Conclusão
- Referências Bibliográficas



**EM** JORNADAS CIENTÍFICAS EGAS MONIZ

2

1

## OBJETIVO

- Elaborar um projeto de melhoria com base numa necessidade identificado no serviço.



3

3

## PROBLEMÁTICA

A prevenção e controlo das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), na qual se insere a Infecção do Local Cirúrgico, foi considerada uma temática emergente e prioritária a nível mundial pela *World Health Organization* (WHO), dados os graves riscos que acarretam para a segurança da pessoa.

O desenvolvimento de IACS, pode dever-se a múltiplos fatores, sendo um deles a adesão dos profissionais de saúde às medidas de prevenção e controlo da infeção.



4

4

2

## PROBLEMÁTICA

As ILC são uma das 3 IACS mais frequentes com 16,1% de prevalência (European Centre for Diseases Control and Prevention [ECDC], 2024).

Desenvolvimento de ILC aumenta:

- Tempo de internamento entre 7 a 11 dias;
- Risco de morte em 2 a 11 vezes;
- Custos de saúde;
- Mortalidade e morbilidade;
- Dor;
- Necessidade de novas intervenções cirúrgicas;
- Resistência aos antimicrobianos.

(Berriós-Torres et al., 2017; DGS, 2017)

Projetos de melhoria direcionados à diminuição da incidência de IACS, tornam-se cada vez mais pertinentes tendo em conta as ameaças à segurança da pessoa e da qualidade dos cuidados prestados.

5

## PROBLEMÁTICA

### Precauções Básicas de Controlo da Infeção

*“destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não. Essas potenciais fontes de infeção incluem o sangue e outros fluidos orgânicos (excluindo o suor), pele não íntegra, mucosas, assim como, qualquer material ou equipamento ao ambiente de prestação de cuidados, passível de contaminação com as referidas fontes. Aplicam-se a todos os utentes independentemente de se conhecer o estado infeccioso dos mesmos”* (DGS, 2013a, p.10).



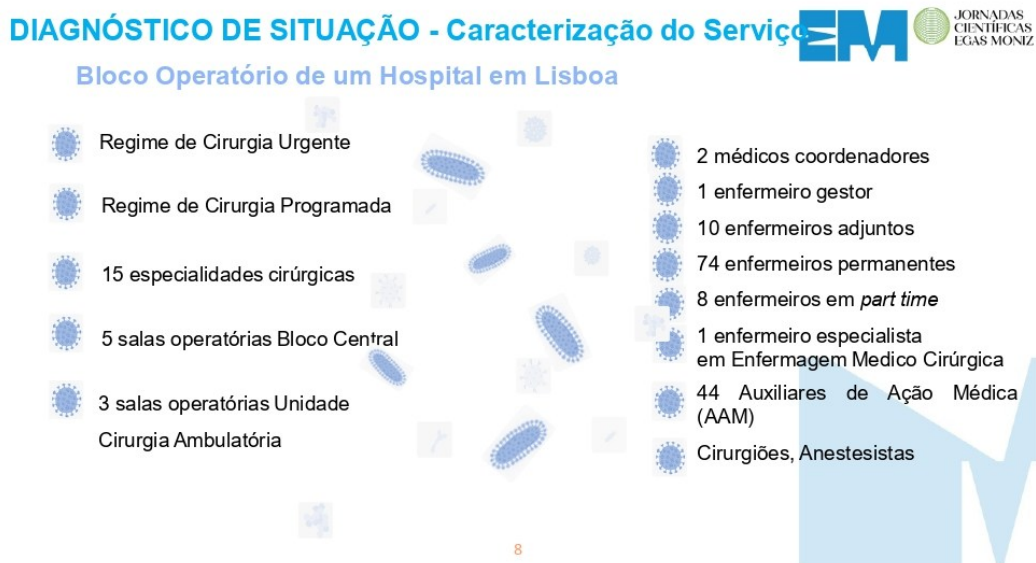
6

6

3



7



8

4

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

### Análise SWOT – fatores internos

FORÇAS

- Equipa experiente
- **Enfermeiro especialista em EMC** no Serviço
- **Elo de ligação com o PPCIRA**
- **Elo formação no serviço**
- **Plano formativo vasto, com formações periódicas obrigatórias**
- **Existência de um procedimento sobre a higienização da sala operatoria e descontaminação de equipamentos**
- **Existência de instrução de trabalho sobre atuação em situação de isolamento de contacto**

### Sobrecarga horária na equipa



JORNADAS CIENTÍFICAS EGÁS MONIZ

- Enfermeiros em *part time*
- Falta de disponibilidade da equipa em realizar formação fora do horário de serviço
- Défice de conhecimentos por parte das AAM sobre a higienização da sala operatoria em situação de isolamento de contacto
- **Inexistência formação sobre medidas de descontaminação de equipamentos e higienização da sala em situação de isolamento de contacto diagnosticado**
- Taxa de cumprimento do feixe de intervenções de prevenção da ILC (1º trimestre de 2024 – 80%)
- Taxa de adesão à higienização das mãos (1º trimestre 2024 – Enfermeiros: 80 %; AAM:56%)
- Taxa de adesão às boas práticas de utilização de luvas (1º trimestre 2024 - Enfermeiros e AAM: 90%)

FRAQUEZAS

9

## DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

### Análise SWOT – fatores externos

OPORTUNIDADES

- Existência da norma n.º 029/2012 atualizada a 31/10/2013: Precauções Básicas de Controlo de Infeção
- Normas WHO e ECDC sobre prevenção da infeção do local cirúrgico
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026



JORNADAS CIENTÍFICAS EGÁS MONIZ

- Falta de disponibilidade da equipa em realizar formação fora do horário de serviço
- Aumento exponencial da atividade assistencial

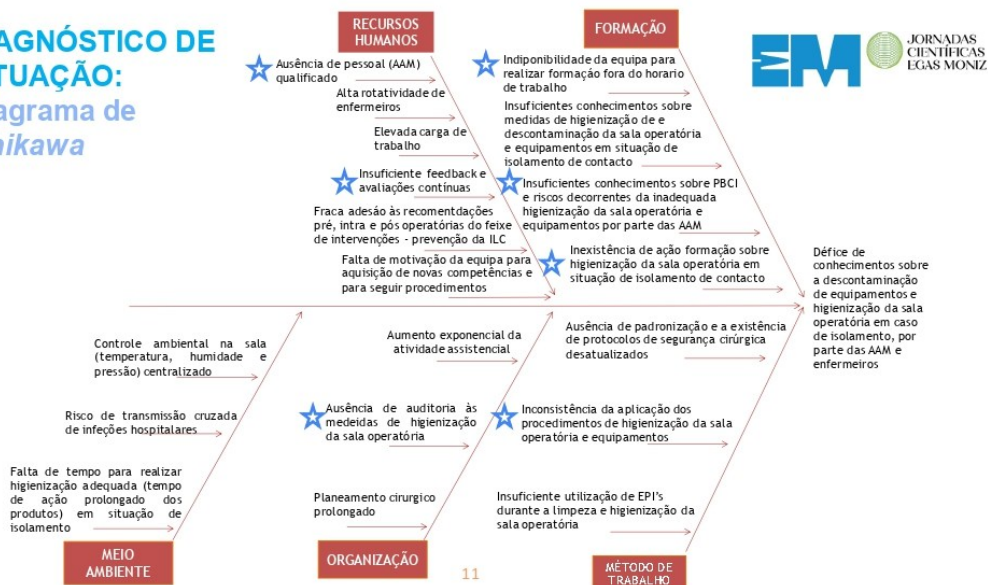
AMEAÇAS

10

10

5

**DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO:**  
**Diagrama de Ishikawa**



11

**OBJETIVOS**



**Elaborar um plano de ação sobre a adequada utilização de PBCI e métodos rigorosos de higienização da sala operatória, que vise minimizar o risco de infeções hospitalares e aumentar a segurança da PSPO e dos profissionais de saúde.**

- **Capacitar os enfermeiros e AAM do BO** para as mais recentes práticas baseadas na evidência sobre as PBCI e boas práticas de higienização da sala operatória;
- **Uniformizar procedimentos** relativamente às medidas de higienização das salas operatórias e descontaminação de equipamentos.
- **Consciencializar e sensibilizar** os Enfermeiros e AAM do BO sobre os riscos do inadequado cumprimento das PBCI e medidas de higienização da sala operatória;

12

## PLANEAMENTO



ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA
Análise dos procedimentos e instruções de trabalho disponíveis no BO	- Estudante de Mestrado EMC-PSP	27/5/24 a 15/5/24
Realização de pesquisa avançada sobre a temática		1/6/24 a 30/6/24
Elaboração Poster: - EPI's A Utilizar Na Descontaminação De Equipamentos Clínicos E Da Sala Operatória – Rotina E Situação De Isolamento Diagnosticado - Agentes De Limpeza E Descontaminação De Equipamentos Clínicos E Da Sala Operatória – Rotina E Em Situação De Isolamento De Contacto	- Estudante de Mestrado EMC-PSP	Até 30/6/24
Partilha e validação dos poster's realizados	- Enfermeiro Gestor do serviço X - Direção de Enfermagem - Elo PPCIRA do serviço X - Enfermeira Tutora Especialista em EMC - Estudante de mestrado em EMC-PSP	Até 15/7/24

13

## PLANEAMENTO



ATIVIDADES	RESPONSÁVEL	CRONOGRAMA
Elaboração da apresentação PPT para a sessão de formação sobre PBCI e métodos de higienização da sala operatória e validação.	- Enfermeiro Gestor do serviço X - Elo PPCIRA do serviço X - Enfermeira Tutora Especialista em EMC - Estudante de mestrado em EMC-PSP	Até 4/7/24
Realização de formação à equipa: - PBCI; - Procedimento de higienização da sala operatória e descontaminação de equipamentos; - Procedimento de higienização e descontaminação da sala operatória e equipamentos em situação de isolamento de contacto; - Impacto da não implementação das PBCI e Precauções Baseadas na Via de Transmissão (PBVT); - Registos a realizar pelas AAM e importância dos mesmos; - Divulgação do poster elaborado.	Elo de ligação PPCIRA do BO Enfermeiro responsável pela formação do BO Enfermeiro Especialista EMC do BO Estudante de mestrado em EMC-PSP	- 2 sessões até 17/7/24 - 2 sessões em 8/2024 - trimestral até 31/12/2024 - Semestral de 1/1/25 a 31/12/25

14

14

7



## PLANEAMENTO

Instrumento de Auditoria:  
Cumprimento Das Medidas De Descontaminação E Higienização Da Sala Operatória

Auditor: HPC  
Data: 27/02/2024

Critério nº	Critérios de auditoria	Cumprido	Não cumprido	Não aplicável	Observações
1	Foram realizadas as EPIs adequadas ao procedimento de higienização e descontaminação da sala, tendo em conta as EPIs e PPEV.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	
2	Todos os objetos e materiais contaminados foram removidos da sala, devidamente lavados, antes de se iniciar a limpeza da sala, roupa, instrumentos cirúrgicos.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
3	Os instrumentos cirúrgicos foram colocados em contentor próprio e transportados para a esterilização em carropórtico.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
4	A limpeza foi realizada das zonas mais limpas para as mais sujas.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
5	No caso de as superfícies se encontrarem relativamente sujas ou com sujidade orgânica, estas foram higienizadas previamente com água detergente e depois desinfectadas, assegurando a descontaminação de acordo com o protocolo em vigor.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
6	A descontaminação dos equipamentos foi realizada de acordo com o protocolo em vigor e tendo em conta as instruções do fabricante.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
7	Em situação de detumescimento de sangue, urina, fezes ou vômito no chão a zona foi isolada imediatamente com papel adesivo e por cima a seguir o processo de limpeza foi realizado seguindo o procedimento de detumescimento em vigor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
8	Em situação de isolamento de contacto foram utilizados os produtos de limpeza e desinfectantes adequados ao isolamento e tendo em conta as PPEV, de acordo com as especificações em vigor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	
9	Foi realizada correta remoção de EPIs.	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	
10	Foi realizada correta higienização das mãos no fim do procedimento.	<input type="radio"/>	<input checked="" type="radio"/>	<input type="radio"/>	

Taxa de conformidade global das auditorias	
75,00%	

Critério	Taxa de conformidade global por critério
1	0%
2	100%
3	100%
4	100%
5	100%
6	100%
7	0%
8	0%
9	100%
10	0%

Taxa de conformidade global ao procedimento	
75%	

Observações Finais	

Fórmula de Cálculo  
 (Total de respostas corretas / Total de respostas aplicáveis) x 100 = 75

17

## EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO

ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Formação à equipa	Por categoria profissional: <u>Taxa de adesão à formação:</u> $\frac{[(n.^{\circ} \text{ de profissionais que assiste à formação}) / (n.^{\circ} \text{ total de profissionais})] \times 100\%}{}$ <u>Taxa de formações realizadas =</u> $\frac{[(n.^{\circ} \text{ de formações realizadas}) / (n.^{\circ} \text{ de formações previstas})] \times 100\%}{}$	- 70% dos AAM escalados para a data da formação de julho 2024 assiste à formação ministrada pela estudante de mestrado; <b>70,59%</b> - 100% das formações planeadas e ministradas pela estudante de mestrado para julho de 2024 são realizadas; <b>100%</b> - 70% dos AAM assiste à formação (total de todas formações planeadas); - 70% dos Enfermeiros assiste à formação (total de todas as formações planeadas); - 70% do total das formações planeadas são realizadas; - Realização da ação de formação no cronograma preconizado.

18

9

## EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO



ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Auditorias à conformidade de medidas de higienização e descontaminação da sala operatória	<p>- Taxa de conformidade global, em cada auditoria, às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória = <math>\frac{[(n.º \text{ total de critérios conforme}) / (n.º \text{ total de critérios avaliados quando aplicáveis})] \times 100\%}{}</math></p> <p>- Taxa de cumprimento global de cada um dos critérios de avaliação na auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória = <math>\frac{[(n.º \text{ de vezes em que foi cumprido esse critério}) / (n.º \text{ total de vezes em que foi avaliado o critério})] \times 100\%}{}</math></p> <p>- Taxa de conformidade global das auditorias realizadas às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória = <math>\frac{[(\text{taxa de global de cumprimento em cada auditoria}) / (n.º \text{ total de auditorias realizadas})] \times 100}{}</math></p>	<p>- 80% de conformidade global em cada auditoria, realizada às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de cumprimento de cada um dos critérios avaliados no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória;</p> <p>- 80% de conformidade global no procedimento de auditoria às medidas de descontaminação e higienização da sala operatória.</p>

19

## EXECUÇÃO E AVALIAÇÃO



ATIVIDADES	INDICADORES	METAS
Reuniões de equipa trimestrais para a divulgação de resultados das respetivas auditorias, taxa de ILC (fornecido pelo Elo PPCIRA), e discussão de melhorias a introduzir	<p>- Taxa de reuniões realizadas = <math>\frac{[(n.º \text{ de reuniões realizadas}) / (n.º \text{ de reuniões previstas})] \times 100\%}{}</math></p> <p>Por categoria profissional:</p> <p>- Taxa de adesão às reuniões = <math>\frac{[(n.º \text{ total de profissionais que assistiram às reuniões}) / (n.º \text{ total de profissionais})] \times 100\%}{}</math></p>	<p>-80% das reuniões são realizadas;</p> <p>-80% dos AAM assiste às reuniões;</p> <p>-80% dos enfermeiros assiste às reuniões.</p>

20

10

## DIVULGAÇÃO



- Reuniões de equipa trimestrais.
- Projeto de estágio.
- Relatório anual do serviço.

21

21

## COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

**B** – Domínio da melhoria contínua da qualidade

**D** – Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

(Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, 2019)

22

## COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM EMC-PSP

**Competência 2** - Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

(Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros, 2018)

22

11

## CONCLUSÃO



A prevenção das IACS, nomeadamente da ILC, é da **responsabilidade de todos os profissionais de saúde** envolvidos no período perioperatório.

Como tal, o desenvolvimento e **implementação de medidas preventivas** com o objetivo de aumentar a segurança e qualidade da prestação de cuidados, **garantem menores riscos para as pessoas**, permitindo reduzir os custos dos cuidados de saúde prestados, quando comparado com a ocorrência um evento adverso.

Dado que uma das possíveis causas para a manutenção da elevada incidência de ILC, ser a **fraca adesão dos profissionais às medidas** de PCI, projetos que incidam no objetivo de aumentar a adesão a medidas baseadas na evidência, têm-se mostrado **eficazes no combate às IACS**, quando **cumpridas pelos vários profissionais envolvidos**.

O **enfermeiro especialista** pode desempenhar um papel crucial no planeamento e implementação de projetos de melhoria que visem uniformizar formas de atuação, tendo em conta a mais recente evidencia científica, minimizar o risco de infeções hospitalares e garantir a segurança do doente e dos profissionais de saúde, através da sensibilização, capacitação e treino dos mesmos.

23

23

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



- European Centre for Disease Prevention and Control. (2024). *Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in european acute care hospitals*. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/healthcare-associated-point-prevalence-survey-acute-care-hospitals-2022-2023.pdf>
- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., & Schechter, W. P. (2017). Centers for disease control and prevention guideline for the prevention of surgical site infection, 2017. *JAMA Surgery*, 152(8), 784. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
- Direção-Geral da Saúde. (2013, outubro 31). *Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI): Norma n.º 029/2012 de 29/12/2012 atualizada a 31/10/2013*. [https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS\\_029.2012%20ACT.10.2013.pdf](https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/NORMA%20DGS_029.2012%20ACT.10.2013.pdf)
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de prevenção e controlo de infeções e de resistência aos antimicrobianos 2017*. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Gonçalves, S. C. M., & Carmo, T. I. G. do. (2022). Implicações das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde na Gestão em Saúde. *Enfermeria: Cuidados Humanizados*, 11(1), e2746. <https://doi.org/10.22235/ech.v11i1.2746>
- Regulamento n.º 429/2018 da Ordem dos Enfermeiros. (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. pp. 19359 - 19370. <https://dre.pt/application/conteudo/115698585>
- Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República: II série, n.º 26. pp. 4744 - 4750. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

24

24

12



EGAS MONIZ SCHOOL  
of HEALTH & SCIENCE



EM JORNADAS  
CIENTÍFICAS  
EGAS MONIZ

Obrigado.

**ANEXOS**

ANEXO I - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS III JORNADAS DE  
ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS

## CERTIFICADO

*Margarida Correia*

esteve presente nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, na condição de assistente.

  
Presidente da Comissão Científica

  
Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:



ANEXO II - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DO POSTER “INDICADORES DE QUALIDADE SENSÍVEIS AOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIOS”, EM COAUTORIA, NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM - ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIOS

## CERTIFICADO

*Margarida Alexandra Pinto Correia*

Participou com a apresentação do seguinte poster: "**Indicadores de Qualidade Sensíveis aos Cuidados de Enfermagem Perioperatórios**", em co-autoria com Ana Catarina Carvalho, Andreia Campos e Joana Nogueira Garcia, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

P<sup>re</sup>sidentes da Comissão Científica e Organizadora

  
Paula Helena L.P. Sarreia Nunes de Oliveira

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON  
GASES

 SOCME MEDICAL

 xandile

 Caracter



 PAFALETRAS



 CAMILAS



 Or, Nitro

 santosevade

ANEXO III - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE  
“PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE: PREVENÇÃO DA  
INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NO BLOCO OPERATÓRIO: FEIXE DE  
INTERVENÇÕES “, EM COAUTORIA, NAS III JORNADAS DE ENFERMAGEM -  
ONE HEALTH: CONQUISTAS E DESAFIO

## CERTIFICADO

*Ana Catarina Dantas*

Participou com a apresentação da seguinte comunicação livre: **“Projeto de melhoria continua da qualidade: Prevenção da infeção do local cirúrgico no Bloco Operatório - Feixe de intervenções”**, em co- autoria com **Andreia Campos, Joana Garcia e Margarida Correia** , nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

*Cristina Cunha*

Presidente da Comissão Científica

*Aida Sequeira*

Presidente da Comissão Executiva

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON  
GASES

 SOCHE MEDICAL

 xandile

 Carecolvet

 PAPA LETRAS

 PAPA LETRAS

 UNIVERSIDADE DE LISBOA

 UNIVERSIDADE DE LISBOA

 Os Netos

 santoseviale

ANEXO IV - CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE COMUNICAÇÃO LIVRE  
“PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE PRECAUÇÕES  
BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO DE  
EQUIPAMENTOS E HIGIENIZAÇÃO DA SALA OPERATÓRIA “, NAS V  
JORNADAS CIENTÍFICAS E POLITÉCNICAS DA EGAS MONIZ

CERTIFICA-SE QUE

Margarida Correia

*Alexandre Trindade*

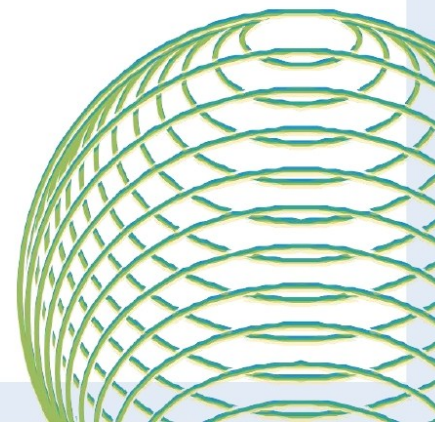
PROFESSOR DOUTOR ALEXANDRE TRINDADE  
Presidente da Comissão Organizadora



JORNADAS  
CIENTÍFICAS  
EGAS MONIZ

Participou/Apresentou

*PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA  
DA QUALIDADE: PRECAUÇÕES  
BÁSICAS DE CONTROLO DE INFEÇÃO  
- MEDIDAS DE DESCONTAMINAÇÃO  
DE EQUIPAMENTOS E HIGIENIZAÇÃO  
DA SALA OPERATÓRIA* nas V Jornadas  
Científicas Universitárias e Politécnicas  
Egas Moniz, entre 25 e 29 de  
novembro de 2024.



**ANEXO V - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ÉTICA E  
DEONTOLOGIA PROFISSIONAL”**



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº 93804 desta Ordem, participou no(a) "Webinar: Ética e Deontologia Profissional", realizado no dia 19 de Setembro de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Coimbra, 19 de Setembro de 2024

Presidente do Conselho Diretivo Regional

**Valter Amorim**

-----  
Esta atividade 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 Criação de Atividades Formativas.

ANEXO VI - CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM  
ÀS QUINTAS - PREVENÇÃO E CONTROLO DA INFEÇÃO: DA FORMAÇÃO À  
INOVAÇÃO



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº 93804 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infecção: da formação à inovação", realizado no dia 12 de Setembro de 2024, com duração total de 2h00, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 12 de Setembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

-----  
Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,25 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Atividades Formativas.

ANEXO VII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “CICLO DE  
WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS  
ANTIMICROBIANOS. SESSÃO 2”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº 93804 desta Ordem, participou no(s) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 2", realizado no dia 15 de Outubro de 2024, com duração total de 02h00, no(s) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 15 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

-----  
Esta atividade 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 Criação de Atividades Formativas.

ANEXO VIII - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “CICLO DE  
WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS  
ANTIMICROBIANOS. SESSÃO 3”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº 93804 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 3", realizado no dia 22 de Outubro de 2024, com duração total de 01h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

-----  
Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Atividade Formativas.

ANEXO IX - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “ENFERMAGEM ÀS  
QUINTAS - LIDERANÇA PARA A INVESTIGAÇÃO E INOVAÇÃO EM  
ENFERMAGEM”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº 93804 desta Ordem, participou no(a) "Enfermagem às Quintas - Liderança para a Investigação e Inovação em Enfermagem", realizado no dia 24 de Outubro de 2024, com duração total de 2 horas, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Porto, 24 de Outubro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

-----  
Esta atividade 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 Criação de Atividades Formativas.

ANEXO X - CERTIFICADO DE PRESENÇA NO WEBINAR “PERCURSOS E  
TENDÊNCIAS NA PRÁTICA PERIOPERATÓRIA”



## CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

**MARGARIDA ALEXANDRA PINTO CORREIA**

membro nº **93804** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar “Percurso e Tendências na Prática Perioperatória”**", realizado no(s) dia(s) **no dia 6 de Novembro de 2024**, com duração total de **2h**, no(a) **Plataforma digital “Cisco Webex Events”**.

Lisboa, 6 de Novembro de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

*Dora Lisa Rocha Franco*

Dora Franco

---

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 XI - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “HIPERTERMIA MALIGNA”

# CERTIFICADO

## FORMAÇÃO

### HIPERTERMIA MALIGNA

Certifica-se que **Margarida Alexandra Pinto Correia** frequentou a formação de **Hipertermia Maligna**.  
Esta formação realizou-se no **Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.** no dia **15-11-2024** e teve a duração  
total de **01h00**.

A Vogal do Conselho de Administração

*Susana Isabel Costa Beal*

A Direção do Departamento de Formação e Investigação

*Luís Ramos*

ANEXO XII - CERTIFICADO DE FORMAÇÃO “CONTROLO PERIOPERATÓRIO  
DO DOENTE DIABÉTICO”

# CERTIFICADO

## FORMAÇÃO

### CONTROLO PERIOPERATORIO DO DOENTE DIABÉTICO

Certifica-se que **Margarida Alexandra Pinto Correia** frequentou a formação de **Controlo Perioperatorio do Doente Diabético**.

Esta formação realizou-se no **Hospital de Vila Franca de Xira, E.P.E.** no dia **18-04-2024** e teve a duração total de **01h00**.

A Vogal do Conselho de Administração



A Direção do Departamento de Formação e Investigação

