



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

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

Carina Liliana Costa Moura

**TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NO
CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

TERAPÊUTICAS DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Relatório Final de Estágio

Carina Liliana Costa Moura

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do Grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Andreia Neves da Mota

Oliveira de Azeméis | 2023

“A Enfermagem é uma arte e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, como a obra de qualquer pintor ou escultor; Pois o que é o tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus. É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes. “

Florence Nightingale

” Conhecimento não é aquilo que você sabe, mas o que você faz com aquilo que você sabe.”

Aldous Huxley

AGRADECIMENTOS

No decorrer deste percurso cuja aprendizagem me fez crescer substancialmente, em termos humanos e profissionais, foram vários intervenientes que contribuíram para essa minha evolução, pelo que merecem todo o meu reconhecimento e gratidão:

À orientadora Professora Doutora Liliana Mota pelo aconselhamento e acompanhamento, pela disponibilidade, pelas sugestões e pela visão crítica que me motivou na procura de conhecimento científico e permitiu o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À Direção do Hospital, onde realizei os dois momentos de estágios, aos Enfermeiros-chefes, Enfermeiro Américo Lopes e Enfermeira Carla Rego, pelo apoio e pela disponibilidade.

Às enfermeiras tutoras, especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, Enfermeira Ana Luísa Fonseca e Enfermeira Dulce Pacheco, pelo acolhimento, a disponibilidade e a orientação.

Ao Conselho de Administração do Hospital da Senhora da Oliveira por ter permitido a realização do projeto de investigação.

À minha família, principalmente o meu marido e ao meu filho, pela compreensão, pelo apoio e pelo incentivo diário, e, relativamente aos quais, reitero as minhas desculpas pela minha ausência profissional.

A todos, o meu sincero OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA: Modelo de Certificação do Ministério da Saúde

AESOP: Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações

EORNA: European Operating Room Nurses Association

BO: Bloco Operatório

BOC: Bloco Operatório Central

CEPO: Consulta de Enfermagem Pré-Cirúrgica

CIPE: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

EEEMC: Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEEPSP: Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EMEMCPSP: Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EPSP: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ERS: Entidade Reguladora da Saúde

ESSNorteCVP: Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

DGS: Direção Geral de Saúde

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

HSOG: Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães

IACS: Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC: Infeção do Local cirúrgico

ICN: Concelho Internacional dos Enfermeiros

JBI: Joana Briggs Institute

OE: Ordem dos Enfermeiros

SI: Sistemas de Informação

SIE: Sistemas de Informação de Enfermagem

SPO2: Saturação de pressão de oxigénio

UCPA: Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UCA: Unidade de Cirurgia de Ambulatório

RCCEP: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

REPE: Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RAM: Resistências aos antimicrobianos

TPN: Terapia de pressão negativa

RESUMO

O presente relatório final de estágio foi realizado no âmbito do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. O estágio dividiu-se em dois momentos, nomeadamente, nos serviços de Bloco Operatório e na Unidade de Cirurgia de Ambulatório numa Instituição Hospitalar da região Norte de Portugal. A metodologia utilizada foi descritiva e reflexiva, suportada na melhor evidência científica, concedendo rigor às aprendizagens adquiridas ao longo do estágio. As competências intrínsecas à obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória foram desenvolvidas em dois momentos: num primeiro momento, onde é efetuada uma análise crítico-reflexiva das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista desenvolvidas e adquiridas ao longo deste percurso. E num segundo momento, procurou-se refletir o processo metodológico desenvolvido em concordância com o estudo de investigação proposto numa fase inicial do estágio. Esta organização permite a análise do percurso percorrido através das aprendizagens e das competências conseguidas nos dois contextos cirúrgicos, com o intuito de alcançar os objetivos gerais e específicos previamente definidos, assim como, as reflexões e saberes que elas originaram, desenvolvendo competências científicas, técnicas e humanas enquanto futura mestre e enfermeira especialista em médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Relativamente à componente de investigação, o estudo baseia-se na documentação proporcionada pelos cuidados de enfermagem registados pelos enfermeiros em contexto perioperatório, pelo que será desenvolvido um estudo qualitativo, exploratório e retrospectivo com recurso à análise da documentação de enfermagem, sujeita a estatística descritiva. A documentação em enfermagem permite uma mensuração da qualidade dos cuidados implementados pelos enfermeiros em contexto perioperatório. Os resultados permitiram analisar e reconhecer quais são os cuidados específicos documentados pelos enfermeiros no perioperatório, para que deste modo, se possa refletir sobre o seu contributo para os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Palavras-Chave: enfermagem perioperatória, cuidados perioperatórios, prática avançada de enfermagem, terminologia padronizada em enfermagem

ABSTRACT

This final internship report was conducted within the scope of the 2nd Master's Course in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialization in Nursing for the Person in Perioperative Situation, in the Northern Health School of Portuguese Red Cross. The internship was divided into two moments, namely in the Operating Room and Ambulatory Surgery Unit of a Hospital Institution in the North of Portugal. The methodology used was descriptive and reflective, supported by the best scientific evidence, Bestowing strictness to the learning acquired during the internship. The intrinsic skills for obtaining the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of Specialisation in Nursing Care of People in Perioperative Situation were developed in two moments: the first moment where a critical-reflective analysis is carried out of the common and specific skills of the specialist nurse developed and acquired along this route. And in a second moment, we seek to reflect on the methodological process developed in accordance with the research study proposed at an early stage of the internship. This organisation allows for the analysis of the path taken through the learning experiences and skills achieved in both surgical contexts, in order to achieve the general and specific objectives previously defined, as well as the reflections and knowledge that they originated, developing scientific, technical and human skills as a future master and specialist nurse in medical-surgical nursing in the specialisation area of nursing care to the person in perioperative situation. With regard to the research component, the study is based on the documentation provided by the nursing care recorded by nurses in perioperative contexts and a qualitative, exploratory and retrospective study will be developed using the analysis of nursing documentation, subject to descriptive statistics. Nursing documentation allowed measuring the quality of care implemented by nurses in perioperative care settings. The results allowed analysing and recognising the specific care documented by nurses in the perioperative period, so that we can reflect on their contribution to health gains related to perioperative nursing care.

Key words: perioperative nursing, perioperative care, advanced nursing practice, standardised nursing terminology

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Focos de Enfermagem Identificados	65
Tabela 2: Intervenções com integridade referencial para o foco hipotermia	66
Tabela 3: Intervenções com integridade referencial para o foco ferida cirúrgica	66
Tabela 4: Intervenções implementadas pelos enfermeiros por tipo de ação em contexto intraoperatório	67

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Circuito do Doente em contexto de cirurgia de ambatório.....	24
Figura 2: Fluxograma do processo de suporte e gestão do BOC – Intervenção cirúrgica programada.....	25

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	19
1. Enquadramento dos contextos de estágio	21
1.1. <i>Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório</i>	22
1.2. <i>Estágio no Bloco Operatório Central</i>	24
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	27
2.1. <i>Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal</i>	27
2.2. <i>Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade</i>	29
2.3. <i>Domínio da Gestão dos Cuidados</i>	32
2.4. <i>Domínio das Aprendizagens Profissionais</i>	36
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória	41
3.1. <i>Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa</i>	42
3.2. <i>Maximiza a Segurança da pessoa, em situação Perioperatória, e da Equipa Pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica</i>	43
4. Considerações finais	49
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	51
1. Resumo	53
2. Abstract.....	55
3. Fundamentação/enquadramento teórico	57
4. Finalidade e objetivos	61
5. Metodologia.....	63
5.1. <i>Desenho do estudo</i>	63
5.2. <i>Considerações éticas</i>	64
6. Resultados.....	65
7. Discussão.....	71
8. Conclusão	77
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	81
ANEXOS	89
ANEXO I: Protocolo da Consulta de Enfermagem Pré-Operatória	91

ANEXO II: Folheto Informativo alusivo à Colectomia	99
ANEXO III: Fluxograma de apoio à tomada de decisão centrado na Infeção do Local Cirúrgico	103
ANEXO IV: Póster e Certificado do Póster nas Jornadas “ Desafios para a articulação de cuidados de Saúde”	107
ANEXO IV: Guião de Vídeo e Declaração de Consentimento para recolha de imagens	111
ANEXO V: Apresentação e Certificado da Comunicação Livre no 2º Congresso de Enfermagem Especializada.....	115
ANEXO VI: Apresentação e Certificado de Comunicação Live na IV Conferência Internacional de Investigação em Saúde.....	123
ANEXO VII: Póster e Certificado de Comunicação Livre em forma de Póster no Congresso Internacional do Controlo de Infeção	131
ANEXO VII: Fichas Cirúrgicas de Procedimentos Ortopédicos	135
ANEXO IX: Procedimento de Normotermia	169
ANEXO X: Certificado de Participação nas I Jornadas de Segurança do doente peri-operatório.....	175
ANEXO XI: Certificado de Participação no Webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”	179
ANEXO XII: Certificado de Participação no 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória..	183
ANEXO XIII: Parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde	187
ANEXO XIV: Parecer favorável da Proteção de Dados	191
ANEXO XV: Parecer favorável do Coordenador do Centro Académico.....	203

INTRODUÇÃO

A Enfermagem, nos últimos anos, tem vindo a registar uma evolução a vários níveis, o que torna imperioso reconhecer o significativo valor da intervenção do enfermeiro. O curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória visa o desenvolvimento de competências para a assistência de Enfermagem avançada, revelando uma maior acuidade, por parte dos enfermeiros, no concernente à conceção de cuidados perioperatórios sustentada numa conceptualização científica destes, daí, inferindo-se o seu contributo numa melhor prática de cuidados em saúde.

Sustentado nesta perspetiva, o enfermeiro deve ser, indubitavelmente, um agente de mudança dos cuidados de saúde e deve assegurar a sua práxis em evidência científica. Na constante busca da excelência, o Enfermeiro Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMEMCESP) procura o mais elevado nível de cuidados e segurança à pessoa em situação perioperatória, de modo a maximizar estes cuidados e minimizar o risco e eventos adversos, atendendo ao ambiente tão complexo a que esta pessoa está sujeita. Este conceito foi umas das premissas centrais no desenvolvimento de competências enquanto futura mestre.

Como parte integrante dos cuidados de enfermagem e que permitem a avaliação dos mesmos é a documentação produzida pelos enfermeiros. Estes consistem na maior fonte de informação da qualidade dos cuidados prestados, permitindo avaliar a eficácia das intervenções de enfermagem. Estes registos, também orientados por procedimentos e normas fundamentadas em evidência científica, vão sendo sucessivamente atualizados em função da evolução tecnológica e da complexidade das patologias clínicas. A documentação advinda do processo de enfermagem é passível de ser estudada de modo a contribuir para o conhecimento científico da prática de enfermagem (Lopes, 2020).

A enfermagem perioperatória tem ao longo dos anos evoluído, baseada em evidência científica e com um conjunto de conhecimentos próprios, que vêm vindo sustentar a prática de enfermagem em contexto perioperatório no desenvolvimento de intervenções promotoras da segurança do doente e no envolvimento da pessoa em situação perioperatória na tomada de decisão dos seus cuidados (Matos et al. 2021; AESOP, 2013, 2019).

A informatização dos registos, como ferramenta crucial na partilha de informação e continuidade dos cuidados de enfermagem, permite ao enfermeiro justificar a sua tomada

de decisão e a gestão destes cuidados em prol da pessoa. Assim, os sistemas de informação (SI), em contexto da pessoa em situação perioperatória, vieram sustentar a tomada de decisão por parte do enfermeiro perioperatório, na identificação dos focos sensíveis aos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

O presente relatório final de estágio pretende demonstrar o desenvolvimento de competências profissionais avançadas e de investigação e a reflexão acerca das mesmas.

Nesse sentido, este trabalho assenta em duas partes: estágio e o estudo de investigação. Numa primeira parte desta exposição, apresentar-se-á um enquadramento dos locais de estágio, nomeadamente, numa Unidade de Cirurgia de Ambulatória e num Bloco Operatório Central, na especialidade de Ortopedia. Com esse intuito, efetuar-se-á uma reflexão analítica e crítica sobre o contexto e os momentos de aprendizagens avançadas, relacionados com o enfermeiro especialista e mestre em enfermagem perioperatória.

Numa segunda parte, destinada à componente de investigação, a título de introito, resumir-se-á a visão geral do estudo de investigação. Sequencialmente, far-se-á o enquadramento teórico, no qual fundamentar-se-á a temática em abordagem e as terapêuticas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Consequente, expor-se-ão a finalidade e os objetivos delineados, para este percurso de investigação.

Quanto à metodologia, também ela, dividir-se-á em duas partes. Primeiramente, desenhar-se-á o estudo e, depois, tecer-se-ão as considerações éticas relevantes nesta apresentação. Relativamente aos resultados, considerar-se-ão os dados recolhidos, utilizados após uma análise retrospectiva à documentação gerada pelos enfermeiros, em contexto de perioperatório. Na discussão, os dados obtidos serão interpretados e comparados com a evidência científica. Num ato contínuo, efetivar-se-á uma conclusão, cuja abrangência abraçará as inferências principais, as implicações para a prática de enfermagem e as futuras pesquisas/investigações.

Em última instância, elencar-se-ão as considerações finais onde se apresentar-se-ão as conclusões, as ilações resultantes do estágio e da investigação, as limitações registadas e, proporcionalmente, projetos futuros.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

Um curso de mestrado no âmbito de Enfermagem médico-cirúrgica, com a respetiva realização de estágios, reveste-se de um carácter fundamental, pois visa proporcionar conhecimentos e momentos de reflexão, análise e prática clínica. Estes promovem o desenvolvimento e o suporte de um conjunto de competências que permitirão a prestação de cuidados de enfermagem, baseados na evidência científica, centrados na pessoa em situação perioperatória. Portanto, os estágios proporcionados são períodos catalisadores de reflexão, onde interagem “dois espaços formativos na mediação entre teoria e experiência, com efeitos na construção do conhecimento profissional” (Cunha, Macedo & Vieira, 2017, p. 66).

Estes momentos de estágio são fulcrais e um complemento à formação teórico-prática em contextos concretos, nomeadamente, neste caso específico, numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) e num serviço de Bloco Operatório (BO), pois possibilitam o desenvolvimento de aptidões para a prática de enfermagem avançada, através da “consciencialização gradual das diferentes intervenções que o enfermeiro é chamado a desenvolver e das competências requeridas para o seu desempenho” (Silva & Silva, 2016, p. 103).

Atualmente, os cuidados de enfermagem assumem uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde. Assim, de forma a acompanhar esta crescente complexidade de cuidados de saúde, a Ordem dos Enfermeiros (OE) atribui o título de enfermeiro especialista, em seis ramos distintos (OE, 2019), do qual destaco a Enfermagem Médico-Cirúrgica, particularmente, a área de Especialização de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (OE, 2018), que assume centralidade neste percurso académico.

Segundo o Regulamento nº 705/2021 faz parte integrante do mestrado em enfermagem a realização de um estágio de carácter profissional, com a componente do relatório final, no qual espelhar-se-ão e evidenciar-se-ão as competências adquiridas ao longo deste percurso formativo, bem como, a reflexão sobre as principais atividades no intuito de alcançar os objetivos definidos (ESSNorteCVP, 2021).

Esta experiência de formação e prática clínica orientada, por objetivos gerais e específicos delineados, objetiva-se pela aquisição de competências avançadas, pelo desenvolvimento

do pensamento crítico, de planificação e de deliberação perante situações complexas, na área de enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória.

Os objetivos gerais estão descritos no Guia de orientação definido pela Instituição de Ensino Superior para o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II e serviram de base de orientação para a definição dos objetivos específicos, tendo em consideração, as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica à pessoa em situação perioperatória:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa, em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados de investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de forma auto-orientada e autónoma.

A reflexão crítica destes objetivos será efetuada em conjunto com os objetivos específicos definidos em cada um dos momentos de estágio, que serão abordados em seguida.

1.1. Estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

O primeiro momento de estágio decorreu na Unidade de Cirurgia de Ambulatória (UCA) de uma Instituição de Saúde do Norte, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Mota e a tutoria da enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC), Ana Luísa Fonseca.

A UCA consiste num serviço hospitalar, no qual se efetuam procedimentos cirúrgicos programados, realizados em sala operatória, sob anestesia geral, loco-regional, local e/ou sedação, em regime de admissão e alta da pessoa em situação perioperatória, num período inferior a 24 horas, em instalações próprias e sob condições de segurança, em concordância com as práticas clínicas em vigor (Ministério da Saúde, 2015).

A UCA divide-se em 2 salas operatórias equipadas para cirurgias de diversas especialidades, um recobro (fase 1, 2 e fase 3), com capacidade para 5 camas e 7 cadeirões e um “recobro tardio”, que integra a fase 2 e fase 3, com dotação de 10 camas, para adultos, e 5, para crianças. A capacidade instalada operacionaliza-se com 2 salas de segunda a sábado.

A equipa da UCA é constituída pela Diretora de Serviço e Enfermeira Gestora, por 34 enfermeiros (dos quais dois com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica e um com especialidade de enfermagem comunitária), por 8 Assistentes Operacionais e 3 Assistentes Técnicos.

Relativamente à equipa de enfermagem da UCA esta respeita a dotação de enfermeiros tendo como base o regulamento n.º 743/2019, norma em vigor que rege as dotações seguras. *“A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, devendo, para isso, serem utilizadas metodologias e critérios que permitam uma adequação dos recursos humanos às reais necessidades de cuidados da população”* (OE, 2019, p.128).

Tal como supracitado o exercício dos enfermeiros no perioperatório de forma a garantir cuidados com qualidade e segurança deve respeitar as dotações seguras. O cálculo, em qualquer regime cirúrgico seja convencional ou ambulatorio, segue os mesmos princípios, atendendo a complexidade dos cuidados no perioperatório. Assim, para além da dotação de cada sala cirúrgica e da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) é sugerido incluir a dotação da visita/consulta pré-cirúrgica, da visita pós-operatória ou contactos telefónicos de follow-up, admissão pré-operatória e funções de suporte, particularmente *“gestão integrada de cuidados perioperatório, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros”* (OE, 2019, p.143)

Esta unidade visa proporcionar as pessoas um tratamento cirúrgico personalizado e de elevada qualidade, em regime ambulatorio, com cuidados humanizados, pois pretende-se que a pessoa em situação perioperatória beneficie plenamente das vantagens da Cirurgia de Ambulatório: uma elevada segurança em todos os procedimentos; uma diminuição do desconforto pós-operatório; uma minimização da incidência de infeções e uma facilidade na reintegração social, com um menor custo associado à intervenção (Cardante, 2020).

Segundo Coutinho (2010, p.60) a *“forma mais eficaz de compreender o funcionamento de uma UCA é descrever os circuitos diferenciados que a compõem e que permitem conhecer a sequência das ações e das funções de cada um dos compartimentos que compõem as diferentes zonas”*.

O circuito da cirurgia de ambulatório é um circuito centrado na pessoa em situação perioperatória, isto é, há um acompanhamento à pessoa desde a fase do pré-operatório, intraoperatório (dia da cirurgia) e pós-operatório (Figura 1).

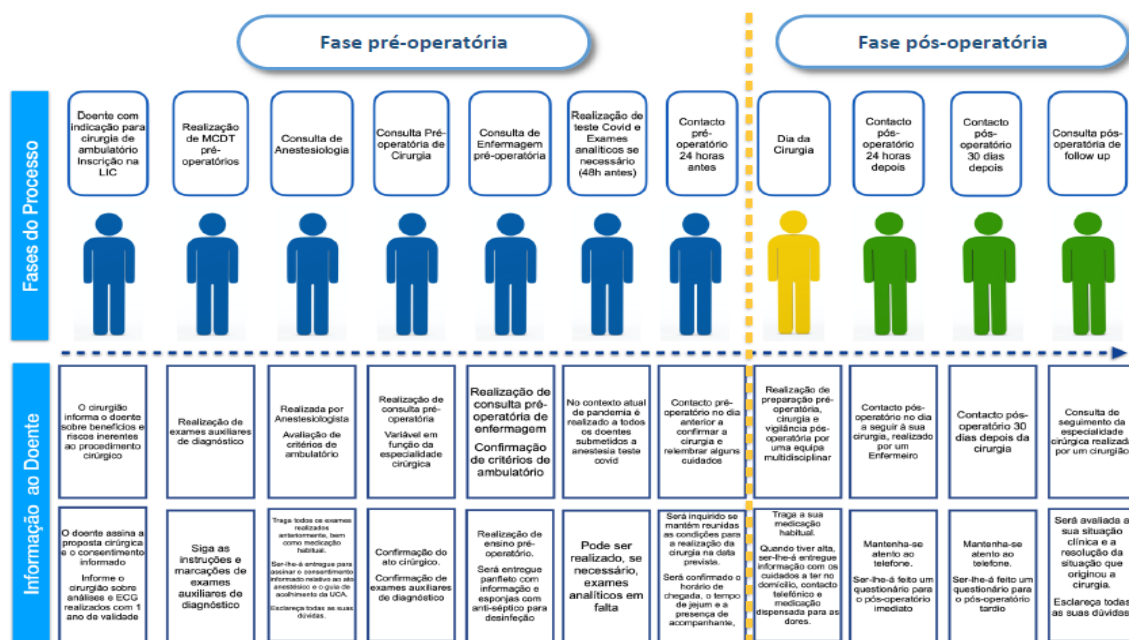


FIGURA 1: Circuito da Pessoa em Situação Perioperatória em contexto de Cirurgia de Ambulatório (HSOG, 2021)

A função do enfermeiro perioperatório inicia-se na fase pré-operatória durante a consulta pré-operatória onde se confirma a elegibilidade para este tipo de regime cirúrgico, onde é identificado o familiar de referência, realizado o ensino pré-operatório, esclarecidas dúvidas e planificar o processo atendendo o procedimento cirúrgico, resultados e expectativas.

Este acompanhamento sucede-se no período intraoperatório e posteriormente no período pós-operatório com as consultas de follow-up por via telefónica ou presencial, para a avaliação do estado clínico e recuperação da pessoa após a alta.

1.2. Estágio no Bloco Operatório Central

O segundo momento de estágio decorreu no Bloco Operatório Central (BOC) de uma instituição hospitalar da região Norte de Portugal, na especialidade de ortopedia, sob a orientação da Professora Doutora Liliana Mota e a tutoria da EEEMC, Dulce Pacheco.

O BOC localiza-se no edifício central, no 2º piso, constituído por 9 salas cirúrgicas. Entre as quais encontramos uma respeitante à ortopedia e de trauma diferido, um UCPA, com 11 unidades. Em termos de recursos humanos, a equipa do BO é constituída pela Diretora de Serviço e pelos Enfermeiros Gestores (2), por 87 enfermeiros (dos quais 15 com especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 5 com Enfermagem de Reabilitação, 1 em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, 1 em Enfermagem de saúde Infantil e Juvenil e 1 em Enfermagem Comunitária), por 17 Assistentes Operacionais e 1 Assistente Técnico.

O BO é um contexto complexo com inúmeros equipamentos e tecnologias presentes e pelo seu contexto sobremaneira característico, requer, nas diferentes especialidades cirúrgicas, bem como, nos diversos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, e sobretudo, pela vulnerabilidade a que está sujeito a pessoa em situação perioperatória, conhecimentos bastante distintos.

A estrutura da qualidade de serviços ou produtos do BOC está sustentada e baseada no modelo de acreditação Andalusian Agency for Healthcare Quality (ACSA) da Direção Geral da Saúde (DGS), revelando-se numa ferramenta de melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados às pessoas. Neste sentido, criou-se um fluxograma do processo de suporte e gestão do BOC, para a intervenção cirúrgica programada (HSOG, 2021).

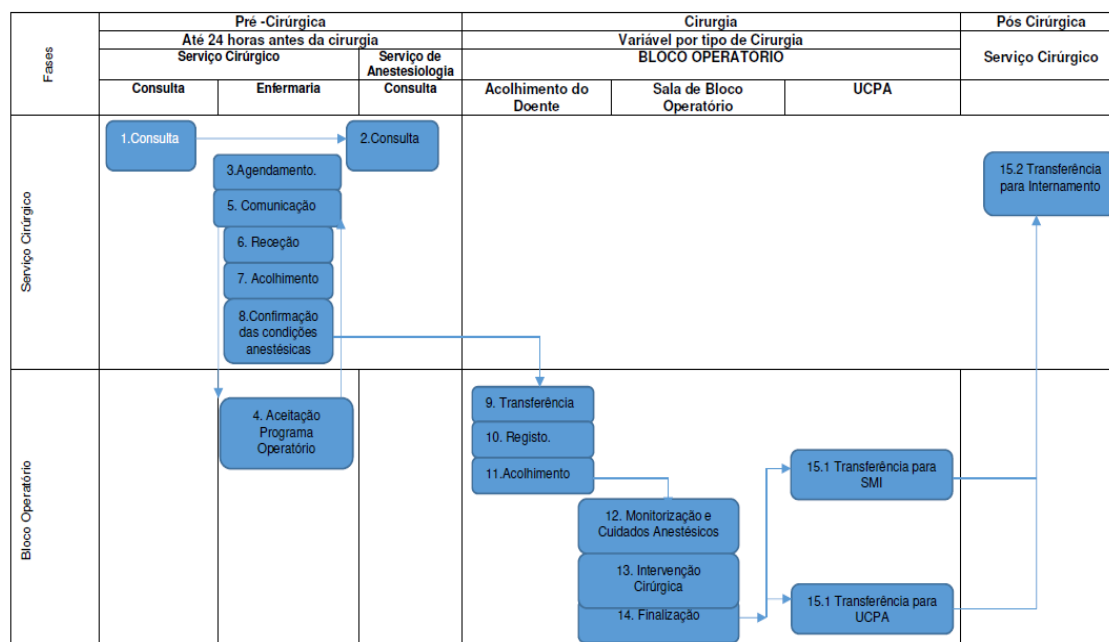


FIGURA 2: Fluxograma do processo de suporte e gestão do BOC – Intervenção cirúrgica programada (HSOG, 2021)

O BOC abrange diferentes especialidades cirúrgicas, nomeadamente, a cirurgia ortopédica e traumatologia sobre a qual incide este relatório final de estágio. A especialidade cirúrgica de ortopedia inclui procedimentos cirúrgicos de alta complexidade que, na sua maioria, remetem para a colocação de implantes e próteses. Neste sentido, o enfermeiro, munido de competências e conhecimentos específicos, durante o período perioperatório, deve promover a excelência dos seus cuidados e a segurança da pessoa.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Face a uma evolução constante dos cuidados de saúde, pelos desenvolvimentos tecnológicos e científicos, a especialização e a diferenciação das competências dos enfermeiros e dos cuidados de enfermagem emergem como uma realidade.

O Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (RCCEP) (2011, p.8648) afirma que o “Especialista é o enfermeiro com um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, que demonstram níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas (...) demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados”. Portanto, entende-se que o enfermeiro especialista é um agente de mudança para uma prática de enfermagem avançada e baseada na evidência científica. Assim, o enfermeiro torna-se num elemento fulcral na educação e na orientação dos seus intervenientes, utentes e pares, tal com deve procurar desenvolver projetos de investigação significativos, de modo a incitar a inovação nos cuidados de saúde (ICN 2020; OE, 2019).

Segundo o Artigo 4º, do RCCEP (2019), verificam-se quatro domínios de competências comuns dos enfermeiros especialistas: a responsabilidade profissional, a ética e a legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Em forma de contextualização destas competências numa conjuntura de estágio clínico, serão refletidas as atividades desenvolvidas e justificadas à luz do conhecimento científico que tenham contribuído para o seu desenvolvimento.

2.1. Domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal

A enfermagem, enquanto profissão autónoma e autorregulada, assente numa prática com princípios éticos e deontológicos definidos no Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), baseada em conhecimentos dessa natureza, a partir dos quais o especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, empregando, para tal, habilidades de tomada de decisão ética e deontológica (OE, 2019). Não obstante, defende uma prática que respeite os direitos humanos, gerindo situações potencialmente comprometedoras para a pessoa. Analogamente, o Código Deontológico dos Enfermeiros (OE, 2015), no Artigo 99.º dos

Princípios Gerais, compete a que todas as intervenções de enfermagem sejam concretizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro, assim como o cumprimento da legislação em vigor, referente ao exercício da profissão.

Segundo o Regulamento n.º 140/2019, considera-se espectável que o enfermeiro desenvolva uma prática especializada, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, e garanta práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Isto é, pretende-se que esse especialista assuma uma posição de liderança nos processos de tomada de decisão, quando se encontre perante dilemas de natureza ética (OE, 2019).

A prática profissional, enquanto enfermeira e mestranda em contexto de estágio, baseou-se na procura da excelência do exercício profissional, analisando e refletindo sobre os atos, com o intento de identificar eventuais áreas a melhorar e a fundamentar a prática clínica em decisões conscientes, contextualizadas e devidamente justificadas.

A pessoa em situação perioperatória vê-se sujeita a um ambiente de stress (Cardante, 2020), em que o enfermeiro perioperatório deve apresentar-se como um elemento diferenciador. A autoconsciência, as competências profissionais munidas de conhecimentos científicos, o pensamento crítico-reflexivo, permitem uma abordagem holística e especializada.

A capacitação da pessoa, em situação perioperatória, torna-o parte integrante no processo de decisão dos seus cuidados de saúde. A Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano refere, no seu Capítulo II, Artigo 5º (2001) que: qualquer intervenção, no domínio da saúde, só pode ser efetuada, se a pessoa em causa tiver manifestado seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada, quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como às suas consequências e riscos. A pessoa pode, em qualquer momento, revogar livremente o seu consentimento, (ERS, 2021).

Torna-se fulcral o estabelecimento de uma relação de empatia e ajuda com a pessoa em situação perioperatória, que permita identificar as suas necessidades e deste modo elaborar um plano de intervenção adequado. Esta relação além de promotora de conforto e apoio à pessoa e/ou família/pessoa significativa, através de competências comunicacionais diferenciadas, vai permitir gerir emoções, ansiedade e medo por parte da pessoa. É fundamental que o enfermeiro perioperatório assegure que a pessoa compreende toda a informação que lhe é comunicada para poder exercer o seu direito enquanto membro integrante na decisão dos cuidados que lhe vão ser prestados. Assim, de modo a gerir a

informação num momento tão complexo é fundamental preparar a pessoa para quaisquer alterações da autoimagem e autonomia que possa resultar da intervenção cirúrgica (Regulamento nº429/2018, OE, 2018).

Nos dois momentos de estágio, aprimoraram-se as competências inerente aos cuidados de saúde centrados na dignidade, na autonomia e na segurança do utente, respeitando os seus valores, as suas crenças e as suas decisões relativamente aos cuidados de saúde. Foi garantido o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado, bem como, garantir mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situações mais vulneráveis, atendendo a legislação vigente e as políticas institucionais (Regulamento nº429/2018, OE, 2018).

2.2. *Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade*

A avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem permite conhecer as relações implícitas aos resultados sensíveis em enfermagem, semelhante ao contexto de cuidados (indicadores de estrutura) e aos cuidados de enfermagem (indicadores de processo), permitindo a avaliação dos resultados produzidos (indicadores de resultado) (Ferreira, 2015).

A gestão da qualidade visa a procura persistente de novas estratégias que almejam práticas inovadoras e avançadas, a partir da formação contínua dos profissionais, da supervisão dos cuidados de saúde, baseados em indicadores sensíveis, e no empoderamento dos resultados que visam a melhoria contínua (Furtado, 2022).

Nesta linha de pensamento, surgem os sistemas de melhoria contínua da qualidade, que são implementados como sistemas organizados, para aprimorar, de forma pertinaz, procedimentos, resultados e serviços prestados pelas organizações de saúde, independentemente do melhor ou do pior desempenho atingido, de forma a superar, sustentadamente, o nível atingido.

Poder-se-á afirmar que uma gestão da qualidade eficiente aponta para estratégias centradas em objetivos que se desejam alcançar. Desse modo, as estratégias em qualidade consistem num conjunto de ferramentas utilizadas para identificar, definir, analisar e resolver questões/necessidades que têm impacto nos resultados das instituições de saúde (Furtado, 2022).

O Regulamento nº. 140/2019 indica que o EEEMC deve ter “um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, assim como, promover o desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e

colaborando em programas de melhoria contínua” e garantir “um ambiente terapêutico e seguro” aquando da prestação de cuidados (OE, 2019, p.4745).

Assim, ao refletirmos sobre essa gestão da qualidade e a sua monitorização, podemos direcionar-nos para a existência de normas, de regulamentos e de procedimentos orientadores, não só em contexto de categoria profissional, mas também, institucional. Através destes protocolos, os profissionais de saúde devem reger a sua prática clínica, pois a sua praticabilidade torna-se passível de auditoria e posterior melhoramento ou atualização desses mesmos.

Quanto ao domínio da gestão da qualidade, os objetivos específicos traçados, nos dois momentos de estágio, centraram-se na identificação de necessidades de intervenção prioritárias, distintamente relacionadas com a segurança da pessoa em situação perioperatória e no controlo da infeção do local cirúrgico (ILC). Deste modo, participou-se, de forma ativa, em programas de melhoria contínua da qualidade, colaborando em projetos institucionais, na área da qualidade, nomeadamente, com a atualização do Protocolo da Consulta de Enfermagem Pré-operatória da UCA (anexo I) e no projeto de melhoria contínua desta consulta; na elaboração de um folheto informativo alusivo a um procedimento cirúrgico, nomeadamente a Colecistectomia (anexo II), de um fluxograma de apoio à tomada de decisão centrado na ILC (anexo III).

Estes trabalhos efetuados na área de melhoria contínua da qualidade visam alcançar mudanças desejadas pelos serviços onde se desenvolveu o estágio, nos quais o enfermeiro especialista desempenha um papel diferenciador em resultados das suas competências. Portanto, um projeto de melhoria contínua da qualidade pressupõe uma reorganização dos processos de pensar, gerir, tomar decisões e refletir sobre as práticas desenvolvidas pelos enfermeiros com impacto na saúde das pessoas, sustentada por uma base de conhecimentos e de competências (Machado, 2013).

A consulta de enfermagem da UCA é crucial na transmissão de informação à pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico. Pelo que é, durante este ato, que o enfermeiro vai promover o aumento do nível de conhecimentos da pessoa, bem como, gerir o stress, no intuito de o ajudar na adaptação às possíveis alterações após a cirurgia, aumentando, assim, as suas capacidades para o autocuidado e para melhorar a sua experiência, promovendo o seu potencial de autonomia. É imperativo que o enfermeiro direcione os seus cuidados para a vertente técnica e psicossocial (Bayraktar et al., 2018).

Visando a consulta de enfermagem, a preparação pré-operatória da pessoa em situação perioperatória deve abordar a componente psicológica, através do desenvolvimento de estratégias para minimizar sentimentos de stress, ansiedade e medo, consistindo numa

área na qual os enfermeiros podem intervir de forma autónoma, tendo um papel fundamental na evolução, consolidação e implementação de intervenções de enfermagem, promovendo mudanças neste domínio do saber.

“No âmbito da atuação do enfermeiro em cirurgia de ambulatório, a consulta de enfermagem é uma prática essencial para garantir os cuidados de enfermagem de excelência, tanto no período pré-operatório, como no período pós-operatório” (Cardante, 2020, p.11).

Na atualização do Protocolo da Consulta de Enfermagem Pré-operatória da UCA, atendendo à legislação em vigor, pretendeu-se uniformizar procedimentos, de maneira a dar suporte a esta medida.

Para tal, efetuou-se um vídeo ilustrando o circuito do doente, em contexto de ambulatório, com início na consulta de enfermagem pré-operatória e com o seu término nos contactos telefónicos das 24 horas e os 30 dias pós-cirurgia. O vídeo tem a duração de oito minutos e trinta segundos, respeitou um guião (anexo IV) e foi realizado com a colaboração da equipa de enfermagem da unidade de cirurgia de ambulatório. Foi solicitada autorização a cada elemento para a captação de imagens e realização do vídeo (anexo IV).

O vídeo é facilitador do processo educativo sobre o procedimento cirúrgico e promove a redução da ansiedade e stress da pessoa, bem como, prepará-la para o pós-operatório de modo a reduzir o tempo de recuperação e as complicações pós-cirúrgicas (Bayraktar et al, 2018). Portanto, o vídeo tem como propósito elucidar a pessoa em situação perioperatória sobre as suas dúvidas e consequentemente pela dinamização da informação o apoio audiovisual intensificará a compreensão, aumentando o nível de conhecimentos da pessoa em relação ao seu processo cirúrgico.

Também foi realizado um folheto informativo sobre o procedimento “colecistectomia” (anexo II) para auxiliar o enfermeiro perioperatório na consulta pré-operatória a esclarecer dúvidas e unir informação útil e específica relativamente a este procedimento cirúrgico, em documento escrito. De acordo com Bayraktar et al. (2018) é importante conciliar a comunicação verbal com a vertente escrita (folhetos) para aumentar a qualidade dos cuidados de enfermagem, promover o autocuidado, melhorar a satisfação da pessoa em situação perioperatória e diminuir os riscos de complicações pós-cirúrgicos e consequentemente readmissões hospitalares.

Promoveu-se a discussão da operacionalização do protocolo da consulta de enfermagem pré-operatória, que numa perspetiva futura, deve aumentar a realização de folhetos informativos com informação útil relativa ao procedimento cirúrgico; a realização das consultas numa data mais próxima quanto possível à data da cirurgia; a otimização dos

registros informáticos e consultas através de telenfermagem quando as condições físicas e recursos materiais assim o permitirem, tanto da parte da equipa de enfermagem como da parte da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa.

Portanto, a qualidade é uma condição fulcral nas mudanças profundas das práticas em saúde, sendo a sua avaliação um fator relevante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, nomeadamente no bloco operatório. A complexidade deste serviço, a evolução tecnológica e o incremento dos custos associados, leva a que os serviços de saúde se reestruem e reorganizem para se adaptarem aos seus recursos, para garantir a qualidade e eficiência dos serviços (Gomes, 2020; Gómez-Ríos et al, 2019).

São vários os autores que têm vindo a evidenciar a importância da aplicação de indicadores de qualidade no bloco operatório, monitorizando a qualidade e segurança dos cuidados prestados (Joseph et al, 2018; Wu et al, 2017). Os indicadores de qualidade permitem avaliar o desempenho no bloco operatório, pelo que, consistem numa ferramenta do ponto de vista estratégico para a sua melhoria.

O enfermeiro perioperatório deve valorizar as suas competências e o seu conhecimento avançado, identificar previamente as necessidades da pessoa em situação perioperatória, identificar exigências do procedimento cirúrgico, gerir possíveis riscos, bem como, registar criteriosamente toda a informação pertinente visando a continuidade dos cuidados (Castro, 2018; Graham, 2003).

Neste sentido, para melhor compreender esta temática foi realizada uma revisão integrativa da literatura da qual resultou a realização de um póster intitulado “Avaliação da qualidade do bloco operatório” submetido às Jornadas “Desafios para a articulação dos cuidados em saúde” do Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães (HSOG) (anexo V).

Entre os indicadores de qualidade sensíveis à enfermagem em BO, destacam-se, as taxas de perda de tempo de trabalho, o atraso no início da cirurgia, o tempo de turnover, o cancelamento de cirurgias, o número de cirurgias mensais, a verificação dos doentes cirúrgicos, a marcação do local da cirurgia, as alergias e o uso de antibióticos 60 minutos antes da incisão, o tempo cirúrgico esperado, os resultados de indicadores de esterilização, a disponibilidade de instrumentos /materiais cirúrgicos e a contagem de instrumentos (Wu et al, 2017).

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

No campo da gestão dos cuidados, o enfermeiro deve centrar a sua prestação de cuidados, usando os recursos disponíveis e as metodologias que visem a melhoria e a garantia da

qualidade. Para as alcançar, urge uma atualização constante e oportuna de conhecimentos e competências de Enfermagem (Leprohon, 2002).

Às instituições de saúde compete adequar os recursos e criar as estruturas que permitam um exercício profissional de qualidade. Neste âmbito, torna-se um dever das instituições desenvolverem esforços para proporcionar condições de desenvolvimento profissional dos enfermeiros, em prol dessa qualidade. Sendo uma das competências comuns do enfermeiro especialista, a gestão da qualidade, no sentido de conceber, gerir e colaborar em programas de melhoria da qualidade, é indispensável ter consciência que a escassez de recursos é um fator cada vez mais evidente e que nas tomadas de decisão, devemos considerar a avaliação dos custos, no sentido de obter ganhos de eficiência. É importante ter noção do custo dos materiais para, desta forma, fazer-se um uso racional dos mesmos, sem comprometer a qualidade dos cuidados prestados. Observa-se bastante positiva esta interação entre os elementos, no sentido de serem ouvidas opiniões de ambas as partes e, desse modo, proceder à tomada de decisão com juízo crítico e, sempre, com o objetivo de cumprir com as necessidades da pessoa em situação perioperatória. Constatou-se que existe uma boa relação profissional e um clima de responsabilidade e de motivação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar, onde são respeitadas as várias opiniões e equacionados os vários cenários, indo ao encontro do grande objetivo – promover a excelência dos cuidados.

Por consequente, nos dois momentos de estágio, registou-se que os enfermeiros responsáveis de turno possuíam a categoria profissional de especialista ou na sua ausência era determinado esse encargo a enfermeiros que exercem funções, nesse serviço, há mais de 20 anos. Estes enfermeiros de referência com performance superior, ditos peritos, possuem um amplo conhecimento e experiência, demonstrando capacidade na identificação de problemas e potenciais problemas, evidenciando um discernimento intuitivo e resolvendo as situações inesperadas com precisão (Benner et al, 2009; Benner, 2004).

O enfermeiro gestor delega ao enfermeiro especialista a responsabilidade do turno, sendo este o profissional com as competências e os conhecimentos necessários para o bom desempenho desse cargo, na área de gestão, pois detém as qualidades e a preparação para a gestão das necessidades/problemas do serviço (OE, 2017).

O enfermeiro especialista, enquanto responsável de turno, deve organizar todo o material indispensável para as cirurgias programadas do dia seguinte e verificar eventuais pedidos de material, externo à instituição, para possíveis cirurgias, nos próximos dias. Além disso, deve solucionar todos as complicações que surjam ao longo do turno em questão e dar

apoio aos colegas das salas cirúrgicas. Ainda confirma, em parceria com o enfermeiro gestor, o plano de trabalho e a distribuição de tarefas dos elementos da equipa em exercício.

Relativamente às funções do enfermeiro perioperatório, este pode assumir-se como instrumentista, circulante e anesthesiologista. No entanto, no BOC existem duas equipas de enfermagem geridas por dois enfermeiros gestores, sendo que, na primeira equipa, os enfermeiros desempenham funções de instrumentistas e circulantes e, na segunda, de anesthesiologia, prestando cuidados na UCPA.

Este tipo de metodologia de trabalho apresenta aspetos favoráveis e desvantajosos. Quanto à sua vantagem, permite que os enfermeiros aprofundem as suas competências e conhecimentos numa determinada área específica. Quanto à desvantagem, por serem duas equipas diferentes, a comunicação e o espírito de equipa é dificultador, sendo estas fundamentais para assegurar os cuidados de enfermagem prestados. Ainda, relativamente à primeira equipa, os enfermeiros estão divididos por especialidades cirúrgicas, isto é, cada enfermeiro instrumentista/circulante só assegura apenas duas especialidades cirúrgicas.

Na UCA, a metodologia de trabalho é diferente e as funções de cada enfermeiro por turno é assente num plano de trabalho definido no dia anterior, consoante os enfermeiros destacados. Todos os enfermeiros asseguram os diferentes postos de trabalho implícitos nesta unidade de cirurgia, ou seja, como enfermeiro gestor de sala/material; no ato de admissão; como enfermeiros na sala cirúrgica (anestesia, circulante e instrumentista); no recobro; no recobro tardio; na consulta de enfermagem e nos contactos telefónicos de 24 horas e dos 30 dias após o procedimento cirúrgico. Esta metodologia de trabalho permite um acompanhamento mais centrado e especializado da pessoa em situação perioperatória, bem como, facilita a organização do serviço na planificação do horário e plano de trabalho.

Assim, o enfermeiro perioperatório, em contexto de ambulatório, encontra-se numa posição privilegiada no que concerne ao acompanhamento em todo o seu circuito cirúrgico, tendo um papel basilar no processo educativo, na gestão dos cuidados, na redução da ansiedade/stress, bem como, na preparação para as suas limitações pós-cirúrgicas.

Apesar das competências técnico-científicas dos enfermeiros serem primordiais, o sucesso desta vivência, por parte da pessoa em situação perioperatória, está relacionado com toda a preparação que se efetua no período pré-operatório e com o estabelecimento de uma relação de confiança entre os enfermeiros e as pessoas. “A Cirurgia ambulatória é uma modalidade assistencial que procura prestar cuidados cirúrgicos com qualidade, e onde a preocupação dominante se prende com o cliente. Constitui um desafio aliciante, onde a enfermagem perioperatória ganha um novo sentido, na medida em que tudo é programado

conjuntamente com o cliente e tudo se desenrola no sentido do autocuidado” (Lima, 2006, p.20).

Os enfermeiros, apesar de estarem aptos e competentes para determinada função, podem não atingir o aperfeiçoamento em determinadas áreas, por executarem várias funções.

Benner [et al] (2009) reconhece os enfermeiros peritos como profissionais que identificam antecipadamente potenciais problemas, através da sua compreensão e habilidades intuitivas, resolvendo-os com soluções eficazes e eficientes. Esta autora afirma, ainda, que, apesar de muitos enfermeiros progredirem em termos de competência, muitos não se tornam peritos. Portanto, para que o enfermeiro atinja o nível de perito é imprescindível a reflexão constante do seu desempenho. O que o diferencia dos restantes é o seu saber e as competências procedentes da sua experiência e da sua aptidão de pensamento crítico, para responder conscienciosamente a cada situação (Benner et al, 2009).

Porém, estes dois campos de estágio, não obstante refletirem diferentes metodologias de trabalho e organização e considerando que a enfermagem perioperatória é uma área particular e específica, reconhece-se que não existem planos/sessões de formação iniciais definidos pela organização. Peixoto (2017) afirma que há uma incoerência concernente à enfermagem especializada, uma vez que é um requisito que o enfermeiro, no perioperatório, possua conhecimentos e competências especializadas, para garantir a excelência dos cuidados prestados, no entanto, em termos institucionais, não exigem uma formação previa, nem planos de aprendizagens definidos.

Assim, em modo de reflexão, as aprendizagens durante o estágio contribuíram para o desenvolvimento de competências no âmbito da gestão de cuidados especializados em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, promovendo uma prática clínica especializada e ética, com a implementação de cuidados de saúde com qualidade e segurança. Os cuidados prestados foram evidenciados na melhoria contínua da qualidade, na promoção de um ambiente terapêutico seguro e na gestão de riscos em ambiente perioperatório.

Foi ainda constatado que o controlo de infeção e a segurança da pessoa em situação perioperatória são duas temáticas cruciais na atuação do enfermeiro em contexto perioperatório, nomeadamente, na lavagem e desinfeção das mãos, desinfeção do campo operatório, uso adequado das luvas cirúrgicas, cumprimento da técnica asséptica cirúrgica, controlo ambiental, aquisição de práticas seguras no controlo da preparação e administração de fármacos, esterilização de matérias e dispositivos médicos.

O Enfermeiro perioperatório tem a responsabilidade de orientar e supervisionar todos os cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória através do

processo de enfermagem definido e implementado consoante as necessidades e problemas identificados. Por outro lado, além da gestão de cuidados também são exigidas ao enfermeiro perioperatório competências referentes à gestão e liderança que permitam dar resposta às necessidades da equipa de Enfermagem, fundamentais na consecução de cuidados de qualidade.

2.4. Domínio das Aprendizagens Profissionais

Com o progresso tecnológico e científico na área da saúde e, por consequência, dos cuidados de enfermagem, torna-se fulcral por parte dos enfermeiros refletirem sobre a sua práxis e acompanharem esta evolução.

No desenvolvimento das suas competências o enfermeiro deve basear a sua prática clínica especializada em padrões de conhecimento e promover o autoconhecimento e assertividade. Segundo a OE (2018), o enfermeiro especialista deve responsabilizar-se por ser facilitador de aprendizagem em contexto de trabalho. Atendendo que as necessidades em saúde vão aumentando o seu nível de complexidade e que são alvo de intervenção iminente, os enfermeiros são fulcrais e um pilar estruturante da resposta a estas necessidades, sendo a partilha de experiências, conhecimentos, saberes, estudos de investigação e evidência científica, entre pares, fundamental para a evolução dos cuidados de saúde.

Nesta perspetiva, o enfermeiro especialista, que fortalece o autoconhecimento, a objetividade e a segurança, é um profissional que baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica quando “alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação” (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019, p.4749).

Ser assertivo, demonstrar capacidade de autoconhecimento e reconhecer que estes dois conceitos podem influenciar as relações estabelecidas, não só com a equipa multiprofissional, mas, também, com a pessoa em situação perioperatória/família, foram conceções consideradas ao longo do estágio. Outro ponto, que consideramos essencial, prende-se também com a análise crítico-reflexiva, não só dos cuidados prestados diretamente à pessoa em situação perioperatória, mas de todo o conhecimento que fundamenta o processo de tomada de decisão.

O enfermeiro especialista atua como dinamizador e promotor de conhecimento, identificando lacunas e oportunidades pertinentes de investigação e, assim, sustenta a sua práxis clínica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Um dos objetivos

específicos do primeiro momento de estágio, na UCA, foi o de operacionalizar o procedimento da consulta de enfermagem pré-operatória (CEPO), com a proposta de atualização do protocolo, atendendo às normas institucionais (anexo I) e à criação de duas ferramentas de apoio à consulta, um vídeo e um folheto (anexo II).

A pessoa em situação perioperatória demonstra muitas incertezas e dúvidas sobre o seu procedimento cirúrgico. Além do que, cada vez mais, o período de internamento após a intervenção cirúrgica é mais reduzido, pelo que o estabelecimento de relação terapêutica enfermeiro-pessoa pode ficar comprometida. Com efeito, a CEPO é encarada como uma atividade autónoma dos enfermeiros, fundamental para a preparação pré-operatória e a recuperação cirúrgica (Breda, 2021).

Esta autora defende também que a CEPO é um instrumento que permite ao enfermeiro avaliar, planear e intervir, atendendo às necessidades da pessoa em situação perioperatória, minorando o impacto emocional gerado por possíveis alterações ou complicações consequentes da cirurgia. Outros ganhos associados, favorece a redução de custos, a diminuição do tempo de internamento, o aumento da satisfação da pessoa, a diminuição das morbilidades e aumento da qualidade de vida (idem).

E, neste contexto, para demonstrar a importância da CEPO, desenvolveu-se um projeto de melhoria baseado na operacionalização da consulta de enfermagem pré-operatória, em que foi submetido e aceite no formato de comunicação oral no evento, 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade (anexo VI).

Um outro objetivo específico, em situação de cirurgia de ambulatório, foi criar um fluxograma de apoio à tomada de decisão centrado na ILC (anexo III). Apesar de ter sido sugerido a colocação deste fluxograma nas salas cirúrgicas de apoio as vigilâncias e aos registos de enfermagem, na fase intraoperatória, a verdade é que a prevenção da ILC se inicia na fase pré-operatória. De entre as medidas adotadas, destaca-se o banho pré-operatório da pessoa em situação perioperatória, com água e sabão líquido à base de clorohexidina 2% (esponjas impregnadas desta solução); a tricotomia, se necessária, deve ser efetuada imediatamente antes da intervenção cirúrgica, usando uma máquina de corte; a profilaxia antibiótica deve ser administrada entre os 60 minutos e os 30 minutos antes da incisão cirúrgica, de modo a garantir a existência de concentrações de antibiótico a nível celular, no momento dessa incisão; a manutenção da normotermia perioperatória do doente (temperatura corporal central $\geq 35,5^{\circ}\text{C}$) e glicémia ≤ 180 mg/dl, durante a cirurgia e nas 48 horas seguintes (DGS, 2017). Além destas medidas aferidas pela Norma Nº 20 de 15 de dezembro de 2015, sobre os feixes de intervenções de prevenção da ILC, existem outras,

também, essenciais, como a preparação cirúrgica das mãos dos profissionais, feita com solução de base alcoólica, promovendo uma redução imediata da carga microbiana, a limitação do número de profissionais dentro da sala cirúrgica, a utilização de um penso estéril simples, sem solução antisséptica, na incisão cirúrgica limpa; a sala operatória deve estar dentro dos limites de temperatura corporal recomendados e aquecer o doente cirúrgico, numa fase pré-operatória e, no momento da alta, este deve possuir o conhecimento, para reconhecer os sinais e sintomas para despistar ILC.

Em concordância com a importância desta temática, realizou-se um trabalho para dar resposta a um dos objetivos específicos de estágio em contexto de bloco de especialidade, perceber as intervenções do enfermeiro perioperatório na prevenção do ILC, através da realização de uma scoping review. Recorreu-se à metodologia da Joanna Briggs Institute (JBI), tendo como objetivo mapear as intervenções do enfermeiro perioperatório na prevenção da ILC da pessoa submetida à cirurgia ortopédica. Este estudo foi submetido e aceite no formato de comunicação oral no evento VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: investigação em saúde global e redes de colaboração (anexo VII). Uma das conclusões deste trabalho reflete que as intervenções do enfermeiro perioperatório, na prevenção da ILC da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, diminuem, não só o risco de infeção, mas, também, previnem outras complicações futuras, centrando-se na implementação de *bundles*/feixes de intervenção, tal como refletido anteriormente.

Em consonância com o suprarreferido trabalho, ainda se elaborou um estudo cuja metodologia foi uma revisão integrativa da literatura, sobre a terapia de pressão negativa (TPN), na prevenção da infeção do local cirúrgico, na cirurgia ortopédica. Esta proposta foi submetida e aprovada como comunicação livre, em formato de Poster, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção – CICI2023 (anexo VIII). A TPN, em associação com outras medidas de prevenção de ILC, possibilita a prevenção e a redução da ocorrência de complicações do local cirúrgico (Helito et al, 2020).

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

O Curso de Mestrado Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, aprovado pelo despacho nº 11688/2020, Diário da República nº 230, 2ª série de 25 de novembro, projeta, como principal objetivo, dotar os enfermeiros de competências especializadas, permitindo-lhes prestar cuidados a pessoa em situação perioperatório.

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, o grau de mestre concede-se aos que demonstrem deter conhecimentos e capacidade de compreensão avançados, sustentados pela inclusão e desenvolvimento no âmbito da investigação. Portanto, o mestre deve ser capaz de solucionar ocorrências complexas, promover o juízo e a análise crítico-reflexiva, considerando as implicações ético-legais. Ao ser detentor do grau de mestre, está tácito a aprendizagem autónoma e consciente, assim como, a aptidão de comunicar e transmitir de forma transparente, sem disparidades, os resultados dos seus estudos e investigações, assentes na evidência científica.

O aperfeiçoamento de competências passa por um processo, num determinado período temporal, que implica um crescimento amadurecido de diferentes qualidades e atitudes pessoais, bem como por todo um percurso de aquisição de saberes e de aptidões (Guedes, et al., 2019). Sendo a competência uma faculdade primordial na prestação de cuidados de enfermagem seguros, éticos e de alta qualidade (Flinkman, et al., 2016), o reconhecimento de um enfermeiro, enquanto especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEPSP), dotado de proficiências específicas, publicadas em Diário da República (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho), pressupõe uma reflexão acerca do seu trajeto de aprendizagem que, neste propósito, através do presente relatório, se pretende retratar.

Tendo sido referido que a aquisição de competências resulta de um processo de formação teórico-prático, neste caso, dir-se-á que o presente curso de mestrado, a unidade curricular de estágio em enfermagem perioperatória II funciona como instrumento de desenvolvimento pessoal e profissional. Isto é, um processo de transformação individual que atinge a dimensão do saber (conhecimentos), do saber-fazer (competências), do saber-ser (atitudes) e saber-evoluir.

3.1. Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Cuidar da pessoa em situação perioperatória, e da respetiva família é ser parte integrante de uma equipa multiprofissional, pelo que o trabalho em equipa se verifica como primordial, atendendo à natureza tão específica e exigente dos cuidados a prestar. Torna-se impreterível que cada profissional assegure as suas funções e responsabilidades no seio da equipa multiprofissional. A integração na equipa pluriprofissional, nos dois campos de estágio, efetuou-se gradualmente, respeitando todos os elementos da equipa, contribuindo, de forma ativa, na planificação e prestação de cuidados.

A especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória atenta, na sua área de estudos, na pessoa a vivenciar uma experiência cirúrgica e anestésica. Isto significa que a pessoa em situação perioperatória experiêcia um processo de saúde/doença, durante o qual necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório. Assim sendo, os cuidados especializados visam a promoção da saúde, a prevenção de incidentes adversos e o tratamento da doença. A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória pratica-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Este período comporta as fases pré, intra e pós-operatório (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A pessoa em algum momento da sua vida pode necessitar de ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, pelo que, ao assentir os mesmos, surge uma incitação a um estado de consciência alterado, provocando uma condição de vulnerabilidade física e emocional, tendo, comumente, a expectativa de melhorar o seu estado de saúde ou a sua qualidade de vida (OE, 2017).

O EEEPS, inserido numa equipa multiprofissional garante a segurança, a comunicação, o conforto, o controlo da infeção e previne episódios adversos. Procura identificar e, concomitantemente, satisfaz as necessidades da pessoa, com o propósito de defender os seus interesses. Ajuda-a a estar informada, a mobilizar recursos e a tomar decisões conscientes, no que concerne à sua saúde.

A comunicação, para tal, é uma ferramenta básica nas práxis de enfermagem, não só, enquanto elemento da equipa multiprofissional, mas também, no desenvolvimento de uma relação de empática com a pessoa/família. Logo, o enfermeiro enquanto especialista deve possuir e demonstrar conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação, numa conexão empática, com a pessoa/família e relacionar-se de forma terapêutica, respeitando

as suas crenças e a sua cultura. A comunicação permite que a pessoa estabeleça confiança com o enfermeiro, para que, deste modo, crie uma relação de empatia que visa diminuir a ansiedade deste, quando entra num ambiente estranho e numa situação complexa (Silva, 2018).

Os enfermeiros perioperatórios devem possuir capacidades de comunicação verbal e não verbal. Transversalmente, confirma-se que, através da comunicação verbal, a pessoa transmite as suas preocupações, em momentos de maior tensão, e compete ao enfermeiro estar vigilante e intervir nestes momentos em que a pessoa necessita de um grande apoio e de uma escuta ativa. A comunicação não verbal, também ela, deveras relevante, numa circunstância de maior pressão, poderá ser mais eficaz e precisa, quando se trata de “um toque, um olhar, um silêncio, uma presença”, pois estes gestos podem ser mais acutilantes relativamente às palavras e permitem estabelecer-se uma ligação de afinidade apropriada ao momento.

Relativamente ao apoio aos familiares, compete ao enfermeiro especialista criar condições que possibilitam aos familiares o acompanhamento da pessoa. No entanto, no campo de estágio, os familiares têm de aguardar no corredor, junto ao BO, pois não existe uma sala de espera para este efeito. Esta preocupação foi expressa aos Enfermeiros Gestores que referem que esta inconformidade já teria sido notificada e cuja resolução passaria por uma alteração do espaço físico, algo impossível, na presente conjuntura.

3.2. Maximiza a Segurança da pessoa, em situação Perioperatória, e da Equipa Pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A ocorrência de incidentes, durante a prestação de cuidados de saúde, é uma realidade, pelo que a implementação de políticas e estratégias que minimizem estas ocorrências, sendo uma parte delas evitável, é reconhecida como tendente a ganhos em saúde e constitui, hoje, uma meta em saúde.

Pelo que, tendo em consideração que os cuidados perioperatórios estão associados a um risco elevado de potenciais riscos e eventos adversos resultantes da “vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (Regulamento n.º 429/2018, p.19367).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (2021) explana como 5.º pilar a importância de práticas seguras em ambientes salvaguardados. Esta meta aponta para uma gestão dos recursos existentes ajustada; a dotação e a adequação das competências dos profissionais às suas funções; a formação dos mesmos; a organização dos serviços; a existência de ferramentas e instrumentos auxiliares no processo de mudança; os percursos de cuidados; o plano e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

A comunicação, por sua vez, também, influencia a segurança da pessoa em situação perioperatória, pelo que são imprescindíveis a aplicação de práticas na transferência de informação e uma uniformização destes procedimentos que afiancem a segurança da pessoa. Segundo a AORN (2018), essa transferência de informação e a continuidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória dependem de uma comunicação eficaz entre os elementos da equipa multidisciplinar.

Outro ponto considerado relevante prende-se com a segurança da equipa profissional, nomeadamente, a equipa perioperatória prestadora de cuidados cirúrgicos, em ambiente muito específico e sujeita, constantemente, a riscos biológicos, químicos, físicos e mecânicos, alvos de identificação por toda a equipa, pelo que deverão ser articuladas práticas preventivas para a minoração dos incidentes e dos erros. Neste sentido, é fulcral em termos de liderança, fomentar a importância de notificações relativas à segurança da pessoa, na promoção de uma melhoria dos cuidados de saúde. De modo a garantir a proteção e a qualidade dos cuidados de enfermagem, estes devem ser assegurados com as dotações adequadas, sendo que esse cálculo, no BO, deve considerar, os profissionais em exercício de funções, as infraestruturas, o número de doentes e a complexidades dos cuidados. Essa dotação, além de abranger as salas de cirurgias, devem incluir as atividades de suporte, nomeadamente: “gestão integrada de cuidados perioperatórios, resposta a necessidades de logística de suporte às salas, substituição de enfermeiros, entre outros” (OE, 2019, p.143)

Sendo o BO um local de variadas experiências, o foco da atenção projeta-se na segurança da pessoa em situação perioperatória, uma vez que este, quando sujeito à realização de técnicas de elevada precisão, manifesta sentimentos de ansiedade e de preocupação. O conhecimento da dinâmica intraoperatória contribui para uma superior prestação de cuidados no pré-operatório e no pós-operatório, assim como, na preparação da pessoa no regresso à sua vida quotidiana, minimizando as limitações e aumentando a sua autoconfiança e a sua independência após a cirurgia (Pelarigo, 2019).

Mais se acrescenta outra observação pertinente descrita nos objetivos gerais e nas competências específicas do enfermeiro especialista relacionado com a prevenção e o controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios. Para a concretização deste papel é imperativo e fundamental que qualquer enfermeiro, numa sala operatória, seja este instrumentista, circulante ou de anestesiologia, desempenhe uma consciência cirúrgica. Segundo a OE (2017, p.27), a consciência cirúrgica “é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado”. Portanto, trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional, em qualquer momento da sua proficiência (AESOP, 2012).

Os Cuidados de Enfermagem Perioperatórios exigem uma identificação das necessidades, um planeamento, uma execução e uma avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares, entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias. O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e cujos princípios se baseiam na atuação com responsabilidade profissional e prudência (OE, 2017).

As funções preconizadas pela AESOP (2006), especificamente para o enfermeiro de perioperatório, perspetivando uma complementaridade profissional, em concordância com as competências específicas do EEEESP (OE, 2019) apontam para a preparação de todo o material necessário para o ato cirúrgico e anestésico, que enquadra na gestão e controlo de dispositivos médicos solicitados pelo cirurgião e anestesista e, ainda, a verificação das *checklists* existentes referentes à funcionalidade de todos os equipamentos e materiais necessários, na sala operatória e na UCPA.

Nesta perspetiva, para dar resposta ao objetivo específico desenvolver ferramentas que validem a garantia da segurança e da qualidade dos cuidados à pessoa submetida a cirurgia ortopédica, foi proposto a realização de um protocolo, denominado “Ficha Cirúrgica”, alicerçado sobre quatro principais cirurgias ortopédicas: Prótese total da Anca, prótese total do Joelho, cirurgia da coluna e ligamentoplastia do joelho. Este protocolo de segurança permite descrever todo o procedimento cirúrgico, o material e equipamentos necessários, o posicionamento da pessoa em situação perioperatória e da equipa cirúrgica, bem como outros aspetos relevantes. Este documento base será submetido à Equipa de Gestão Documental da instituição de saúde para apreciação e aprovação (anexo VIII).

Ainda visando a segurança e qualidade dos cuidados foi identificado no segundo momento de estágio uma necessidade institucional da qual resultou na realização de uma instrução

de trabalho/norma de serviço relacionada com a Normotermia (anexo X), atualmente aprovada pelo Grupo da Qualidade para posteriormente ser publicada no portal da Instituição.

A normotermia resulta de um equilíbrio dinâmico entre o ganho e a perda de calor, sendo necessário à sua monitorização e manutenção durante o período perioperatório (Azenha et al., 2017).

Decorrente de uma indução anestésica advém a inibição do mecanismo de vasoconstrição responsável pela manutenção da temperatura corporal. Deste modo, ocorre vasodilatação, maior aporte sanguíneo nas extremidades e a perda de calor corporal na pessoa em situação perioperatória, resultando em hipotermia. No caso da anestesia loco-regional há um bloqueio periférico da vasoconstrição abaixo do nível do bloqueio, resultando também, em perda de calor corporal. Pelo que combinando estes dois tipos de anestesia, a desregulação da temperatura corporal é mais acentuada (Kamal & Hussein, 2011 citado por Penaforte et al, 2019). Penaforte e colaboradores (2019) defendem ainda que a normotermia ganha relevância, porque é necessário evitar complicações, especialmente o comprometimento cardíaco, instalação de hipotermia, evitar a infeção do local cirúrgico, a perda sanguínea e o comprometimento da homeostasia.

Assim, a monitorização e manutenção da temperatura corporal, bem como, as complicações que esta provoca se alterada consiste numa vigilância a efetuar por parte do enfermeiro perioperatório. Em contexto de estágio verificou-se que apesar dos enfermeiros efetuarem procedimentos para manter a temperatura corporal regular, não se assume como uma prática frequente a avaliação da temperatura corporal, bem como o seu registo.

A pessoa em situação perioperatória, pela complexidade dos procedimentos a que pode ser sujeita e pela necessidade de diferenciação dos cuidados, exige ao enfermeiro especialista um papel preponderante na prevenção, no controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos (O.E, 2018), pelo que o conhecimento destas normas é crucial para orientar a sua prática profissional. É, por isso, da responsabilidade de todos os profissionais de saúde, a implementação de uma cultura de segurança, com vista a prevenção e controlo das Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS), contribuindo, desta forma, para o aprimorar da qualidade dos cuidados prestados, na segurança do cliente.

O plano nacional para a segurança dos doentes, 2021-2026, também alerta para a necessidade de prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos (Ministério da Saúde, 2021). No que respeita ao controlo de infeções, com a criação das comissões de controlo de infeção, tornou-se mais fácil a monitorização que as causam e a realização de respetivas auditorias.

Face ao exposto, enquanto futura EEEPSP, é fulcral entender as proficiências acrescidas para avaliar, contestar e pesquisar na área de prevenção e controlo da infeção, constantemente em atualização. Assim, durante a prestação de cuidados, procurou-se, em todos os momentos, essa salvaguarda, nomeadamente através do cumprimento das normas emitidas pela Grupo Coordenador Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) e pela DGS.

Assim, o enfermeiro especialista deve assumir um papel proativo na prevenção e controlo de infeção com base em evidência científica, através de protocolos instituídos no serviço, bem como na realização de auditorias para a monitorização e o registo da eficácia das medidas implementadas, da gestão dos recursos humanos e materiais.

Pelo explanado, o BO revela ser um dos serviços mais dispendiosos dentro de uma instituição de saúde, em que, uma gestão ineficaz pode resultar no cancelamento dos procedimentos cirúrgicos. Neste sentido, a gestão eficiente e o controlo dos dispositivos médicos utilizados, no perioperatório, dos recursos humanos e físicos pode evitar esta realidade, demonstrando uma maximização da rentabilização efetiva e consistente desses mesmos recursos.

Em suma e em concordância com o supradito, a European Operating Room Nurses Association (EORNA) defende que as competências fundamentais, para o exercício da enfermagem perioperatória, assentam em cinco domínios: prática profissional ético-legal; cuidados de enfermagem aplicados à prática perioperatória; relacionamento e comunicação interpessoal; competências de organização, gestão e liderança; desenvolvimento educacional e profissional (EORNA, 2019). Pelo que, o enfermeiro, em contexto perioperatório, integrado numa equipa multiprofissional, deve ser proativo na humanização, na organização e na gestão do BO.

Como a enfermagem perioperatória, assim como, os cuidados prestados à pessoa, em situação perioperatória, estão em constante evolução, devido aos procedimentos cirúrgicos, cada vez mais complexos e exigentes, aos protocolos e às normas institucionais, sempre a atualizar, é basilar uma procura pertinente e incansável da informação.

Com a perspetiva de fortalecer conhecimentos, nesta área específica de enfermagem perioperatória, participou-se nas atividades formativas, que se passam a enunciar: I Jornadas de Segurança do Doente no Perioperatório no Hospital da Senhora da Oliveira - Guimarães, com a inclusão de um workshop sobre a promoção de ambiente seguro, na sala operatória (anexo X); I Webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”, promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-cirúrgico da Unidade Local de saúde de Castelo Branco

(anexo XI); e 1º Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança em Consciência Cirúrgica no Perioperatório”, realizado pela ESSNorteCVP (anexo XII).

4. Considerações finais

Nos dias de hoje, e cada vez mais, tal como se verifica com as novas tecnologias e conhecimentos científicos, em constantes e rápidas mudanças e evoluções, as necessidades de saúde da população e as suas expectativas relativamente à profissão de enfermagem, estão postas à prova. Esta mudança não é apenas direcionada para a atualização e/ou aquisição de novos conhecimentos científicos e técnicos, mas também, para as atitudes, exigindo por parte dos profissionais uma análise reflexiva das suas atividades. Esta pressão contribui para uma melhoria da qualidade dos cuidados em saúde prestados e para a prática em Enfermagem Avançada. Sendo assim, ao enfermeiro especialista e mestre em enfermagem perioperatória compete prestar essas diligências, baseadas em evidência mais vigente. A elaboração deste relatório final de estágio permitiu refletir criticamente acerca das competências desenvolvidas ao longo do estágio, no âmbito dos objetivos gerais e específicos, perspetivando, ao longo do mesmo, a importância e o papel do EMEMCESP.

O EMEMCESP poderá fazer a diferença na organização e na gestão dos cuidados à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, contribuindo para a segurança, a efetividade e a qualidade dos mesmos.

Termina-se esta etapa, com a convicção de que as competências adquiridas levaram a uma autoconsciência e uma autorreflexão do “ser enfermeira” mais apta e habilitada e como, futuramente, estas mudanças podem fazer a diferença na sua atuação junto da pessoa em situação perioperatória/família, bem como, no seio da equipa multidisciplinar.

A composição do relatório final de estágio averiguou-se, assim, como um momento de formação introspetivo, muito relevante, uma vez que permitiu olhar para o percurso concretizado e discernir as pequenas e as grandes conquistas, tanto a nível académico como pessoal, muitas vezes levadas a cabo, ultrapassando limitações que se consideravam ter e tornando possível ver, agora, para a práxis, com um olhar de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, especificamente na área da Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (EPSP). Como responsável por esta formação e aprendizagens, constata-se a relevância que representa o contato com outras realidades, o que possibilita o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais diferenciadas na assistência à pessoa em situação perioperatória e à sua família, através da reflexão sobre a prática.

O estágio efetuado e a concepção desta exposição proporcionaram um trajeto fascinante e não menos absorvente, onde as principais dificuldades se centraram na conciliação do estágio, com a vida profissional e com a vida pessoal e, ainda, na síntese de conteúdos que, pela sua acuidade, não se sumariam com facilidade. Os aspetos facilitadores da aprendizagem convergem na disponibilidade e na atenção demonstradas por todos os apoiantes desta etapa, desde os amigos, a família, a orientadora do estágio, os tutores de estágio, os enfermeiros gestores e todos os profissionais dos dois locais de estágio que foram abordadas.

Para concluir, somente através do aperfeiçoamento da prática individual, nas várias funções desempenhadas, e da consciencialização coletiva dos enfermeiros para a importância da qualidade nos cuidados, é que se constrói uma Enfermagem Perioperatória mais alerta e produtiva concernente os bons cuidados de saúde. A busca pela excelência na prestação dos cuidados representa uma das características intrínsecas dos enfermeiros especialistas.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: O bloco operatório é um contexto de cuidados complexo, sendo primordial, a implementação de medidas que garantam a continuidade e qualidade dos cuidados, bem como a segurança da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais. Os sistemas informáticos, enquanto sistema de documentação, devem permitir a partilha de informação, sustentam a tomada de decisão e garantem a continuidade e qualidade dos cuidados. Com a documentação de enfermagem é possível dar visibilidade aos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e, por conseguinte, demonstrar o desempenho profissional do enfermeiro.

Objetivo: identificar as terapêuticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

Metodologia: Estudo observacional retrospectivo, com recolha de dados com recurso à documentação de enfermagem do SClínico no cuidado à pessoa em situação perioperatória, em contexto de bloco operatório e cirurgia de ambulatório no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2022. Os dados foram sujeitos a estatística descritiva de acordo com a natureza das variáveis e com recurso ao Excel versão Microsoft Office 2019. A análise dos dados teve por base os princípios conceptuais da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

Resultados: Os focos de enfermagem mais frequentemente identificados pelos enfermeiros em contexto perioperatória são a hipotermia (35,75%) e a ferida cirúrgica (34,07%) e as intervenções de enfermagem são na sua maioria do tipo de ação observar (69,83%).

Conclusão: As terapêuticas de enfermagem permitem que o enfermeiro identifique a melhor ação para a manutenção e promoção da saúde, em resposta aos aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem. Assim, as terapêuticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória centram-se em parâmetros de vigilância relacionados com a segurança e infeção durante o período intraoperatório.

Palavras-chave: enfermagem perioperatória; cuidados perioperatórios; práticas de enfermagem; sistemas de informação.

2. Abstract

Theoretical framework: The operating theatre is a complex care setting and it is essential to implement measures to ensure continuity and quality of care, as well as patient and professional safety. The computer systems, as a documentation system, must allow for information sharing, decision making and guarantee continuity and quality of care. With nursing documentation, it is possible to give visibility to the care provided to the person in perioperative situation and, therefore, demonstrate the professional performance of nurses.

Objective: to identify nursing therapies in the care of people in perioperative situations.

Methodology: Observational retrospective study, with data collection using the nursing documentation of the SClinic in the care of perioperative patients in operating rooms and ambulatory surgery from December 2016 to December 2022. Data were subjected to descriptive statistics according to the nature of the variables and using Excel version Microsoft Office 2019. Data analysis was based on the conceptual principles of the International Classification for Nursing Practice.

Results: The nursing foci most frequently identified by nurses in perioperative context are hypothermia (35.75%) and surgical wound (34.07%) and nursing interventions are mostly of the type of action observe (69.83%).

Conclusion: Nursing therapies allow nurses to identify the best action for health maintenance and promotion, in response to health aspects relevant to nursing practice. Thus, nursing therapies in perioperative patient care focus on surveillance parameters related to safety and infection during the intraoperative period.

Keywords: perioperative nursing; perioperative care; nursing practices; information systems.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A enfermagem perioperatória é cada vez mais complexa e especializada, abrangendo cuidados de enfermagem nas áreas de intervenção cirúrgica, anestesiologia e cuidados pós-anestésicos. Segundo a AESOP (2015), os cuidados perioperatórios podem ser prestados em diferentes contextos, nomeadamente, no bloco operatório, unidades de cirurgia de ambulatório, unidade de gastroenterologia, imagiologia, entre outros. A OE (2017) refere que os cuidados de enfermagem perioperatórios carecem da identificação das necessidades, planificação, execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas de anestesia, instrumentação, circulação, cuidados pós-anestésicos e consultas/visitas perioperatórias.

A Enfermagem perioperatória é definida como “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, (...), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades da pessoa a quem vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado” (AESOP, 2012, p.107). O enfermeiro perioperatório possui conhecimentos e competências especializadas para cuidar a pessoa no bloco operatório, mantendo a sua estabilidade, segurança e conforto, antes, durante e após o procedimento cirúrgico.

O enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória deve possuir competência clínica específica para poder trabalhar de forma independente e cooperar com a equipa multiprofissional para garantir a segurança e humanização dos cuidados no bloco operatório e participar na organização e gestão desta unidade (AESOP, 2012).

Este profissional com pensamento crítico-reflexivo, competências específicas e práticas diferenciadas cuida da pessoa em situação perioperatória, promovendo a segurança dos cuidados prestados, no seu percurso cirúrgico, executando o seu trabalho inserido numa equipa multidisciplinar, isto é, tem a capacidade e a competência para realizar cuidados interdependentes e autónomos na área do perioperatório e assim garantir a qualidades destes (Von Vogelsang, Swenne, Gustafsson & Brynhildsen, 2020).

A transição de saúde/doença vivenciada pela pessoa influencia significativamente a sua recuperação, pelo que, o enfermeiro tem um papel preponderante e facilitador nesta transição pelo seu acompanhamento ao longo deste processo (Mota, Bastos & Brito, 2018). Assim, é fundamental capacitar a pessoa para um maior conhecimento de todo o seu

processo cirúrgico e promover a sua autonomia na recuperação pós-cirúrgica. A Teoria das Transições de Meleis enquadrará a transição saúde/doença como um processo complexo que envolve inúmeras variáveis. Entre os conceitos fundamentais que envolvem esta teoria, situam-se as terapêuticas de enfermagem que abrangem as intervenções e as finalidades destas (Meleis, 2007). As “terapêuticas de enfermagem permitem que o enfermeiro identifique a melhor ação para a manutenção e promoção da saúde, em resposta aos aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem” (Mota, Bastos & Brito, 2018, p.20). Ainda, as mesmas autoras, referem, que é primordial, a identificação dos diagnósticos e intervenções de enfermagem implementados pelos enfermeiros com o objetivo de compreender o seu propósito.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2022), no domínio da prestação de cuidados e na melhoria destes, os enfermeiros devem utilizar metodologia científica, através do pensamento crítico-reflexivo, na identificação das necessidades da pessoa, na formulação e elaboração dos diagnósticos de enfermagem, na prescrição e execução das respetivas intervenções e posteriormente na avaliação do plano de cuidados e na redefinição das intervenções implementadas sempre que necessário. Portanto, “o processo de enfermagem inclui a avaliação, diagnóstico e intervenção e resulta da constante interação das pessoas com o meio” envolvente (Mota, Bastos & Brito, 2018, p.21).

Para garantir a qualidade da assistência e continuidade dos cuidados em enfermagem, a partilha de informação é fundamental. O objetivo da documentação em saúde é partilhar toda a informação relevante dos cuidados prestados e a prestar à pessoa, tendo em vista a garantia da continuidade e qualidade dos cuidados.

Uma linguagem universal que permita uniformizar os contextos em enfermagem foi a perspetiva desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses, ICN) quando desenvolveu a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE). Os dados de enfermagem permitem através dos sistemas de informação, desenvolver padrões e promover a perceção do trabalho de enfermagem baseado em evidência. Esta ferramenta facilita a comunicação e transmissão de informação entre enfermeiros e outros profissionais de saúde, em que os dados produzidos são passíveis de ser utilizados para a gestão dos cuidados de enfermagem, bem como, a análise de resultados, conjeturas financeiras e alteração de políticas. Assim, as terapêuticas de enfermagem documentadas sustentam a tomada de decisão, promovendo a segurança e a qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória e família (OE, 2019).

A prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, pela sua complexidade, exige do enfermeiro competências técnicas, científicas e relacionais, que lhe permitem

diagnosticar adequadamente as necessidades de cada pessoa e, deste modo, criar um plano individual de cuidados em conformidade, tendo como suporte a CIPE. Este plano é documentado no programa informático SClínico®, bem como todos os registos clínicos da pessoa. Os sistemas de informação em enfermagem (SIE) sustentam a tomada de decisão em enfermagem, na medida em que dão forma e visibilidade à profissão e aos cuidados, incrementam a produção de indicadores, propiciam a continuidade e qualidade de cuidados e são elementos de suporte na gestão, na formação e na investigação (OE, 2017).

O uso de sistemas informáticos na gestão da informação veio permitir a otimização e uma maior eficiência das práticas dos profissionais de saúde, não só devido ao acesso à informação, mas também à não duplicação de dados e ao registo de informação mais rigorosa. A utilização correta da informação possibilita a obtenção de ganhos em saúde para a pessoa, em função de um melhor diagnóstico/intervenção que emerge de uma melhor informação disponível.

O uso de recursos de sistemas informáticos na saúde representa grandes avanços para os serviços, apesar de todas as dificuldades inerentes à sua implementação e utilização.

O desenvolvimento de ferramentas de apoio à gestão da prática perioperatória e a garantia da qualidade em todas as ações de planificação, execução, manutenção, promoção da segurança da pessoa e do ambiente cirúrgico são fulcrais. Neste sentido, tendo em conta o paradigma atual das práticas de enfermagem, os indicadores de qualidade constituem uma estratégia na melhoria continua. Pelo que a enfermagem perioperatória apresenta, relativamente à qualidade, três preocupações fundamentais: a eficiência, a segurança do doente e a gestão de eventos (Wu, et al., 2017).

Neste sentido, é fundamental consolidar o conhecimento e evidenciar a prática especializada da enfermagem perioperatória através de estudos de investigação como o presente, contribuindo para a prestação de cuidados seguros e com qualidade, fundamentando tomadas de decisão apropriadas e conscientes. Dias & Fernandes (2022, p.10) afirmam que “a investigação procura estimular a reflexão e a capacidade de análise crítica”.

4. Finalidade e objetivos

Este projeto de investigação tem como finalidade contribuir para a identificação de terapêuticas de enfermagem adequadas às reais necessidades da pessoa em situação perioperatória, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com impacto significativo nos ganhos em saúde.

Assim, a questão de investigação é: “Quais são as terapêuticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória?”.

E com base na questão de investigação foi definido o seguinte objetivo: identificar as terapêuticas de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória.

Com este estudo de investigação, pretende-se que os resultados sejam passíveis de compreender a relevância da documentação em enfermagem e dos SI informáticos na melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e otimização da gestão dos serviços, bem como, as terapêuticas promotoras da recuperação cirúrgica.

5. Metodologia

A conceção do conhecimento científico em investigação carece de um método que produz informação científica, que surge a partir de uma questão de investigação (Vilelas, 2020).

Num percurso de investigação, na fase metodológica o investigador determina os métodos que irá utilizar para obter as respostas às questões de investigação colocadas, define a população e seleciona os instrumentos mais apropriados para efetuar a colheita de dados (Fortin, 2009), de modo assim, a assegurar a qualidade e fiabilidade dos resultados.

A identificação de terapêuticas de enfermagem em contexto perioperatório revela-se fulcral para o progresso do processo de enfermagem pois refletem as necessidades da pessoa em situação perioperatória, bem como, o propósito das intervenções de enfermagem.

Assim, emerge uma evidente reflexão sobre estas práticas, em que o interesse da investigadora centra-se nesta problemática devido ao seu contexto de praxis diária.

5.1. *Desenho do estudo*

Relativamente ao desenho do estudo, este será desenvolvido numa instituição hospitalar da região norte nos serviços de Bloco Operatório Central e na Unidade de Cirurgia Ambulatória.

Trata-se de um estudo observacional retrospectivo, com recurso à análise da documentação de enfermagem do SClinico® programa informativo baseado na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem® (CIPE), versão beta 2, tendo já sido integrados termos das versões mais recentes (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016).

Este estudo teve um carácter exploratório, nos contextos anteriormente mencionados, no período de dezembro de 2016 a dezembro de 2022. Neste sentido, foi realizada análise retrospectiva da documentação/informação recolhida, processada e documentada pelos enfermeiros dos serviços anteriormente referidos, em contexto perioperatório. Pelo que foram analisados 50732 focos de enfermagem implementados e 451003 intervenções de enfermagem associadas a estes focos.

A colheita de dados foi codificada de forma a garantir o anonimato dos participantes, a preservar a confidencialidade das fontes. Os dados foram tratados e analisados com rigor, de forma agregada e com suporte informático. A análise dos dados teve por base os princípios conceptuais da CIPE, no que se refere à identificação dos diagnósticos/focos e

respetivas intervenções de enfermagem dirigidas à pessoa em situação perioperatória, pelo que, “as ações de enfermagem e as áreas de atuação consideradas para a construção das intervenções, que correspondem diretamente aos diagnósticos de enfermagem identificados na produção de ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem” (Mota, Bastos & Brito, 2018, p.22).

Os dados foram exportados do sistema de informação eletrónico para uma base de dados, que posteriormente foram sujeitos a estatística descritiva com recurso ao Excel versão Microsoft Office 2019.

5.2. *Considerações éticas*

A ética em investigação científica consiste num processo de reflexão que direciona o pensamento (Caetana, 2019). As questões éticas são encaradas sob diferentes perspetivas. A realização de um estudo de investigação pode levar a que o investigador se depare com problemas éticos derivados de situações morais podem por em causa o rigor da investigação (Vilelas, 2020).

É da responsabilidade do investigador cumprir os preceitos éticos em investigação, proteger a integridade dos participantes/dados do estudo e assegurar a integridade científica do estudo.

De forma a dar observância a todas as diretrizes éticas dos projetos de investigação foi solicitada a autorização ao Conselho de Administração do Hospital e sua Comissão de Ética para a realização deste estudo de investigação, realizada em documentos próprios fornecidos pela instituição, tendo tido pareceres favoráveis da Comissão de Ética para a Saúde, com a referência n. 137/2022 (anexo XIII), da encarregada da Proteção de Dados (anexo XIV) e do Coordenador do Centro Académico (anexo XV).

O uso da informação/dados pretendida é restrito a este trabalho e não estará disponível o acesso a terceiros. Os dados colhidos serão tratados anonimamente, respeitando os procedimentos de armazenamento, a conservação dos dados e a confidencialidade. Tendo em atenção a aplicabilidade do projeto de investigação, este não revela qualquer tipo conflito de interesse.

Na exportação dos dados do sistema de informação para o software de tratamento estatístico, todos os dados serão anonimizados, não sendo possível qualquer identificação dos participantes envolvidos (doentes e enfermeiros). A cada pessoa foi atribuída uma letra enigmática e ao profissional de enfermagem que efetuou o registo foi atribuído um número de identificação. Pelo que os dados pessoais não serão identificáveis. Os dados serão guardados numa base legal segura e com acesso restrito à equipa de investigadores.

6. Resultados

A identificação dos focos de enfermagem é elementar para o reconhecimento de um problema ou de uma necessidade específica da pessoa em situação perioperatória, e é o passo inicial para a elaboração de um diagnóstico que permita desenvolver uma resposta apropriada através das intervenções de enfermagem.

Da análise efetuada foram identificados 104 focos de enfermagem diferentes entre um total de 50732 focos identificados no período em análise (Tabela 1).

TABELA 1: Focos de Enfermagem Identificados

Focos	N	%
Hipotermia	18135	35,75%
Ferida cirúrgica	17283	34,07%
Cair	1954	3,85%
Dor	1786	3,52%
Úlcera de Pressão	1707	3,36%
Infeção	1283	2,53%
Conhecimento	1162	2,29%
Autocuidado	1034	2,04%
Função	822	1,62%
Outros	5566	10,97%
Total	50732	100,00%

Na tabela 1 o item “outros” correspondem a focos com uma frequência a baixo de 1,41%, como por exemplo, amamentar, perda sanguínea, eliminação e papel parental.

Ao analisarmos a tabela verificamos que os enfermeiros em contexto intraoperatório identificam os focos hipotermia (35,75%) e ferida cirúrgica (34,07%) mais frequentemente. Tendo em conta o foco de hipotermia, fenómeno identificado pela termorregulação comprometida quando a pessoa se encontra em situação intraoperatória, as intervenções definidas são do tipo observar e organizar (Tabela 2). Este foco torna-se relevante devido à exposição ambiental e física a que a pessoa em situação perioperatória está sujeita.

TABELA 2: Intervenções com integridade referencial para o foco hipotermia

Intervenções	N
Monitorizar temperatura corporal	30436
Aumentar temperatura corporal através de dispositivos	14736
Avaliar risco de hipotermia	4381
Avaliar perfusão dos tecidos	76
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai sobre prevenção da hipotermia	26
Gerir temperatura corporal através de dispositivos	6
Avaliar conhecimento sobre prevenção de hipotermia	3

As três intervenções de enfermagem significativamente mais identificadas são monitorizar a temperatura corporal, aumentar temperatura corporal através de dispositivos e avaliar o risco de hipotermia da pessoa em situação perioperatória. Todas as intervenções identificadas são no sentido de controlar e regular a temperatura corporal.

O outro foco de enfermagem mais frequente deriva de um corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico incisivo, de modo a conceber uma abertura num determinado ponto do corpo, e deste modo resulta uma ferida cirúrgica. Relativamente às intervenções de enfermagem com integridade referencial para este foco centram-se no executar e posteriormente no observar e informar (Tabela 3).

TABELA 3: Intervenções com integridade referencial para o foco ferida cirúrgica

Intervenções	N
Executar tratamento da ferida cirúrgica	16582
Vigiar penso de ferida cirúrgica	11828
Avaliar ferida cirúrgica	2725
Avaliar conhecimento sobre prevenção de complicações de ferida cirúrgica	1159
Ensinar sobre prevenção de complicações de ferida cirúrgica	605
Avaliar conhecimento da mãe e(ou) pai sobre prevenção de complicações de ferida cirúrgica	136

O executar tratamento da ferida cirúrgica consiste na intervenção de enfermagem mais frequentemente identificada, tendo a sua relevância em simultâneo com as intervenções de vigilância do penso de ferida cirúrgica e a avaliar ferida cirúrgica.

Ao analisarmos ainda todas as intervenções de enfermagem, 718 diferentes num total de 451003, implementadas pelos enfermeiros em contexto perioperatório verificamos a sua distribuição consoante o tipo de ação (tabela 4). Das intervenções implementadas, 74,14 % são no âmbito do observar, 17,38% são do âmbito executar, 4,58% são do âmbito organizar, 2,54% são do âmbito informar e 1,36% são do âmbito atender.

TABELA 4: Intervenções implementadas pelos enfermeiros por tipo de ação em contexto intraoperatório

Ação	Intervenções	Áreas de atuação	N
Observar 74,14% (301496)	15,99% (48212)	Ferida Cirúrgica	11881
		Drenagem (Dreno)	8150
		Sedação	7756
		Cateter	6658
		Eliminação (urinária e intestinal)	3643
		Obstetrícia (involução intrauterina, complicações, ...)	3591
		Comportamento	1497
		Entubação (Tubo/sonda/cânula)	1150
		Outros	3886
		Sinais vitais (FC, FR, TA, Temperatura corporal, Dor)	134595
		Saturação de Oxigénio	42922
		Glicemia capilar	14919
		Drenagem (Dreno)	5178
		Bloqueio motor	4860
Eliminação (urinária, intestinal)	3813		
Outros	4241		
Avaliar 14,18% (42756)	14,18% (42756)	Alta da UCPA	11892
		Queda	4597
		Hipotermia	4384
		Ferida Cirúrgica	3898
		Úlcera de pressão	3497
		Conhecimento (Pré e pós-	2437

		operatório)	
		Autocuidado	2391
		Infeção	2371
		Conhecimento (Outros)	2165
		Outros	5124
		Prevenção	2411
		Aleitamento (amamentar, mama, lactação)	1102
		Pré e pós-operatório	997
	Ensinar	Dispositivos	813
	50,39%	Autocuidado	787
	(7982)	Padrão/hábitos (alimentar, exercício, repouso, sexual)	481
		Papel parental	362
		Regime terapêutico/medicamentoso	300
		Complicações	170
		Outros	559
Informar		Aleitamento materno (mama, amamentação, extração de leite)	708
2,54%	Instruir	Medidas de segurança	688
(10319)	13,87%	Cuidados ao bebé	418
	(2197)	Prevenção	223
		Outros	160
	Treinar	Aleitamento materno (amamentar e atos associados)	45
	0,79%	Cuidados ao bebé	40
	(125)	Outros	40
	Orientar	Pessoa	15
	0,09%		
	(15)		
		Posicionamento/Mobilização	391
		Ligação mãe-Filho	352
	Incentivar	Amamentação	340
	11,82%	Autocuidado	233
Atender	(1872)	Envolvimento da pessoa/família	132
1,36%		Outros	424
(5521)		Autocuidado (vestiário, higiene,	1440

	Assistir	banho, ...)	
	21,34%	Atividades diárias (alimentar, posicionar, andar, levantar, uso do sanitário, ...)	1404
	(3381)		
		Amamentar	323
		Queda (risco de)	160
		Outros	54
	Prevenir	Queda	138
	1,69%	Úlcera de pressão	70
	(268)	Luxação (posicionamento)	60
		Ambiente	326
	Gerir	Isolamento	163
	3,49%	Oxigenoterapia	87
	(650)	Regime medicamentoso	53
		Outros	21
	Manter	Dispositivos de proteção (grades da cama)	841
Organizar	4,89%	Contaminação	70
4,58%	(911)		
(18615)		Ambiente físico	8880
		Cateter (arterial, venoso, urinário, venoso, ...)	5751
	Otimizar	Dreno	837
	87,05%	Sondas	283
	(16205)	Dispositivos	189
		Outros	265
	Providenciar	Material de leitura	692
	4,56%	Dispositivos	157
	(849)		
	Administrar	Hemoderivados	123
	0,20%	Outros	20
Executar	(143)		
17,38%		Protocolo (especialidades)	3978
(70684)	Aplicar	Penso	1862
	9,66%	Medidas de conforto (envolvimento frio ou quente, creme, protetor cutâneo)	626
	(6829)	Dispositivos	215

	Outros	148
Executar	Tratamentos (ferida cirúrgica)	16582
39,71%	Tratamento (Dreno)	8136
(28068)	Tratamentos (cateteres vários)	2771
	Outros	579
Preparar	Local do corpo (pré-operatório)	28963
41,35%	Outros	267
(29230)		
Remover	Cateter (venoso, urinário, ...)	4051
9,08%	Material de leitura	2329
(6414)	Dreno	889
	Outros	34

As intervenções de enfermagem do tipo observar, na sua maioria estão centradas no monitorizar (69,83%) parâmetros vitais e outros parâmetros importantes como a glicemia capilar, atendendo a complexidade do processo a que a pessoa em situação perioperatória se encontra durante o procedimento cirúrgico.

No tipo de ação de informar estas são maioritariamente centradas no ensinar em que as três principais áreas de atuação são a prevenção, aleitamento materno e ensinos pré e pós-operatórios. Os ensinos no pré e pós-operatório são uma área de intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório fulcral para a autonomia, tomada de decisão por parte da pessoa em situação perioperatória.

No tipo de ação organizar, as intervenções do tipo otimizar predominam. As áreas de atuação são a otimização do ambiente físico, diferentes tipos de cateter e dreno.

No âmbito do tipo de ação executar há predominância da intervenção associada ao preparar o local do corpo no pré-operatório (41,07%), intervenção associada ao banho pré-cirúrgico até 2h antes da cirurgia com clorexidina 2% e à tricotomia se necessária no imediato antes da cirurgia; e posteriormente o executar (39,71%) tratamento a diferentes locais, nomeadamente à ferida cirúrgica.

7. Discussão

Reconhecendo a relevância do enfermeiro mestre e especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória torna-se fulcral compreender os aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem e a importância das intervenções implementadas por estes, bem como, a documentação produzida como registo destas intervenções.

Da análise de dados efetuada foram identificados 104 focos de enfermagem diferentes num total de 50732 focos implementados e 718 intervenções de enfermagem diferentes num total de 451003, associadas a estes focos.

É impreterível que a segurança seja um foco principal na consciencialização coletiva da equipa para o reconhecimento do ambiente de alto risco a que a pessoa em situação perioperatória é sujeita. Portanto, neste contexto é basilar a promoção de uma cultura de alta segurança centrada em cuidados seguros e baseados em evidência científica.

Atendendo os resultados do estudo foram identificados 2 focos relacionados com a segurança, nomeadamente, hipotermia e ferida cirúrgica.

Tendo o enfermeiro a perceção que a pessoa se encontra inadvertidamente exposto a riscos em situação perioperatória, é fundamental a reflexão de alguns riscos, tendo por base os dados apresentados anteriormente e intervir de modo a evitá-los (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

Um risco inadvertido é uma possível complicação do procedimento cirúrgico, enquanto a pessoa se encontra sob anestesia é a hipotermia. Este foco é definido como uma “diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão, piloereção associada a exposição prolongada ao frio, disfunção do sistema nervoso central ou do sistema endócrino em condições de frio ou introdução artificial de temperaturas corporais anormalmente baixas, por razões terapêuticas” (ICN, 2019, p.73).

A hipotermia foi o foco mais vezes identificado, pelo que o enfermeiro perioperatório deve implementar intervenções com o intuito de evitar a efetividade do diagnóstico. Estima-se que a incidência de hipotermia possa variar entre 26% a 90% na pessoa em situação intraoperatória (Azenha et al, 2017), o que pode potenciar complicações pós-operatórias.

A hipotermia quando ocorre pode conduzir a diferentes complicações orgânicas, alterações cardíacas, alterações da coagulação, alterações metabólicas (aumento da glicemia), infecções, alteração do estado de consciência e desconforto térmico. De entre estas complicações referidas, as infecções do local cirúrgico têm um elevado índice de incidência, quando há ocorrência de hipotermia, devido à suscetibilidade, vasoconstrição e comprometimento da imunidade (Sanguiné, 2018).

Podem ser vários os fatores de risco que podem levar ao evento da hipotermia: tipo de anestesia, alterações cardiovasculares, patologias do sistema nervoso central, exposição de cavidades corporais/cirurgia com feridas abertas, grande exposição cutânea ao ambiente frio, temperatura ambiente da sala cirúrgica, a infusão de fluidos não aquecidos, a desinfecção cutânea com soluções frias temperatura corporal prévia inferior a 36°C, entre outros (Azenha et al, 2017).

Refletindo que a segurança e a redução de complicações associadas ao procedimento anestésico-cirúrgico da pessoa são metas fulcrais dos cuidados de enfermagem é impreterível uma resposta apropriada do enfermeiro perioperatório na garantia da normotermia no perioperatório.

Neste sentido, cabe ao enfermeiro perioperatório implementar intervenções para prevenir a hipotermia. A AESOP (2017) recomenda a monitorização da temperatura corporal, como intervenção de enfermagem em todo o contexto perioperatório, assim como, manter a temperatura da sala cirúrgica entre os 20°C e 25°C no sentido de auxiliar a manutenção da normotermia. Esta primeira intervenção foi a consideravelmente a mais implementada, seguidamente por aumentar a temperatura corporal através de dispositivos. No entanto, após a análise dos dados seria expectável o registo de outras intervenções de enfermagem que reduzem a probabilidade de ocorrência de hipotermia, que não estão documentadas. A Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017) refere duas outras medidas, aplicar medidas de aquecimento ativo (colocação de mantas de aquecimento), aplicar medidas de aquecimento passivo (colocação de lençõs aquecidos), promover conforto, aquecer e aplicar soluções intravenosas aquecidas.

A infeção do local cirúrgico é uma das principais infeções associadas aos cuidados de saúde, associadas aos prolongamentos de internamentos hospitalares, cirurgias adicionais, aumento dos custos em saúde, pelo que é uma meta importante nos cuidados de saúde a sua prevenção. Outros parâmetros contemplados nos feixes de intervenção da prevenção da ILC é manter a normoglicemia e manter SpO₂ igual ou superior a 95%, para garantir homeostasia pré/intraoperatória (DGS, 2022).

No âmbito de observar, monitorizar a glicemia e monitorizar SpO₂ têm uma grande preponderância em termos do número de intervenções documentada. Apesar de podermos associar outras intervenções de enfermagem no âmbito do controlo da glicemia <180mg/dl não há dados documentados nesse sentido.

Noutros parâmetros na prevenção da ILC representado na norma de feixes de intervenção, implementadas na fase pré-operatória e no início da intraoperatória é a realização do banho com clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contraindicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia até 2 horas de antecedência do procedimento cirúrgico e realização da tricotomia se necessário no ato imediato antes da cirurgia (DGS, 2022). Tendo em conta os dados analisados, no âmbito do executar há predominância da intervenção associada ao banho pré-cirúrgico até 2h antes da cirurgia e ao registo da tricotomia quando evitada ou efetuada, preparar o local do corpo no pré-operatório.

Existe ainda um último parâmetro a refletir neste âmbito da prevenção da ILC, que está associado à profilaxia antibiótica cirúrgica realizada até 60 minutos antes do início do procedimento cirúrgico (DGS, 2022), no entanto não temos dados referentes a este feixe.

A norma referida anteriormente insere-se no objetivo estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026 (DGS, 2022).

Assim, a informação produzida pela documentação destas intervenções permite a vigilância epidemiológica da ILC, em que cada instituição hospitalar instituiu o programa “Desafio Stop Infeção Hospitalar”, em que se verificou uma redução da infeção do local cirúrgico associada a três procedimentos cirúrgicos definidos para o estudo (colecistectomia, à colocação de prótese da anca e joelho) acima de 50% (FCG, 2018).

De facto, estima-se que 60% das ILC sejam evitáveis pelo cumprimento dos “feixes de intervenções”, de prevenção de infeção (DGS, 2015c). No entanto, este tipo de infeção continua a ser uma das causas de morbilidade e mortalidade, atendendo a existência de uma norma que visa a implementação de medidas para reduzir a incidência da ILC. A ocorrente resistência a antibióticos, o aumento do número de pessoas em situação perioperatória com idade superior a 65 anos, sujeitos a procedimentos cirúrgicos invasivos, com várias comorbilidades, aumento da colocação de implantes protésicos e transplantação de órgãos, contribuem para o aumento destas infeções (DGS, 2015a).

Quando refletimos sobre a ILC estamos a refletir sobre a abordagem de enfermagem relativamente à pessoa com ferida cirúrgica. Segundo ICN (2019, p.64), ferida cirúrgica

consiste num “corte de tecido produzido por um instrumento cirúrgico cortante, de modo a criar uma abertura num espaço do corpo; ou num órgão, produzindo drenagem de soro e sangue, que se espera que seja limpa, ou seja, sem mostrar quaisquer sinais de infeção ou pus”. O foco de enfermagem, ferida cirúrgica, com representatividade nos focos identificados, prendendo-se intervenções no âmbito do observar e executar e na fase do pós-operatório.

A ferida cirúrgica tem sido alvo de estudo por parte dos profissionais de saúde, o que permitiu evidenciar conhecimentos que contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados nesta área, especialmente na diminuição da dor e do tempo de cicatrização e no aumento do conforto e satisfação da pessoa submetida a procedimento cirúrgico (Menoita, 2015).

A maioria das intervenções documentadas são do âmbito do Observar, pelo que, apesar de produzir informação importante relativa à situação clínica da pessoa, passível de avaliação para a continuidade dos cuidados prestados e a implementar, não resultam de um modo direto ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem (Mota et al, 2019). O registo destas intervenções permite o acesso a informação útil, por parte de outros profissionais de saúde, da clínica da pessoa, apoiando a valorização da documentação produzida pelos enfermeiros (Mota et al, 2018).

A qualidade da documentação é um preceito fundamental para a evidência dos resultados em enfermagem. Pelo que os cuidados implementados devem ser documentados e “devem respeitar a natureza dos cuidados, sob a pena de não uniformizarem as situações que pretendem descrever” (Hesbeen, 2013).

A necessidade de demonstrar que os resultados de enfermagem estão interligados com a qualidade dos cuidados prestados tornou-se por parte do enfermeiro uma afirmação da sua prática com papel ativo na efetividade dos cuidados.

Comparativamente às intervenções de enfermagem documentadas do tipo informar, atender e organizar são consideravelmente em número reduzido pelo que se questiona se os enfermeiros não implementam este tipo de intervenções ou por alguma causa não as documentam (Mota et al, 2019; Abreu et al, 2015).

Também é importante refletir que os dados recolhidos só foram possíveis de consultar devido ao registo das intervenções nos SIE. Estes surgiram com o propósito de simplificar a documentação, concedendo maior fiabilidade e exatidão na informação, assim como, uma maior clareza e padronização da informação (Silvestre, 2012). A implementação de SIE surge no contexto de programas de melhoria contínua da qualidade, contribuindo para uma maior e significativa visibilidade da qualidade dos cuidados de enfermagem.

Apesar da amostragem dos dados ser significativa, há uma limitação na percepção dos focos e intervenções implementadas pelos enfermeiros nas diferentes fases do contexto perioperatório.

A ausência de qualidade no processo de enfermagem documentada, a existência de múltiplos sistemas informáticos (SI), a reduzida formação dos enfermeiros em SI em enfermagem, a falta de tempo e até mesmo a motivação são algumas das causas que contribuem para as lacunas na documentação em enfermagem (Barreto et al, 2019; Varela et al 2019).

8. Conclusão

A pessoa em situação perioperatória tem características específicas, pelo que o processo de enfermagem enquanto método personalizado, planejado, avaliado e reformulado conforme as necessidades, é um método que permite a continuidade dos cuidados. Esta continuidade de informação permite melhorar a qualidade dos cuidados e proporcionar uma melhor experiência cirúrgica nos diferentes contextos, pré, intra e pós-operatória.

A práxis do enfermeiro perioperatório começa no pré-operatório, momento onde é planejado o processo de enfermagem, dando continuidade no intraoperatório, onde a complexidade e vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória coloca o enfermeiro como principal elemento na gestão da segurança e prevenção de eventos adversos, e na identificação de focos de enfermagem que devem dar continuidade aos cuidados de enfermagem.

Este estudo de investigação permitiu responder à questão de investigação inicialmente definida, bem como alcançar o objetivo definido, na identificação de terapêuticas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, com impacto significativo nos ganhos em saúde.

Enquanto investigadora este estudo contribuiu para o preenchimento de lacunas e produziu conhecimento no contexto anteriormente abordado, uma vez que veio permitir identificar aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem no cuidado à pessoa em situação perioperatória, utilizando dados recolhidos através dos sistemas de informação.

Quanto à informação recolhida neste estudo através da documentação registada pelos enfermeiros em contexto perioperatório e os aspetos de saúde relevantes para a prática de enfermagem, os enfermeiros centraram os seus registos no foco da ferida cirúrgica, alteração fisiológica inerente ao procedimento cirúrgico e o foco da hipotermia, possível complicação associada também ao procedimento anestésico-cirúrgico. Ambos ligados à área de cuidados relacionados com a segurança da pessoa em situação perioperatória.

A maioria das intervenções implementadas são do tipo observar, sendo que este tipo de intervenções têm integridade referencial para a avaliação do estado clínico da pessoa em situação perioperatória, porém não gera diretamente ganhos sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Contudo, este estudo também permitiu refletir sobre uma inquietação por parte da investigadora, a importância no rigor na documentação em enfermagem em contexto perioperatório, pois com ela pode-se investigar quais os ganhos em saúde dos cuidados de enfermagem relacionados com os indicadores sensíveis de enfermagem neste contexto.

Neste sentido, seria importante futuramente a realização de um estudo de investigação avaliando o conhecimento dos enfermeiros que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória sobre a qualidade da documentação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos dias de hoje e cada vez mais, as novas tecnologias e conhecimentos científicos evoluem rapidamente, estando em constante mudança. Assim como, as expectativas e necessidades de saúde da população relativas à enfermagem, impondo a esta um constante desenvolvimento. Este comportamento de mudança deve ser direcionado para a atualização e/ou aquisição de novos saberes científicos e técnicos e analogamente para as atitudes, exigindo dos enfermeiros uma análise reflexiva das suas atividades.

Esta perspectiva contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados em saúde prestados e para a prática de uma Enfermagem Avançada. Pelo que, compete ao enfermeiro especialista, prestar cuidados de qualidade, baseados na evidência mais atual. A realização deste relatório permitiu refletir criticamente acerca das competências desenvolvidas ao longo do estágio, no âmbito dos objetivos gerais de estágio e dos objetivos específicos, perspetivando ao longo do mesmo, a importância e o papel do EEEMC

O EEESP poderá fazer a diferença na organização e gestão dos cuidados, às pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, contribuindo para a segurança, efetividade e qualidade dos mesmos. Terminei esta etapa com a convicção de que as competências por mim adquiridas me tornaram uma enfermeira mais apta e competente e poderão futuramente fazer a diferença na minha atuação junto da pessoa/família, mas também no seio da equipa multidisciplinar.

A elaboração do presente relatório final de estágio tornou-se assim, num momento de formação muito importante, uma vez que me permitiu olhar para o percurso realizado, discernir as pequenas e as grandes conquistas tanto a nível académico como pessoal, muitas vezes realizadas ultrapassando limitações que considerava ter e tornando possível olhar agora para a prática com um olhar de enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, especificamente na área da EPSP. Como responsável pela autoformação e aprendizagem, constatou-se a importância que representou o contato com realidades distintas, o que possibilitou o desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais na assistência da pessoa em situação perioperatória e à sua família, através da reflexão sobre a prática.

O estágio realizado e a conceção do presente relatório proporcionaram um percurso fascinante e absorvente, onde as principais dificuldades se centraram na conciliação do estágio, com a vida profissional e com a vida pessoal e ainda na síntese de conteúdos que

pela relevância não se reduzem com facilidade. Os aspetos facilitadores nesta aprendizagem centram-se na disponibilidade e apoio demonstrado por todos os elementos das equipas do bloco operatório, anestesiologia e UCA.

Para concluir, é através da melhoria da prática individual, nas várias funções desempenhadas, e da consciencialização coletiva dos enfermeiros, para a importância da qualidade nos cuidados, que se constrói uma Enfermagem Perioperatória mais visível e produtiva de bons cuidados de saúde. A busca pela excelência na prestação dos cuidados é uma característica intrínseca dos enfermeiros especialistas.

Contudo, na instituição onde foi efetuada a investigação, no período intraoperatório o processo de enfermagem não é evidenciado com clareza, na documentação produzida. Consequentemente, a documentação produzida pelos enfermeiros perioperatórios ainda carece de melhoramento, sendo o desafio identificar a melhor forma de o fazer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of Perioperative Registered Nurses. (2018). *Guideline for team communication. Guidelines for perioperative practice*. AORN.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). *Standards of Perioperative Nursing*. AORN.
- Associação dos Enfermeiros Sala de Operação Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados*. AESOP. Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16-X.
- Associação dos Enfermeiros Sala de Operação Portugueses. (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório (2ª ed.)*. AESOP. Lusodidacta. ISBN: 972-9171-65-3.
- Associação dos Enfermeiros Sala de Operação Portugueses. (2012) *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. AESOP. Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5.
- Associação dos Enfermeiros Sala de Operação Portugueses. (2013). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório (3ª ed.)*. AESOP. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2017). *Práticas recomendadas para bloco operatório: prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida*. AESOP. <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/DraftBrochura-AESOP-PR-HipotermiaPantone-569.pdf>
- Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, L., Cruz, L., Caralho, P.C., Macedo, A.L., & Gomes, M. (2017). Proposta de consensos de manutenção da Normotermia no período perioperatório. *Revista Sociedade da Portuguesa de Anestesiologia*, 26(1), 27. <http://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/view/10884/8940>
- Barreto J, Coelho M, Lacerda L, Fiorin B, Mocelin H, Freitas P. (2019). Registos de enfermagem e os desafios de sua execução na prática assistencial. *Revista Mineira de Enfermagem*, 23 e-1234. <http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20190082>
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and

- Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>.
- Benner, P. (2004). De principiante a perito. *Revista Servir*, 44(3), 23-27.
- Benner, P.; Tanner, C.; Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company. ISBN:978-08261-25453.
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(20088). <https://doi.org/10.12707/RV20088>.
- Caetano, A. (2019). Ética na investigação-ação- alguns apontamentos de reflexão. *Revista da rede internacional de investigação-ação colaborativa*, 1, 53-72.
- Cardante, S. (2020). *Consulta de enfermagem pré-operatória e de follow-up em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, Escola Superior de Enfermagem do Porto.] Reportório da Escola Superior de Enfermagem do Porto. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Sandra%20Cardante.pdf
- Castro, A. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem Gestão de Unidades de Cuidados, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.] Reportório da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/D2017_10003721112_21537006_1.pdf
- Chourabi LF, Figueira SHS, Matias EP. (2022). A visita pré-operatória de enfermagem em um hospital universitário durante a pandemia de SARS-CoV-2. *Glob Acad Nurs*, 3(1), 231.
- Circular Normativa n.º 09/DGCG de 14 de junho. (2003). A dor como 5º sinal vital, registo sistemático da intensidade da dor. Direção Geral da Saúde (14-06-2003).
- Cunha, C., Macedo, A., Vieira, I. (2017). Perceções dos estudantes de enfermagem sobre os processos formativos em contexto de ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, 65-74. <https://doi.org/10.12707/RIV16072>
- Decreto-Lei n.º 55/2018 de 6 de julho. (2018). Estabelece o currículo dos ensinos básico e secundário e os princípios orientadores da avaliação das aprendizagens. Diário da República II série, nº 129 (6-7-2018) (2928 - 2943). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/55-2018-115652962>

- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República II série, nº 28 (10-2-2015) (3882-2 – 3883-10). <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>
- Despacho n.º 11688//2020, de 25 de novembro (2020). ESSNorteCVP: Estrutura curricular e plano de estudos do 2.º ciclo de estudos conducente ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória e na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Diário da República, II série, nº 230 (25-11-2020) (174-176). <https://files.dre.pt/2s/2020/11/230000000/0017400176.pdf>
- Despacho n.º 9390/2021, 24 de setembro (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026. Diário da República II série, nº187 (24-9-2021) (96-103). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Dias, J. (2014). Sistema de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Um modelo construtivo no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica*, 39-40.
- Dias, D., & Fernandes, S. (2022). A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica. *Revista AESOP*, XXII (47), 10-13.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *Common core curriculum for perioperative* (3rd ed.) (pp. 1–50). <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde. ERS. https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publica%C3%A7%C3%A3o-ers_direitos-e-deveres.pdf
- Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa do Norte. (2021). Guia Orientador de Estágios do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Operatória - Guia Orientador de Estágios. ESSCVP.
- Flinkman, M., Leino-Kilpi, H., Numminen, O., Jeon, Y., Kuokkanen, L., & Meretoja, R. (2016). Nurse Competence Scale: a systematic and psychometric review. (John Wiley & Sons Ltd, Ed.) *Journal of Advanced Nursing*, 73(5), 1035-1050. doi:10.1111/jan.13183
- Leprohon, J. (2002). A qualidade dos cuidados de Enfermagem. *Revista de Ordem dos Enfermeiros*, 5, 26.

- Fundação Calouste Gulbenkian. (2018). Um desafio Gulbenkian: Stop Infecção Hospitalar. https://gulbenkian.pt/wpcontent/uploads/2018/05/desafio_infecoes_web.pdf
- Gomes, J. (2020). *A Qualidade Assistencial no Bloco Operatório de Hospitais Portugueses*. [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Reportório da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/129347/2/421935.pdf>
- Gómez-Ríos MA, Abad-Gurumeta A, Casans-Francés R, Calvo-Vecino JM (2019). Keys to optimizing operating room efficiency. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 66(2), 104-112. <https://doi.org/10.1016/j.redare.2018.08.011>
- Guedes, V. M., Figueiredo, M. J., Apóstolo, J. A., Silva, M. L., Oliveira, P. M., & Ferreira, M. H. (2019). Práticas de enfermagem em cuidados de saúde primários com base num referencial de competências. *Revista Científica de Enfermagem - RECIEN*, 9(27), 23-32.
- Hesbeen, W. (2013). *Dizer e escrever a prática do cuidar do quotidiano: à descoberta do sentido do cuidado*. Lusociência.
- International Council of Nurses. (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: CIPE® (versão 2019), 1-139. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Joseph A, Bayramzadeh S, Zamani Z, Rostenberg B. (2018). Safety, Performance, and Satisfaction Outcomes in the Operating Room: A Literature Review. *Herd*. 11(2), 137-150. <http://dx.doi.org/10.1177/1937586717705107>
- Machado, N. (2013). *Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um Modelo de Melhoria Continua Baseado na Reflexão-Ação*. [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Universidade Católica Portuguesa]. Reportório da Universidade Católica Portuguesa. https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/14957/1/101271_395.pdf
- Menoita, E. C. (2015). *Gestão de Feridas Complexas*. Lusodidática.
- Norma nº 001/2017 de 8 de fevereiro (2017a). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Direção-Geral da Saúde, (08-02-2017) (1-8). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017>.
- Norma 020/2015 de 15 de dezembro (2015), atualizada a 17 de novembro (2022). Feixes de intervenção de prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção-Geral da Saúde, (17-11-2022) (1-24). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2015/12/>

norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf

Norma n.º 003/2013 de 19 de outubro (2012). Organização das Unidades Funcionais de Dor Aguda. Direção Geral da Saúde, (19-10-2012) (1-14). https://www.aped-dor.org/documentos/DGS-Unidades_Funcionais.pdf

Norma n.º 004/2013 (2022). Vigilância epidemiológica das resistências aos antimicrobianos, versão atualizada. Direção-Geral da Saúde, (27-7-2022) (1-14). <https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/02/21/vigilancia-epidemiologica-das-resistencias-aos-antimicrobianos/>

Norma n.º 13/2014 (2015c). Uso e gestão de luvas nas unidades de saúde, versão atualizada. Direção-Geral da Saúde, (07-08-2015) (1-36). <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circularesnormativas/norma-n-0132014-de-25082014.aspx>.

Mota, L., Bastos, F. & Brito, M.A. (2018). A pessoa submetida a transplante de fígado: Terapêuticas de enfermagem no follow-up. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(16), 19-28. doi:10.12707/RIV17086.

Mota, L., Bastos, F. & Brito, M.A. (2019). Terapêuticas de enfermagem na pessoa com deglutição comprometida após acidente vascular cerebral. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(23), 133-140. doi: <https://doi.org/10.12707/RIV19057>

Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. [Tese de Doutoramento em Ciências de Enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar]. Reportório aberto da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/140139>

Ordem dos Enfermeiros. (2007). *Desenvolvimento profissional Individualização das especialidades em Enfermagem: proposta do sistema*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Conselho de Enfermagem - DIVULGAR*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para elaboração de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem - programa padrões de qualidade*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros, 1-112. <https://ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documentos/REPE.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Código Deontológico do Enfermeiro*. Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf.
- Pelarigo, S. (2019). *Implementação da consulta de enfermagem Pré-operatória – Cuidar no pré preparando o pós-operatório*. [Relatório Final de Estágio do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, Escola superior de Setúbal]. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29203/1/relatorio.pdf>
- Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 7–17. <https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.4>
- Pimpão, F., Filho, W., Vaghetti, H., & Lunardi, V. (2010). Percepção da equipe de enfermagem sobre seus registros: Buscando a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista de Enfermagem da Universidade de Enfermagem do Rio de Janeiro*, 18(3), 405-410.
- Phipps [et al]. (2003). *Enfermagem Médico-cirúrgica- Conceitos e prática clínica*, III (6), 1673- 1690. Lusociência.
- Regulamento nº122/2011. (2011). Ordem Enfermeiros. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, II série nº35 (18-2-2011) (4744-4750). <https://dre.tretas.org/dre/1227225/regulamento-122-2011-de-18-de-fevereiro>.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

- Regulamento nº 392/2018 de 28 de junho. (2018). Regulamento de Inscrição, Atribuição de Títulos e Emissão de Cédula Profissional. Diário da República IIª Série, nº123 (28-06-2018) (17993 - 17999). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/392-2018-115603190>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, nº 135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento 743/2019 de 25 de dezembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, nº 184 (25-09-2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Resolução da Assembleia da República nº 1/2001, de 03 de janeiro. (2001). Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser humano face as aplicações da Biologia e da Medicina: Convenção sobre os direitos do Homem e a Biomedicina. Diário da República, I série-A (3-1-2001).
- Ribeiro, A.F., Pereira, E., Matias, F., Azenha, M., Macedo, A.L., & Órfão, M.R. (2017). Manutenção da normotermia peri operatória e m Portugal: resultados de um inquérito de avaliação. *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26 (1), 11-17. <http://doi.org/10.25751/rspa.10127>
- Rocha, L.; Moraes, M. (2010). Assistência de enfermagem no controle da dor na sala de recuperação pós-anestésica. *Revista Dor*, 11 (3), 254-58.
- Sancho, M.; Carvalho, R. (2013). Pain-related evaluation and interventions in children in theanestheticcareunit. *Revista Dor*, 14 (1), 31-34.
- Sanguiné, A. et al. (2018). Hipotermia no Pós-operatório imediato: percepção de técnicos de enfermagem. *Revista SOBECC*, 23(4), 205-211. <file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/438-Texto%20do%20Artigo-2480-2277-10-20181220.pdf>
- Silva, A. (2018). *A importância da comunicação em Enfermagem em Situação em Situação crítica e Paliativa*. [Relatório Final de Mestrado em Enfermagem, com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Universidade Católica Portuguesa]. Reportório

- aberto da
UCP.<https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/30630/1/A%20importância%20da%20Comunicação%20em%20Enfermagem%20em%20Situação%20Críti.pdf>
- Silva, D.M., & Silva, E.V.M.B. (2016). O ensino clínico na formação em enfermagem. *Millenium Journal of Education Technologies and Health*, 103-119. https://www.researchgate.net/publication/266878448_Ensino_clinico_na_formacao_em_enfermagem
- Silva, R., Luz, M., Fernandes, J., Silva, L., Cordeiro, A., & Mota, L. (2018). Becoming a specialist: Portuguese nurses expectations after completing the specialization program. *Revista De Enfermagem Referência*, 4 (16), 147–154. <https://doi.org/10.12707/riv17076>
- Silvestre, M. (2012). Os registos de enfermagem: um olhar sobre o estado real da saúde das pessoas. [Dissertação de Mestrado em Enfermagem na área de especialização Gestão de Unidades de Saúde, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Reportório aberto Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. [file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/D2011_10003621013_21036019_1%20\(4\).pdf](file:///C:/Users/Supervisor/Downloads/D2011_10003621013_21036019_1%20(4).pdf)
- Setz, V., & D'Innocenzo, M. (2009). Avaliação da qualidade dos registos de enfermagem no prontuário por meio de auditoria. *Acta Paulista de Enfermagem*. (22), 313-317.
- Spooner, A., Aitken, L., Corley, A., & Chaboyer, W. (2017). Developing a minimum dataset for nursing team leader handover in the intensive care unit: A focus group study. *Australian Critical Care*, 47-52.
- Varela L, Wiebe N, Niven DJ, Ronksley PE, Irargorri N, Robertson HL, et al. (2019). Evaluation of interventions to improve electronic health record documentation within the inpatient setting: a protocol for a systematic review. *Syst Rev*, 8(1):54. Doi: 10.1186/s13643-019-0971-2
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento (3.ª ed.)*. Edições Sílabo, Lda. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610976.pdf>

ANEXOS

**ANEXO I: PROTOCOLO CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-
OPERATÓRIA**

LOGOTIPO DA INSTITUIÇÃO HOSPITALAR	PROCEDIMENTO	Código: PRO.020.UCA Data Elaboração: 30/10/2022 Edição: 01 Revisão: 01
Consulta de Enfermagem Pré-Operatória da UCA		
ÂMBITO: Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

1. OBJECTIVO:

Uniformizar procedimentos da realização da consulta de enfermagem da Unidade de Cirurgia de Ambulatório

2. DESTINATÁRIOS:

Enfermeiros

3. RESPONSÁVEL:

Diretora de Serviço e Enfermeira Gestora

4. DEFINIÇÕES:

O conceito de cirurgia de ambulatório tem vindo a modificar-se até ao momento, devido a implementação de critérios de seleção e admissão cada vez mais concretos. Atualmente, a cirurgia de ambulatório abrange todos os procedimentos cirúrgicos em que o doente é submetido e tem alta até 24h após a cirurgia.

A consulta de enfermagem consiste numa ferramenta fundamental para o enfermeiro, enquanto elemento da equipa multiprofissional, realizar o acompanhamento do doente desde a preparação pré-operatória, quer na admissão e dia da cirurgia, quer no seguimento pós-operatório imediato e no domicílio.

A consulta de Enfermagem tem como objetivos:

- Avaliar as necessidades físicas e psicológicas do doente;
- Descrever procedimentos cirúrgicos, desde a admissão até à alta;
- Envolver família/responsável adulto no plano de assistência proposto;
- Fornecer documentação existente (Guia do doente, panfleto informativos);
- Preparar a alta e pós-operatório fora da instituição hospitalar.

Assim, a transmissão de informação ao doente torna-se fulcral, para aumentar o nível do seu conhecimento, bem como, para o ajudar na adaptação às alterações após a cirurgia, aumentando as suas competências para o autocuidado. Pelo que o enfermeiro tem de direcionar os seus cuidados para a vertente técnica e psicossocial (Bayraktar et al., 2018). O medo, a ansiedade e dúvidas são sentimentos que acompanham os doentes quando submetidos a atos cirúrgicos, pelo que o enfermeiro perioperatório tem o dever educativo de capacitar o doente quanto à sua cirurgia e à sua recuperação pós-operatória.

A consulta de enfermagem é uma intervenção autónoma e complexa, que proporciona ao doente conforto e segurança, através de um conjunto de ações centradas nas necessidades da pessoa em situação perioperatória/família/acompanhante adulto.

A Consulta de Enfermagem de Adulto é realizada através de entrevista direta aos utentes com idade superior a 18 anos que serão intervencionados na Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

A consulta de enfermagem à criança dos 0 aos 2 anos é essencialmente dirigida aos pais dado que segundo a Teoria dos Estádios de Desenvolvimento de Piaget a atividade cognitiva durante este estágio baseia-se principalmente na experiência imediata através dos sentidos em que há interação com o meio, a qual é uma atividade essencialmente prática. A organização mental da criança está em estado bruto de tal forma que a qualidade da experiência raramente é significativa, assim o que a criança aprende e a forma como o faz permanecerá como uma experiência imediata tão vivida como qualquer experiência.

A consulta de enfermagem à criança dos 2 aos 7 anos é dirigida às crianças e aos pais/acompanhantes dado que segundo a Teoria dos Estádios de Desenvolvimento de Piaget neste estágio o pensamento sofre uma transformação qualitativa, as crianças já não estão limitadas ao seu meio sensorial imediato, já usa a inteligência e o pensamento. O desenvolvimento do vocabulário é notável incluindo a capacidade de compreender e usar palavras. Neste estágio a criança aprende de forma rápida e flexível, no qual se inicia o pensamento simbólico em que as ideias dão lugar à experiência concreta. Já conseguem partilhar socialmente as aprendizagens fruto do desenvolvimento e da sua comunicação.

A consulta de enfermagem à criança dos 7 aos 12 anos é dirigida às crianças e aos pais/acompanhantes dado que segundo a Teoria dos Estádios de Desenvolvimento de

Piaget este estadió é caracterizado por uma lógica interna consistente e pela habilidade de solucionar problemas concretos, surge a capacidade de fazer análises lógicas. Neste período o egocentrismo intelectual e social que caracteriza a fase anterior dá lugar á capacidade de estabelecer relações e coordenar pontos de vista diferentes.

A consulta de enfermagem à criança dos 12 aos 18 anos é dirigida às crianças e aos pais/acompanhantes. Segundo Piaget a criança encontra-se no estadió operatório - formal no qual o começa a raciocinar lógica e sistematicamente, as deduções lógicas podem ser feitas sem o apoio de objeto concretos. O pensamento hipotético-dedutivo é o aspeto mais importante representado nesta fase de desenvolvimento pois o ser humano começa a criar hipóteses para tentar explicar os problemas tendo por base o pensamento científico.

5. DESCRIÇÃO:

N.º	AÇÃO	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA ADULTO		
1	Verificar as consultas de enfermagem agendadas para o dia	Enfermeira da consulta
2	Confirmar se disponível as esponjas de cloro-hexidina para a consulta consoante o número de consultas agendadas	Enfermeira da consulta
3	Chamar o doente e encaminhá-lo à sala de entrevista de enfermagem, apresentando-se e estabelecer uma relação empática de forma a melhorar o processo comunicativo	Enfermeira da consulta
4	Apresentação do serviço, através de informação sobre espaço físico.	Enfermeira da consulta
5	Confirmar com o processo o nome do doente e o tipo e local da cirurgia.	Enfermeira da consulta
6	Proceder à recolha de informação relativa aos critérios de admissão definidos para a cirurgia de ambulatório preenchendo a avaliação inicial e o processo de enfermagem no programa SClínico.	Enfermeira da consulta
7	Se o doente não cumpre critérios de admissão da cirurgia de ambulatório informar secretário de unidade (UCA)	Enfermeira da consulta
8	Avaliar e registar sinais vitais	Enfermeira da consulta
9	Entregar o Guia do Utente UCA contendo a data da cirurgia e	Enfermeira da

	folhetos informativos.	consulta
10	Entregar esponjas de cloroheixidina e fazer o ensino ao doente da sua utilização	Enfermeira da consulta
11	<p>Informar o doente sobre os procedimentos do dia da cirurgia e fazer as recomendações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ vir acompanhado por adulto responsável ✓ evitar trazer joias ou adornos; ✓ usar roupa e calçado confortáveis, não necessita de trazer pijama nem chinelos; ✓ jejum de pelo menos 6 horas ✓ tomar a medicação habitual com um pouco de água caso esta não tenha sido suspensa; ✓ tomar banho completo no próprio dia e na véspera com as esponjas com cloroheixidina; ✓ trazer os exames recentes que tenha em seu poder; ✓ trazer algo que o ajude a passar melhor o tempo. ✓ no pós-operatório não ficar sozinho, tem que ter um acompanhante; <p>Informar o doente sobre as recomendações após a cirurgia, consoante o seu procedimento (preparação para a alta/retorno a casa):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de um acompanhante permanente nas primeiras 24 horas; ✓ Alívio da Dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas); ✓ Retorno às atividades de vida diária (alimentação, vestuário e atividade física) ✓ Cuidados à ferida cirúrgica; ✓ Prevenção de possíveis complicações pós-operatórias, relacionadas com o procedimento cirúrgico e anestésico. 	Enfermeira da consulta
12	Informar o doente que será contactado telefonicamente na véspera da cirurgia para confirmar o horário ao qual deve comparecer no dia da cirurgia e para relembrar as recomendações.	Enfermeira da consulta
13	Informar o doente que será contactado no dia a seguir à cirurgia para avaliação do seu estado, reforçar que deve deixar o contacto telefónico onde se vai encontrar (casa, familiar, outro), assim como após 30 dias.	Enfermeira da consulta
14	Esclarecer dúvidas ao doente/acompanhante adulto/família e reavaliar informação fornecida.	Enfermeira da consulta
15	Disponibilizar o contacto telefónico, disponível 24 horas	Enfermeira da consulta

N.º	AÇÃO	RESPONSÁVEL PELA EXECUÇÃO
CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA PEDIÁTRICA		
1	Verificar as consultas de enfermagem agendadas para o dia	Enfermeira da consulta

2	Confirmar se disponível as esponjas de cloro-hexidina para a consulta consoante o número de consultas agendadas	Enfermeira da consulta
3	Chamar o doente e encaminhá-lo à sala de entrevista de enfermagem, apresentando-se e estabelecer uma relação empática de forma a melhorar o processo comunicativo	Enfermeira da consulta
4	Apresentação do serviço, através de informação sobre espaço físico.	Enfermeira da consulta
5	Confirmar com o processo o nome do doente e o tipo e local da cirurgia.	Enfermeira da consulta
6	Proceder à recolha de informação relativa aos critérios de admissão definidos para a cirurgia de ambulatório preenchendo a avaliação inicial e o processo de enfermagem no programa SClinico.	Enfermeira da consulta
7	Se a criança não cumpre critérios de admissão da cirurgia de ambulatório informar secretário da unidade (UCA)	Enfermeira da consulta
8	Avaliar e registar sinais vitais	Enfermeira da consulta
9	Entregar o Guia do Utente UCA contendo a data da cirurgia, e livro de acolhimento pediátrico.	Enfermeira da consulta
10	Entregar esponjas de cloro-hexidina e fazer o ensino ao doente da sua utilização	Enfermeira da consulta
11	<p>Informar a criança/acompanhante adulto sobre os procedimentos do dia da cirurgia e fazer as recomendações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ é permitida a presença de apenas um dos acompanhantes no recobro podendo estrocar entre si; ✓ um dos acompanhantes tem o direito a uma refeição. ✓ usar roupa e calçado confortáveis, trazer o pijama da criança; ✓ jejum de pelo menos 6 horas; ✓ dar banho completo à criança no próprio dia e na véspera com as esponjas de cloro-hexidina ✓ trazer fraldas, biberão (se aleitamento artificial) e o leite da criança (se leite específico). ✓ trazer o brinquedo preferido da criança ou algum objeto que o acalme (por exemplo chupeta); ✓ evitar trazer joias ou adornos; ✓ evitar trazer sacos de grande volume. <p>Informar criança/acompanhante adulto sobre as recomendações após a cirurgia, consoante o seu procedimento (preparação para a alta/retorno a casa):</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Necessidade de um acompanhante permanente nas primeiras 24 horas; ✓ Alívio da Dor (medidas farmacológicas e não farmacológicas); ✓ Retorno às atividades de vida diária (alimentação, vestuário e atividade física) ✓ Cuidados à ferida cirúrgica; ✓ Prevenção de possíveis complicações pós-operatórias, relacionadas com o procedimento cirúrgico e anestésico. 	Enfermeira da consulta

12	Informar o acompanhante da criança que será contactado telefonicamente na véspera da cirurgia para confirmar o horário ao qual deve comparecer no dia da cirurgia e para relembrar as recomendações.	Enfermeira da consulta
13	Informar o acompanhante da criança que será contactado no dia a seguir à cirurgia para avaliação do seu estado, reforçar que deve deixar o contacto telefónico onde se vai encontrar (casa, familiar, outro), assim como após 30 dias.	Enfermeira da consulta
14	Esclarecer dúvidas à criança/família/acompanhante adulto e reavaliar informação fornecida.	Enfermeira da consulta
15	Disponibilizar o contacto telefónico, disponível 24 horas.	Enfermeira da consulta

BIBLIOGRAFIA:

Association of periOperative Registered Nurses. (2018). Guidelines for perioperative practice. Denver, CO: Author.

Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018).

Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. doi: 10.1016/j.jopan.2017.03.006.

Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>.

Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma 020/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>.

Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(14), 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.

Elaborado por:	Aprovado por:		Revisão	
Serviço de Cirurgia de Ambulatório	Data:	Enfermeira Diretora	Data:	30/10/2022
Carla Rego, Rafaela Figueira, Cristiana Fonseca			Revisão efetuada por:	Carina Moura, Ana Fonseca

**ANEXO II: FOLHETO INFORMATIVO ALUSIVO À
COLECISTECTOMA**

COLECISTECTOMIA
- PÓS-CIRURGIA -

Após a finalização do procedimento, o efeito da anestesia será revertido e, poderá sentir uma dor na região do abdômen, no pescoço, e a tê nos ombros.

Fique em **repouso total**, e mesmo que possa caminhar normalmente, as atividades físicas que exigem esforço deverão ser evitadas .

Nos primeiros dias após a cirurgia, **evite** uma alimentação com gorduras, fritos e bebidas alcoólicas.



Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Contactos, morada e horário da intuição hospitalar e da unidade de cirurgia de ambulatório

LOGOTIPO INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

LOGOTIPO INSTITUIÇÃO HOSPITALAR

Guia Informativo
Cirurgia da Vesícula:
Colecistectomia



Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Hospital da Senhora da Oliveira – Guimarães



FUNÇÃO DA VESÍCULA

- Ajuda na digestão das gorduras;
- Onde se encontra a bile (líquido gerado pelo fígado que é despejado pelo intestino).

COLECISTITE AGUDA

- Consiste numa inflamação da vesícula que se desenvolve em algumas horas, geralmente resultante de uma obstrução do ducto cístico por um cálculo.

COLECISTITE CRÔNICA

- Resulta de cálculos biliares (pedras na vesícula) e episódios anteriores de colecistite aguda.

SINTOMAS

- Dor no lado lateral direito do abdômen, algumas vezes acompanhada de febre, calafrios/arrepios, náuseas e vômitos.

PONTOS IMPORTANTES:

- A vesícula é um órgão importante mas não essencial;
- A sua remoção não causa grandes danos em termos de saúde, mas implica alguns cuidados na alimentação.

CUIDADOS PRÉ-OPERATÓRIOS:

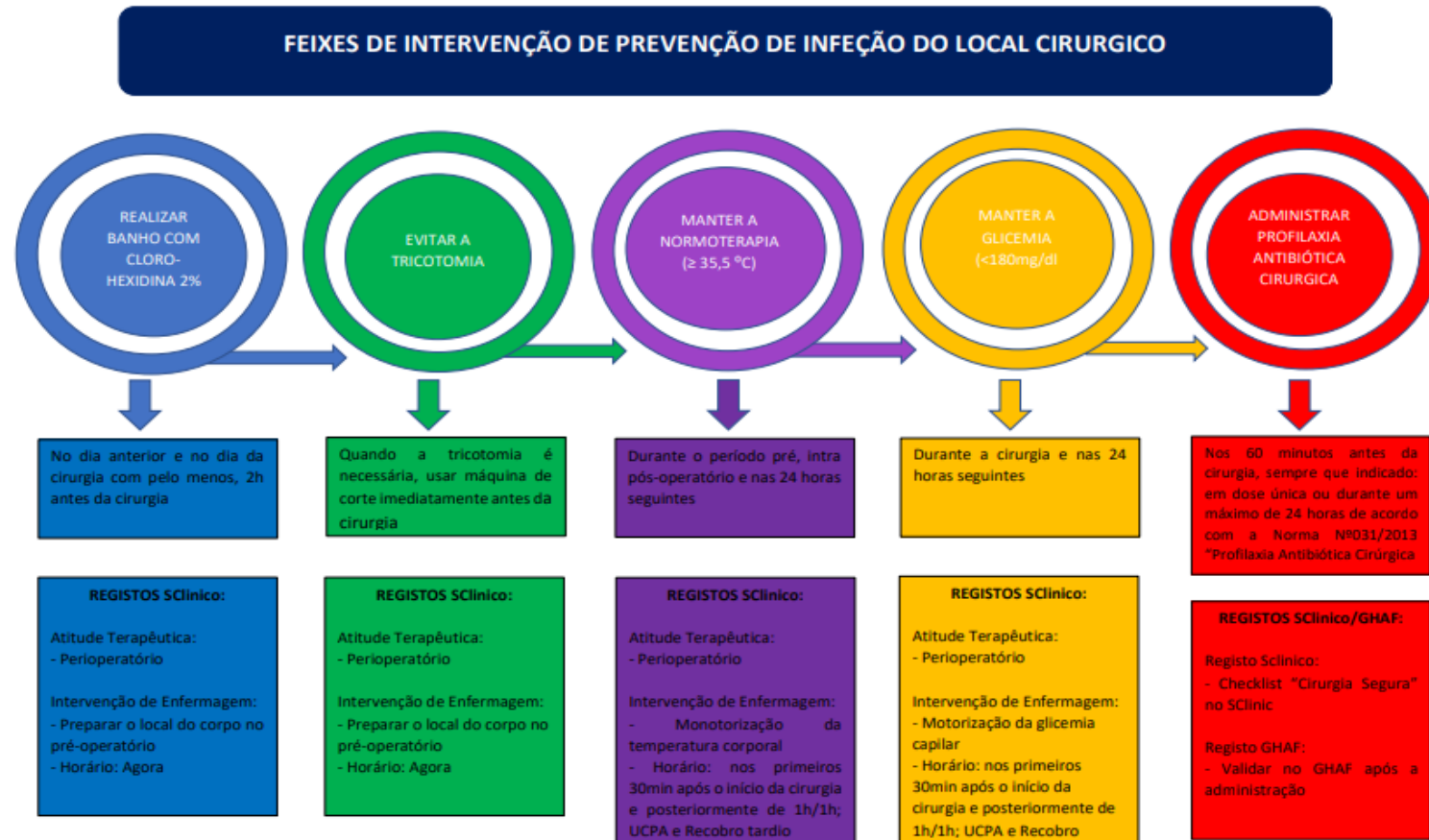
- Consulta de anestesia;
- Dieta/jejum (de acordo com a indicação na consulta de enfermagem pré-cirúrgica e/ou consulta de anestesiologia);
- Banho pré-cirúrgico – deverá ser feito com as seguintes (contém um antisséptico para desinfeção), na via para da cirurgia (toilet) e na manhã do próprio dia da cirurgia, conforme o folheto de instruções;
- Exames/Medicação de emergência – deverá trazer consigo para o hospital no dia da sua cirurgia e seguir as orientações médicas relativamente aos medicamentos que poderão ser usados durante a intervenção;
- Antes de ir para o bloco operatório deve retirar próteses (dentária, ocular) e adornos e colocar metas elásticas.

CUIDADOS PÓS-OPERATÓRIOS:

- Traga no dia da cirurgia o folheto de recomendações pós-cirurgia que lhe foi fornecido na consulta de enfermagem e entregue ao seu médico.



**ANEXO III: FLUXOGRAMA DE APOIO À TOMADA DE DECISÃO
CENTRADO NA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO**



Bibliografia:
 Norma Nº 20 de 15 de dezembro (2015). Feixes de Intervenções de Prevenção da Infecção do Local cirúrgico. Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa.
 PCIRA do Hospital Senhora Da Oliveira (2022). PRO.033.PCIRA - Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Guimarães.

**ANEXO IV: PÓSTER E CERTIFICADO DO PÓSTER NAS
JORNADAS “DESAFIOS PARA A ARTICULAÇÃO DE CUIDADOS
DE SAÚDE”**

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO



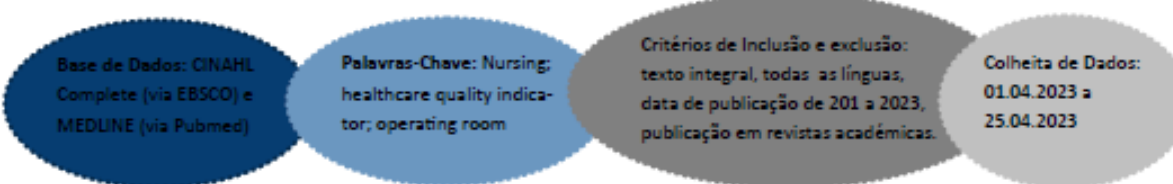
Autores: Carina Moura*; Dulce Pacheco**; Líliana Mota***

Filiações: *Enfermeira, Hospital da Senhora da Oliveira-Gulmarães, mestranda em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização enfermagem à pessoa em situação perioperatória na ESSNorteCVF; **Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Hospital da Senhora da Oliveira-Gulmarães; ***Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Enquadramento: O bloco operatório é uma unidade orgânico-funcional, onde os profissionais de saúde são altamente treinados e qualificados, exercendo a sua atividade em complementaridade e interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com o dever de corresponder às expectativas do doente cirúrgico. Neste sentido, devido à complexidade da sua atividade, o bloco operatório, é um serviço onde a atuação é necessária para a implementação de medidas definidas por indicadores e objetivos que garantam a qualidade. Os indicadores de qualidade constituem um instrumento importante na gestão das melhores práticas clínicas em enfermagem. No campo da qualidade, a enfermagem perioperatória apresenta três preocupações fundamentais: a eficiência, a segurança do doente e a gestão de eventos de crise (Wu, et al., 2017).

Objetivo: Identificar os indicadores da qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem em contexto de bloco operatório

Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura



Resultados: Foram identificados 21 artigos, que após serem submetidos à fase de apreciação e seleção (leitura de título e leitura na íntegra do artigo), foram selecionados 3 artigos.

Autores	Ano	Título	Resultados
Peres Gama, B.; Bohamol, E.	2020	Quality Measurement in the operating room: which indicators do we use?	Os indicadores mais gerenciados pelos enfermeiros foram: quantidade de cirurgias canceladas (81,6%), taxa de infeção do sítio cirúrgico (78,5%) e ocupação de salas cirúrgicas por mês (69,6%).
Gomes, J. A; et al	2020	Perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório	As melhores avaliações recaem sobre o resultado, em oposição, as avaliações mais baixas recaem sobre as dimensões da estrutura, nomeadamente, circuitos no bloco operatório, continuidade nos cuidados de enfermagem e especificidades dos grupos profissionais
Wu, Q., et al	2017	Establishing nursing sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China	Foram estabelecidos como indicadores de qualidade sensíveis à enfermagem em SO: taxas de perda de tempo de trabalho, atraso no início da cirurgia, tempo de turnover; cancelamento de cirurgias, número de cirurgias mensais; verificação dos doentes cirúrgicos, marcação do local da cirurgia, alergias e uso de antibióticos 60 min antes da incisão; e também avaliando tempo cirúrgico esperado, resultados de indicadores de esterilização, disponibilidade de instrumentos e materiais cirúrgicos e contagem de instrumentos.

Conclusão: A qualidade no bloco operatório tem sido amplamente divulgada nos últimos anos, embora mais direcionada ao risco e à segurança do doente, associadas às orientações procedidas pela OMS. O presente trabalho pretendeu identificar os indicadores sensíveis que avaliam a qualidade no bloco operatório através de uma revisão sistemática da literatura, realçando as três componentes da avaliação da qualidade: a estrutura, o processo e o resultado. A avaliação da qualidade do bloco operatório assume real importância pelo papel preponderante que o enfermeiro pode desempenhar a este nível, designadamente planeando ações melhoria para a qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Referências Bibliográficas :



JORNADAS
"desafios para a articulação
de cuidados de saúde"
12 maio 2023



Certificado de Participação

Exposição de Posters

Certifica-se que

Carina Moura, Dulce Pacheco e Liliana Mota

participou/participaram na **Exposição de Posters das "Jornadas: Desafios para a articulação de cuidados de saúde"**, realizada pelo Hospital da Senhora da Oliveira Guimarães, no dia 12/05/2023, no Centro Cultural Vila Flor em Guimarães, como autor(es) do poster intitulado por **"Avaliação da Qualidade no Bloco Operatório"**.

Pela Comissão Organizadora,

Ana Luísa Bastos



**ANEXO IV: GUIÃO DE VÍDEO E DECLARAÇÃO DE
CONSENTIMENTO PARA RECOLHA DE IMAGENS**

GUIÃO PARA VIDEO "CIRCUITO DO DOENTE CIRURGICO"

1. Imagem inicial do Hospital e o título do vídeo;
2. Imagem do utente a receber a mensagem com a marcação da consulta;
3. A entrada do edifício da consulta externa II onde cai ser realizada a consulta pré-operatória;
4. Efetivar a consulta no secretariado para a consulta pré-operatória;
5. Sala de espera da consulta pré-operatória;
6. Chamada do doente e consulta pré-operatória:
 - ver os parâmetros vitais
 - ensino da realização do banho com as esponjas
 - entrega do guia e dos folhetos
7. Chamada telefónica no dia anterior a confirmar a hora da cirurgia;
8. Dia da Cirurgia:
 - Admissão do doente no secretariado e colocação da pulseira de identificação
 - Utente na sala de espera com o acompanhante até à chamada pela equipa de enfermeiro e auxiliar para realizar o acolhimento e preparação para a cirurgia;
 - Imagem do utente na sala;
 - Imagem do utente a ser transferido para o recobro;
 - Alta de doente do recobro, se alta no mesmo dia;
 - Transferência do doente do recobro para o recobro tardio;
 - Alta do doente do recobro tardio;
9. Imagem dos contactos pós-operatórios das 24h e 30 dias

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

PEDIDO DE AUTORIZAÇÃO PARA RECOLHA DE IMAGENS

Exmo (a) Sr.(ª),

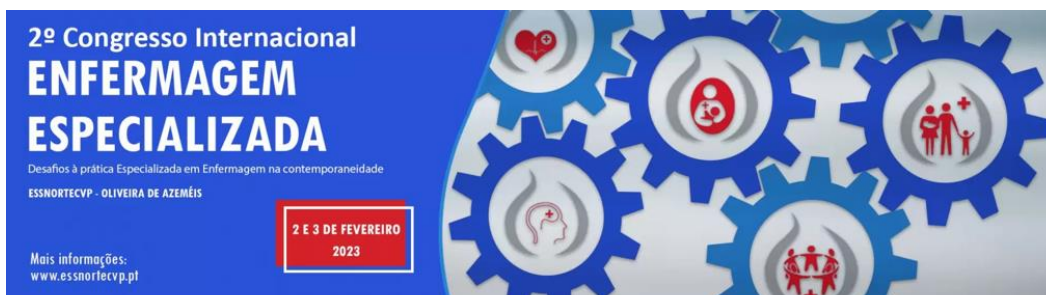
Eu, Carina Liliana Costa Moura, aluna do Mestrado Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa do Norte, em estágio no serviço da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital da Senhora da Oliveira, solicito a sua autorização para a recolha da sua imagem (fotografia e vídeo), no âmbito da atividade que irei desenvolver sobre com o Tema "Circuito do Doente Cirúrgico" com o objetivo de transmitir informações importantes sobre aspetos e procedimentos inerentes à cirurgia. As imagens e vídeos realizados servirão unicamente para fins profissionais e para o presente projeto, garantindo o seu anonimato e privacidade assegurada. Os dados de imagem serão armazenados de forma confidencial.

Eu, _____, pessoa singular titular de dados pessoais declaro **para os devidos efeitos autorizar** por minha livre, específica e informada vontade, a captação, tratamento e respetiva difusão da imagem própria, apenas para os fins anteriormente indicados. Sei que posso recusar-me a participar ou interromper a qualquer momento a participação neste projeto, sem nenhum tipo de penalização por este facto. Compreendi a informação que me foi dada, tive oportunidade de fazer perguntas e as minhas dúvidas foram esclarecidas.

Guimarães, _____ de _____ de _____

(Assinatura)

**ANEXO V: APRESENTAÇÃO E CERTIFICADO DA
COMUNICAÇÃO LIVRE NO 2º CONGRESSO DE ENFERMAGEM
ESPECIALIZADA**



Procedimento da Consulta de enfermagem pré-operatória: Projeto de Melhoria Contínua

Autores: Carina Moura
Liliana Mota



2ª Conferência Internacional de Enfermagem Especializada
2er Congreso Internacional de Enfermería Especializada
2nd International Conference of Specialized Nursing

Objetivos:

- Refletir sobre as práticas de enfermagem na consulta pré-operatória;
- Apresentar um projeto de melhoria neste âmbito.

Enquadramento:

A cirurgia ambulatória é um modelo organizativo que possibilita a realização de procedimentos cirúrgicos, em contexto de ambulatório, com a admissão e a alta clínica do utente no mesmo dia (ERS, 2008).

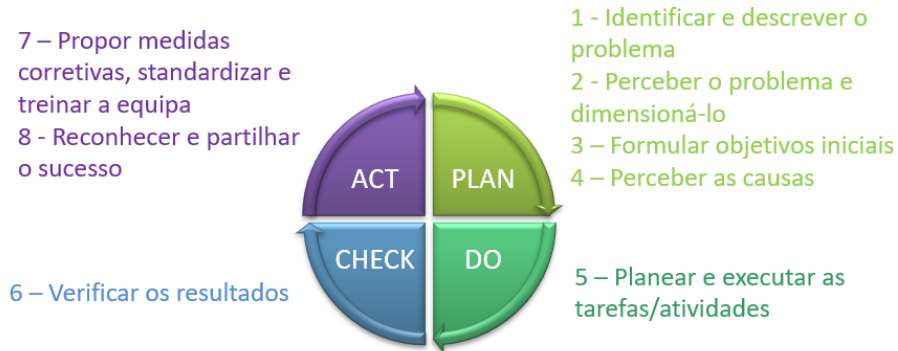
De acordo com dados apresentados por Mestre (2019), em 2018 as cirurgias de ambulatório representaram 65,5% do total de cirurgias realizadas no SNS, comparativamente com os 49,5% no ano de 2010 ou cerca de 10% no ano de 2000.

“No âmbito da atuação do enfermeiro em cirurgia de ambulatório, a consulta de enfermagem é uma prática essencial para garantir os cuidados de enfermagem de excelência, tanto no período pré-operatório, como no período pós-operatório” (Cardante, 2020, p.11).



METODOLOGIA

Ciclo PDCA ou de Deming (Plan; Do; Check; Act), com a utilização da adaptação deste ciclo em oito fases, proposta por Pedro Salvada (OE, 2013).



METODOLOGIA



1 - Identificar e descrever o problema

Os utentes apresentam sinais de stress e ansiedade no momento da consulta de enfermagem pré-operatória.

2 - Perceber o problema e dimensioná-lo

Há evidência do benefício de intervenções educacionais no período pré-operatório (CooKe, et al., 2016) e disponibilizar informação é uma das estratégias através das quais os profissionais de saúde ajudam o utente a lidar com o medo e as preocupações face à cirurgia (Guo, 2015).

3 – Formular objetivo inicial

Operacionalizar o procedimento da consulta pré-operatória para capacitar o doente sobre o conhecimento relativamente ao procedimento cirúrgico e à sua recuperação.

4 – Perceber as causas

Diferentes dinâmicas de trabalho;

Estados de stress e ansiedade por parte do utente aquando a consulta, o que dificulta o processo de comunicação.

METODOLOGIA

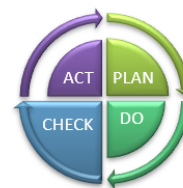


5 – Planear e executar as tarefas/atividades:

Atualização do protocolo da consulta pré-operatória;
Realização de um vídeo a demonstrar o circuito do doente em contexto de ambulatório com início na consulta de enfermagem pré-operatória e término nos contactos telefónicos das 24 horas e 30 dias pós-cirurgia;
Formar a equipa de enfermagem;
Operacionalizar o protocolo da consulta pré-operatória.

6 – Verificar os resultados

Realização de inquéritos de satisfação aos utentes no momento da alta hospitalar sobre a qualidade da informação fornecida durante a consulta de enfermagem



METODOLOGIA



7 – Propor medidas corretivas, standardizar e treinar a equipa

Após a avaliação dos inquéritos dos utentes, rever o protocolo da consulta de enfermagem pré-operatória se necessário;
Formar e treinar os membros da equipa de enfermagem consoante os resultados;

8 - Reconhecer e partilhar o sucesso

Partilhar todo o processo de melhoria continua com toda a equipa de enfermagem.

CONCLUSÃO

O presente projeto de melhoria é relevante e o vídeo é um recurso tecnológico de ensino a ser utilizado pela equipa do perioperatório na consulta de enfermagem pré-operatória e na sala de espera da admissão.

Destaca-se a necessidade de investigação da efetividade da utilização do vídeo na melhoria da percepção do doente de todo o percurso/processo inerente à realização da sua cirurgia.



7

Vídeo



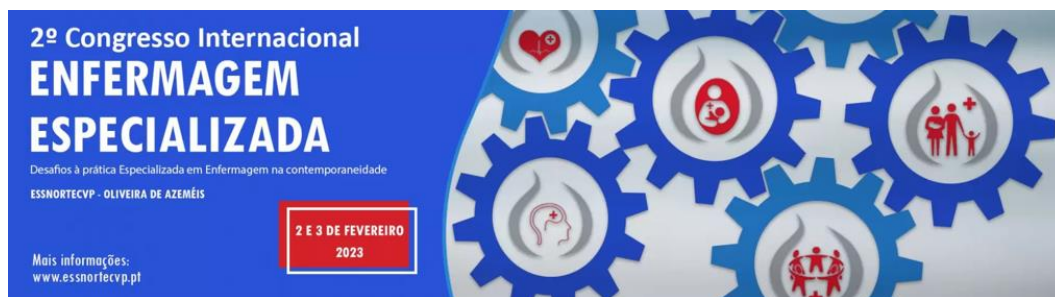
8

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Association of periOperative Registered Nurses. (2018). Guidelines for perioperative practice. Denver, CO: Author.
- Bayraktar, N., Berhuni, O., Berhuni, M. S., Zeki, O., Sener, Z. T., & Sertbas, G. (2018). Effectiveness of Lifestyle Modification Education on Knowledge, Anxiety, and Postoperative Problems of Patients With Benign Perianal Diseases. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 33(5), 640-650. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2017.03.006>.
- Breda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência, Série 5(5)*, Artigo e20088. <https://doi.org/10.12707/RV20088>.
- Cardante, S. (2020). Consulta de enfermagem pré-operatória e de Follow-up em cirurgia de ambulatório: a perspetiva dos enfermeiros. [Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto. Reportório da RCAAP. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34037/1/Disserta%20A7%20A3o_Sandra%20Cardante.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2015). Norma 020/2015. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0202015-de-15122015-pdf.aspx>.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2008). Estudo sobre qualidade da cirurgia de ambulatório. Porto. ERS.
- Gonçalves, M. A., Cerejo, M. D., & Martins, J. C. (2017). A influência da informação fornecida pelos enfermeiros sobre a ansiedade pré-operatória. *Revista de Enfermagem Referência, Série 4(14)*, 17-26. <https://doi.org/10.12707/RIV17023>.
- Mestre, R. (2019). Cirurgia de ambulatório, hospitalização domiciliária e o reforço do SNS. *Jornal Público*. <https://www.publico.pt/2019/05/31/sociedade/opiniao/cirurgia-ambulatoriohospitalizacao-domiciliaria-reforco-sns-1874805>
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guião para elaboração de projetos de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem - programa padrões de qualidade. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documentos/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>



9



Procedimento da Consulta de enfermagem pré-operatória: Projeto de Melhoria Contínua

Autores: Carina Moura
Liliana Mota

clcmoura@gmail.com





Certificado

Certifica-se que:

Carina Líliana Moura

apresentou a **Comunicação Livre “Procedimento da consulta de enfermagem pré-operatória: projeto de melhoria contínua”** dos autores: **Carina Líliana Moura e Líliana Mota**, no **2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade**, no dia 02 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESS+ Norte CVP


(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora


(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



**ANEXO VI: APRESENTAÇÃO E CERTIFICADO DE
COMUNICAÇÃO LIVRE NA IV CONFERÊNCIA INTERNATIONAL
DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE**



Prevenção da infeção do local cirúrgico da pessoa submetida a cirurgia ortopédica: scoping review

Autores: Carina Moura
Liliana Mota



VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde
VI International Conference of Health Research
VI Conferencia Internacional de Investigación en Salud

Objetivo

- Mapear a evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro perioperatório na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) da pessoa submetida a cirurgia ortopédica.

Enquadramento

- Os procedimentos cirúrgicos, nomeadamente, em ortopedia, implicam riscos e eventuais complicações pós-cirúrgicas. Uma das complicações mais recorrentes é a ILC, uma infeção responsável pelo aumento do tempo de recuperação, o que implica o prolongamento do tempo de internamento e dos custos associados, bem como, se necessário procedimentos cirúrgicos adicionais.
- É da responsabilidade do enfermeiro perioperatório promover um ambiente seguro, intervindo na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos (OE, 2018).



2

Metodologia

- Scoping Review seguindo as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI):
 - População (enfermeiros perioperatórios),
 - Conceito (estudos que retratem as intervenções do enfermeiro perioperatório para a prevenção da local cirúrgico)
 - Contexto (estudos em cirurgia ortopédica)
- Base de Dados
 - CINAHL Complete (via EBSCO), MEDLINE (via PUBMED), COCHRANE, Scielo, LILACS; literatura cinza foi pesquisada em RCAAAP
- Os estudos incluídos não têm limite temporal e foram consideradas todas as línguas.

Resultados

A pesquisa identificou inicialmente 27 estudos potencialmente relevantes. Destes, 4 foram excluídos por serem duplicados; dos restantes 23 estudos, 15 foram excluídos após avaliação do título e resumo; resultando em 8 que foram incluídos por cumprirem os critérios de elegibilidade

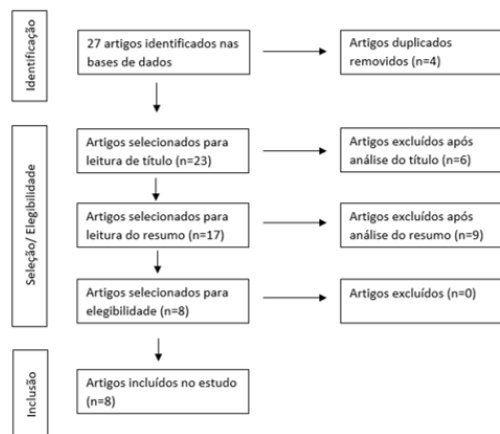


Figura 1: Prisma

Resultados

- As principais reflexões destes artigos centram-se em três temáticas:
 - Na implementação das bundles na qual se pode verificar uma redução da taxa de ocorrência de ILC;
 - Nas intervenções do enfermeiro durante o período intraoperatório e como estas influenciam na prevenção da ILC;
 - Nos fatores de risco endógenos (Idade e doenças crónicas) e exógenos (ambiente cirúrgico) que têm uma associação no desenvolvimento de ILC.

Discussão

- Durante a realização deste estudo verificaram-se dificuldades e limitações relacionadas com o número de trabalhos científicos publicados acerca do tema definido, pelo que a discussão se focaliza basicamente na interpretação dos artigos selecionados.
- Martins e Fernandes (2019), concluíram que a implementação das *bundles* tornou-se bastante relevante na diminuição da infeção, nomeadamente na infeção do local cirúrgico.
- Entre os feixes ou *bundles* de prevenção da ILC, na maioria dos artigos selecionados é referenciada a importância da preparação rigorosa da pele, isto é, o protocolo do banho pré cirúrgico, na redução das ILC.

Discussão

- Garcia e Oliveira (2020) referem que as boas práticas na esterilização do instrumental cirúrgico, o uso de luvas dupla e o seu intervalo de troca, e ainda vigilância do paciente após a alta hospitalar podem influenciar a redução das infeções.
- Intervenções no sentido de limitar o movimento excessivo e o tráfego de profissionais na sala cirúrgica podem levar a reduções nas ILC (Pokrywka e Byers, 2013). Em contexto intraoperatório, é da responsabilidade do enfermeiro circulante da sala cirúrgica realizar este controlo.
- As medidas adotadas pelos os enfermeiros, para identificar os riscos e prevenir ou minimizar esses riscos de infeção, são fundamentais para uma prestação informada e segura dos cuidados prestados (Silva, 2014).

Conclusão

- As intervenções do enfermeiro perioperatório na prevenção da do local cirúrgico da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, diminuem não só o risco de infeção, mas também previnem outras complicações futuras, centrando-se na implementação de *bundles*;
- Atendendo a intervenção no período intraoperatório associado ao ambiente cirúrgico, a ação deve ter por base fatores endógenos à pessoa submetida à cirurgia ortopédica.
- Relativamente a futuros estudos salienta-se a importância da realização de mais estudos de cariz quantitativo e qualitativo, acerca das intervenções de enfermagem inerentes a esta temática.

Referências Bibliográficas

- Garcia, T. F., & Oliveira, A. C. (2020). Índice Autorreferido Pela Equipe De Ortopedia Sobre a Prevenção De Infecção Do Sítio Cirúrgico. *Enfermagem Em Foco*, 11(2), 18–24. <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2020.v11.n2.2161>
- Graling, P. R., & Vasaly, F. W. (2013). Effectiveness of 2% CHG cloth bathing for reducing surgical site infections. *AORN Journal*, 97(5), 547–551. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.02.009>
- Joanna Briggs Institute. 2015. The Joanna Briggs Institute reviewers' manual 2015: methodology for JBI scoping reviews. Adelaide: Joanna Briggs Institute.
- Martins, M., & Fernandes, A. (2019). Implementação de bundles na prevenção da infecção após prótese total da anca. *Revista de Enfermagem Referência*, serIV(21), 101-109. <https://doi.org/10.12707/RIV18051>
- Markström, I., Bjerså, K., Bachrach-Lindström, M., Falk-Brynhildsen, K., & Hollman Frisman, G. (2020). Operating room nurses' experiences of skin preparation in connection with orthopaedic surgery: A focus group study. *International Journal of Nursing Practice*, 26(5), e12858. <https://doi.org/10.1111/ijn.12858>
- Munn Z, Stern C, Aromataris E, Lockwood C, Jordan Z. (2018). What kind of systematic review should I conduct? A proposed typology and guidance for systematic reviewers in the medical and health sciences. *BMC Med Res Methodol*, 18(5).
- Ribeiro, J. C., Santos, C. B. dos, Bellusse, G. C., Rezende, V. da F., & Galvão, C. M. (2013). Occurrence and risk factors for surgical site infection in orthopedic surgery. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 353–359.
- Pokrywka, M., & Byers, K. (2013). Traffic in the operating room: a review of factors influencing air flow and surgical wound contamination. *Infectious Disorders Drug Targets*, 13(3), 156–161. <https://doi.org/10.2174/1871526511313030002>
- Santos, P., Santana, K., Cariri, L., Jesus, K., Nogueira, E., Brito, F. (2017). Infecção do sítio cirúrgico em pacientes no pós-operatório de cirurgias ortopédicas eletivas. ISSN2316-3313 E-ISSN2316-3798 DOI - 10.17564/2316-3798.2017v5n2p71-79
- Silva, T. M. (2014). Intervenções do enfermeiro perioperatório para a prevenção da infecção do local cirúrgico durante o período intraoperatório. *Percurso*, nº 30.
- WHO. (2018). Preventing surgical site infections: implementation approaches for evidence-based recommendations. Geneva: World Health Organization. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO
- Zhong, H., Zhou, L., Liao, S., Tang, J., Yue, L., Mo, M., & Zhong, Y. (2022). Effects of a fixed nurse team in the orthopaedic surgery operating room on work efficiency and patient outcomes: a propensity score-matched historically controlled study. *BMC Nursing*, 21(1), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01027-5>



9



Prevenção da infecção do local cirúrgico da pessoa submetida a cirurgia ortopédica: scoping review

Autores: Carina Moura
Liliana Mota

clcmoura@gmail.com






Certificado


Certifica-se que a Comunicação Oral *“Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico da Pessoa Submetida a Cirurgia Ortopédica: Scoping Review”* da autoria de Carina Moura e Liliana Mota foi apresentada por Carina Moura na *“VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração”* realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Mota

Organização:



**ANEXO VII: PÓSTER E CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE
EM FORMA DE PÓSTER NO CONGRESSO INTERNACIONAL DO
CONTROLO DE INFEÇÃO**



A Terapia de Pressão Negativa na Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico

Autores: Carina Liliana Costa Moura*, Vânia Alexandra Neto Pereira**, Liliana Andreia Neves da Mota***

Filiação: *Enfermeira, Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães, mestranda em Enfermagem médico- cirúrgica na área de especialização enfermagem à pessoa em situação perioperatória na ESSNorteCVP, clcmoura@gmail.com; **Enfermeira, Hospital da Senhora da Oliveira-Guimarães, mestranda em Enfermagem médico- cirúrgica na área de especialização enfermagem à pessoa em situação perioperatória na ESEP, vanianetopereira@gmail.com; ***Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, liliana.mota@essnortecvp.pt

A TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

INTRODUÇÃO

O aumento da complexidade das cirurgias ortopédicas aliado a procedimentos e novas tecnologias que permitem procedimentos cirúrgicos em utentes com maior risco de complicações do local cirúrgico, têm contribuído para a crescente complexidade das feridas cirúrgicas (Sandy-Hodgetts et al, 2020). O uso da terapia de pressão negativa (TPN) é utilizada como medida profilática de complicações do local cirúrgico, sendo esta colocada sobre incisões cirúrgicas limpas e fechadas imediatamente após a cirurgia.

OBJETIVO

Verificar o benefício da utilização da terapia de pressão negativa na prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) na cirurgia ortopédica.

METODOLOGIA

Revisão sistemática da Literatura

Base de Dados: CINAHL Complete (via EBSCO) e MEDLINE (via Pubmed)
Palavras-chave: Terapia de pressão negativa, infeção do local cirúrgico, cirurgia ortopédica
Critérios de inclusão e exclusão: texto integral, todas as línguas, data de publicação de 2018 a 2023, publicação em revistas académicas.
Colheita de dados: 10.02.2023 e 2.03.2023

PRISMA FLOW

- Identificação: Artigos identificados: (31) → Artigos excluídos: Duplicados (5)
- Seleção: Artigos incluídos: (26) → Artigos excluídos: Após leitura do título e resumo: (12)
- Inclusão: Artigos incluídos: (15) → Artigos excluídos: Após leitura do texto integral: (9)
- Inclusão: Artigos incluídos para análise: (6)

RESULTADOS E DISCUSSÃO

PROMOVE CICATRIZAÇÃO

DIMINUI

ILC, EDEMA, SEROMA, DEISCÊNCIA, REINTERVENÇÃO CIRÚRGICA

CONCLUSÃO

A TPN tem um impacto direto positivo na vertente clínica e económica nos cuidados de saúde ao utente, nomeadamente do foro ortopédico, tornando-se um método altamente eficaz.

Autores

Resultados

Cooper et al, 2022: Nos utentes submetidos a ATA por via anterior, considerados de alto risco para o desenvolvimento de complicações inerentes à cirurgia, verificou-se uma tendência pouco significativa na diminuição da ocorrência de complicações da ferida cirúrgica e uma redução significativa do aparecimento de infeções superficiais do local cirúrgico na utilização de TPN.

Helito et al, 2020: A utilização de TPN em utentes submetidos a ATI diminui o surgimento de complicações da ferida cirúrgica nomeadamente, hiperemia, deiscência da sutura e necrose. Consequentemente, diminui a probabilidade de reintervenção cirúrgica.

Kim et al, 2020: A TPN pode ser uma solução para a diminuição das complicações da ferida cirúrgica e da infeção do local cirúrgico nos utentes com comorbilidades de alto risco, nas ATA e ATI.

Uma et al, 2020: A TPN é um método eficaz na redução do edema e da dor pós-operatória, e facilita a recuperação precoce do tornozelo e da função articular na cirurgia de trauma.

Qui-Chun et al, 2022: A TPN reduz significativamente a incidência de ILC, deiscência da sutura e taxa de reintervenção cirúrgica nos utentes obesos submetidos a artroplastia total do joelho (ATJ).

Wang et al, 2022: A TPN diminui o aparecimento de hematomas e seromas, nomeadamente na Artroplastia total da anca (ATA) e na ATI favorecendo uma melhor cicatrização da ferida e diminuindo o risco de infeção da mesma. O uso de TPN, por vezes, provoca em alguns utentes o aparecimento de "bolhas" na pele.

↓ CUSTOS EM SAÚDE

BIBLIOGRAFIA

Carina Moura

133



Certificado

Certifica-se que Carina Liliana Moura, Vânia Alexandra Pereira, Liliana Andreia Mota, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, A TERAPIA DE PRESSÃO NEGATIVA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO NA CIRURGIA ORTOPÉDICA**, no Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2023, que se realizou On-Line, nos dias 30 e 31 de março de 2023.

Porto, 03 de abril de 2023

A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira

O Diretor da Entidade Formadora
José Morais



**ANEXO VII: FICHAS CIRÚRGICAS DE PROCEDIMENTOS
ORTOPÉDICOS**

<p>Logotipo da Instituição Hospitalar</p>	<p>PROCEDIMENTO</p>	<p>Código: Data Elaboração: 23/02/2023 Edição: 01 Revisão: 00</p>
<p>PROTOCOLOS DE ORTOPEdia</p>		
<p>ÂMBITO: Bloco Operatório</p>		
<p>FICHA CIRÚRGICA DA PRÓTESE TOTAL DA ANCA</p>		

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

A prótese total da anca é uma cirurgia através da qual a cartilagem e o osso da anca são substituídos por materiais artificiais – próteses.

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Mobilizada consoante necessidade cirúrgica

Equipamentos:
Gerador de eletrocoagulação
Consola Motor ou bateria

3. TIPO DE ANESTESIA

Anestesia loco regional

4. POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Decúbito lateral com anca a ser submetida ao procedimento cirúrgico volte-face para cima, com recurso a apoios de marquesa

Posicionamento da equipa cirúrgica:
Cirurgião principal – lado do membro a ser operado
1º ajudante – sentido contrário ao cirurgião principal
2º ajudante – ao lado do cirurgião principal
Instrumentista - ao lado do 1º ajudante/sentido contrário ao cirurgião principal

FICHA CIRÚRGICA

Código:
Edição:

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Caixa de PTA;
Punho reutilizável alta resistência para Excalibur (232800066) SOS;
2 Cápsulas;
Motor;
Material específico PTA consignado e residente;

6. MATERIAL CONSUMIVÉL

1 Campo auto-adesivo 150 x 175cm (210300035)
1 Premeira impermeável elástica pequena 17x76cm (210500044) SOS
3 Batas esterilizadas reforçada descartável (290300011); 1 Bata esterilizada standard (290300088)
1 Campo para mesa de instrumentos 100x150cm (210300002)
2 Campo para mesa de instrumentos reforçado 150x190 cm (210300001)
1 Campo para artroplastia da anca em U (210300023);
1 Trouxa cirúrgica universal (290300023);
8 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril 40x50cm (210100029)
10 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril.10x10cm (210100027)
2 Ligaduras elásticas de 15cm (210500009);
Eléctrodo retorno c/bisturi eléctrico stand adulto (240400009);
2 Lâminas de bisturi esterilizada nº23 (220800008);
2 Coberturas descartáveis para candeeiro (2900300015);
1 Seringa irrecuperavel 3pçs 100cc (230100017);
1 Dreno redon ch 14 50cm (231800021);
1 Sistema de drenagem auto-aspiração ativa de 600cc (233000011);
1 Cânula de Yankaeur® (231200003);
1 Tubo aspiração 280cm (232000014);
2 Penso pós-oper. Hipoal.transp. absorv.imp.40x42cm (210300032)
1 Sistema de lavagem e aspiração p/prótese do joelho (231600042) SOS;
3 Penso pós-oper.hipoal.transp.absorv.imp. 15,5x8.5cm (210300016);

Se mulher/ou indicação medica

1 Fixador de perna adesivo para cateter foley universal (232900751) SOS;
1 Lidocaína + Clorohexidina gel 11ml (110202035) SOS;
1 Algalia Foley 2 vias com balão 10cc ch 18 (231400005) SOS;

No caso de ser cimentada

2 Cimentos para prótese com gentamicina (270200345);
2 Misturadora de cimento simples (270200341);
1 Dreno redon ch 14 50x15cm (231800031)

7. MÁQUINAS DE SUTURA AUTOMÁTICA

Não aplicável

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

8. FIOS DE SUTURA

2 Sutura sint. absor.multif. 1 ag.lanc. 1/2, 40mm (220500036)
2 Sutura sint. absor.multif. 2 ag.lanc. 1/2, 48mm (220500006)
1 Máquina para sutura de pele (220100014)

9. DURAÇÃO PREVISTA

Duração aproximada de 90-120 minutos

10. PERDAS SANGUINEAS ESTIMADAS

Perdas aproximadas de 200 ml

11. DESINFEÇÃO PELE E MUSOSAS/LAVAGEM INTERNA DE TECIDOS

Iodopovidona solução alcoólica (110111010)
Iodopovidona solução espuma (110111011)
Soro de lavagem (111301061)

12. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Profilaxia antibiótica segundo peso ajustado – Cefazolina, exceto se o doente for alérgico a cefalosporinas

13. PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA

Aplicável, com indicação médica

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

14. PENSO CIRÚRGICO

Penso cirúrgico simples: penso pós-oper. hipoal. transp. absorv. imp. 15,5x8.5cm reforçado com compressa e adesivo

15. ANATOMIA PATOLÓGICA

Não aplicável

16. DRENOS

Dreno aspirativo tipo redivac n. °14 em drenagem para frasco coletor de 600 ml na anca operada

17. RISCOS ASSOCIADOS

Tromboflebite; luxação da prótese/implantes; Rejeição dos implantes; Infecção.

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO I – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Procedimento: Artroplastia total da anca, LINK

Decúbito lateral sob anestesia loco regional;

Limpeza, desinfecção e colocação de campos operatórios;

Abordagem póstero-lateral da anca;

Progressão por planos e Osteotomia do colo;

Preparação femoral;

Preparação acetabular;

Colocação de cup não cimentada e respetivo polietileno displásico;

Colocação de haste não cimentada;

Colocação de cabeça, colo curto, standard ou lateralizada;

Verificação da estabilidade dos componentes, revisão de hemóstase e encerramento por planos com fio de sutura cirúrgica multifilamentar absorvível;

Colocação de dreno aspirativo;

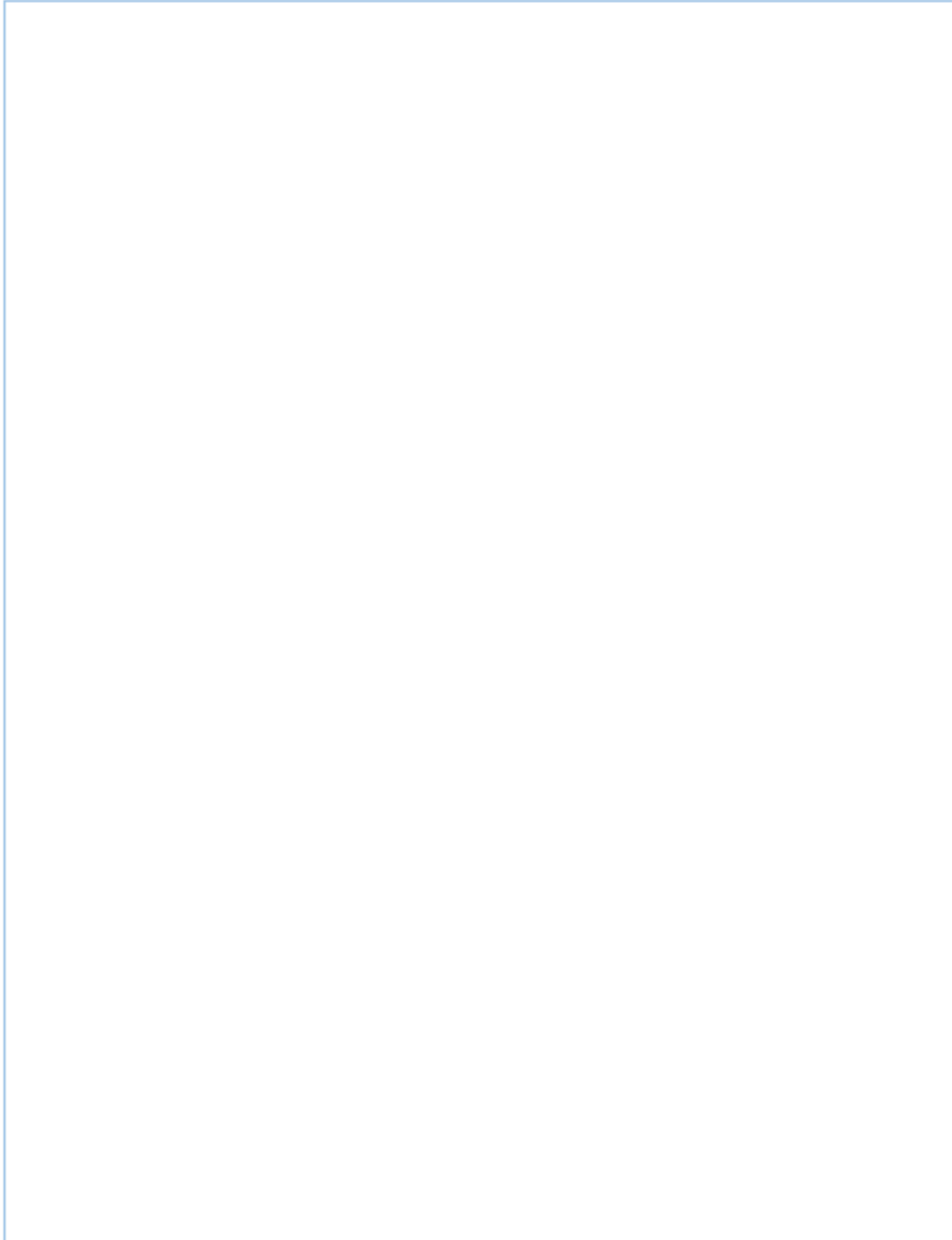
Encerramento da pele com agrafos;

Realização de penso adequado.

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO II – FOTO DA ORGANIZAÇÃO DA SALA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO III – FOTO POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO IV – FOTO DA MESA CIRÚRGICA



<p>Logotipo da Instituição Hospitalar</p>	<p>PROCEDIMENTO</p>	<p>Código: Data Elaboração: 23/02/2023 Edição: 01 Revisão: 00</p>
<p>PROTOSCOLOS DE ORTOPEDIA</p>		
<p>ÂMBITO: Bloco Operatório</p>		
<p>FICHA CIRÚRGICA DA PRÓTESE TOTAL DO JOELHO</p>		

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

A prótese total/ artroplastia do joelho é uma intervenção cirúrgica em que se substitui as superfícies articulares desgastadas do fêmur, tibia e muitas vezes da rótula. São colocados componentes metálicos e de polietileno de alta densidade em lugar das superfícies da articulação danificadas e dolorosas.

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Mobilizada consoante necessidade cirúrgica

Equipamentos:
Gerador de eletrocoagulação
Consola do motor ou bateria
Garrote pneumático e braçadeira

3. TIPO DE ANESTESIA

Raquianestesia

4. POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Decúbito dorsal, com recurso a apoios de marquesa para elevar o joelho

Posicionamento da equipa cirúrgica:
Cirurgião principal – lado do membro a ser operado
1º ajudante – sentido contrário ao cirurgião principal
2º ajudante – ao lado do cirurgião principal
Instrumentista – ao lado do 1º ajudante/sentido contrário ao cirurgião principal

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Caixa de osteossíntese do fêmur;
Punho reutilizável alta resistência para Excalibur (232800086) SOS;
1 Capsulas;
Motor;
Material específico PTJ consignado e residente;
1 Caixa de Osteotomias;

6. MATERIAL CONSUMIVÉL

1 Campo impermeável para artroscopia (210300015);
3 Campo para mesa de instrumentos reforçado 150x190 cm (210300001)
1 Campo para mesa de instrumentos 100x150cm (210300002)
1 Bata esterilizada standard (290300088);
3 Batas esterilizadas reforçada descartável (290300011);
1 Premeira impermeável elástica pequena 17x76cm (210500044)
1 Campo autoadesivo 150 x 175cm (210300035)
8 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril 40x50cm (210100029);
10 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont.estéril. 10x10cm (210100027);
3 Ligaduras elásticas de 15cm (210500009);
3 Ligaduras de algodão de 15cm (210500002);
1 Eléctrodo retorno c/bisturi eléctrico stand adulto (240400009);
2 Lâminas de bisturi esterilizada nº23 (220800008);
2 Coberturas descartáveis para candeeiro (2900300015);
1 Seringa irrecuperável 3pçs 100cc (230100017);
1 Dreno redon chn°14 de 50cm (231800021);
1 Sistema de drenagem auto-aspiração ativa de 600cc (233000011);
1 Cânula de Yankaeur® (231200003);
1 Tubo aspiração 280cm (232000014);
1 Cimento para prótese com gentamicina (270200345);
1 Misturadora de cimento simples (270200341);
2 Penso pós-oper. Hipoal.transp. absorv.imp.40x42cm (210300032)
1 Sistema de lavagem e aspiração p/prótese do joelho (231800042) SOS;
2 Penso pós-oper.hipoal.transp.absorv.imp.15,5x8.5cm (210300016);

Se indicação médica

1 Fixador de perna adesivo para cateter foley universal (232900751) SOS;
1 Lidocaína + Cloro-hexidina gel 11ml (110202035) SOS;
1 Algália Foley 2 vias com balão 10cc ch nº16 (231400005) SOS;

7. MÁQUINAS DE SUTURA AUTOMÁTICA

Não aplicável

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

8. FIOS DE SUTURA

2 Sutura sint. absor.multif.1 ag.lanc.1/2, 40mm (220500036)
2 Sutura sint. absor.multif.2 ag.lanc.1/2, 48mm (220500008)
1 Máquina para sutura de pele (220100014)

9. DURAÇÃO PREVISTA

Duração aproximada de 90-120 minutos

10. PERDAS SANGUINEAS ESTIMADAS

Perdas aproximadas de 50 ml

11. DESINFEÇÃO PELE E MUSOSAS/LAVAGEM INTERNA DE TECIDOS

Iodopovidona solução alcoólica (110111010)
Iodopovidona solução espuma (110111011)
Soro de lavagem (111301061)

12. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Profilaxia antibiótica segundo peso ajustado – Cefazolina, exceto se o doente for alérgico a cefalosporinas

13. PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA

Aplicável, com indicação médica

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

14. PENSO CIRÚRGICO

Penso cirúrgico simples: penso pós-oper. hipoal. transp. absorv. imp. 15,5x8.5cm reforçado com compressa e adesivo

15. ANATOMIA PATOLÓGICA

Não aplicável

16. DRENOS

Dreno aspirativo tipo redivac n. °14 em drenagem para frasco coletor de 600 ml no joelho operado

17. RISCOS ASSOCIADOS

Infeções; tromboembolismos membros inferiores; rejeição dos implantes; lesão neurovascular; dor intensa e persistente

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO I – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Procedimento: PTJ, MultiGen Plus, Lima Corporate

Doente em decúbito dorsal sob raquianestesia e garrote na raiz do membro inferior a ser operado;

Limpeza, desinfecção e colocação de campos operatórios;

Incisão longitudinal sobre o joelho e progressão parapatelar interna;

Rebatimento do VI;

Luxação externa da rótula;

Realização de tempo femoral;

Realização de tempo tibial;

Colocação de polietileno;

Colocação de componente rotuliano;

Realização de provas;

Lavagem abundante com soro fisiológico;

Colocação de componentes definitivos cimentados;

Revisão hemostática e colocação de dreno aspirativo;

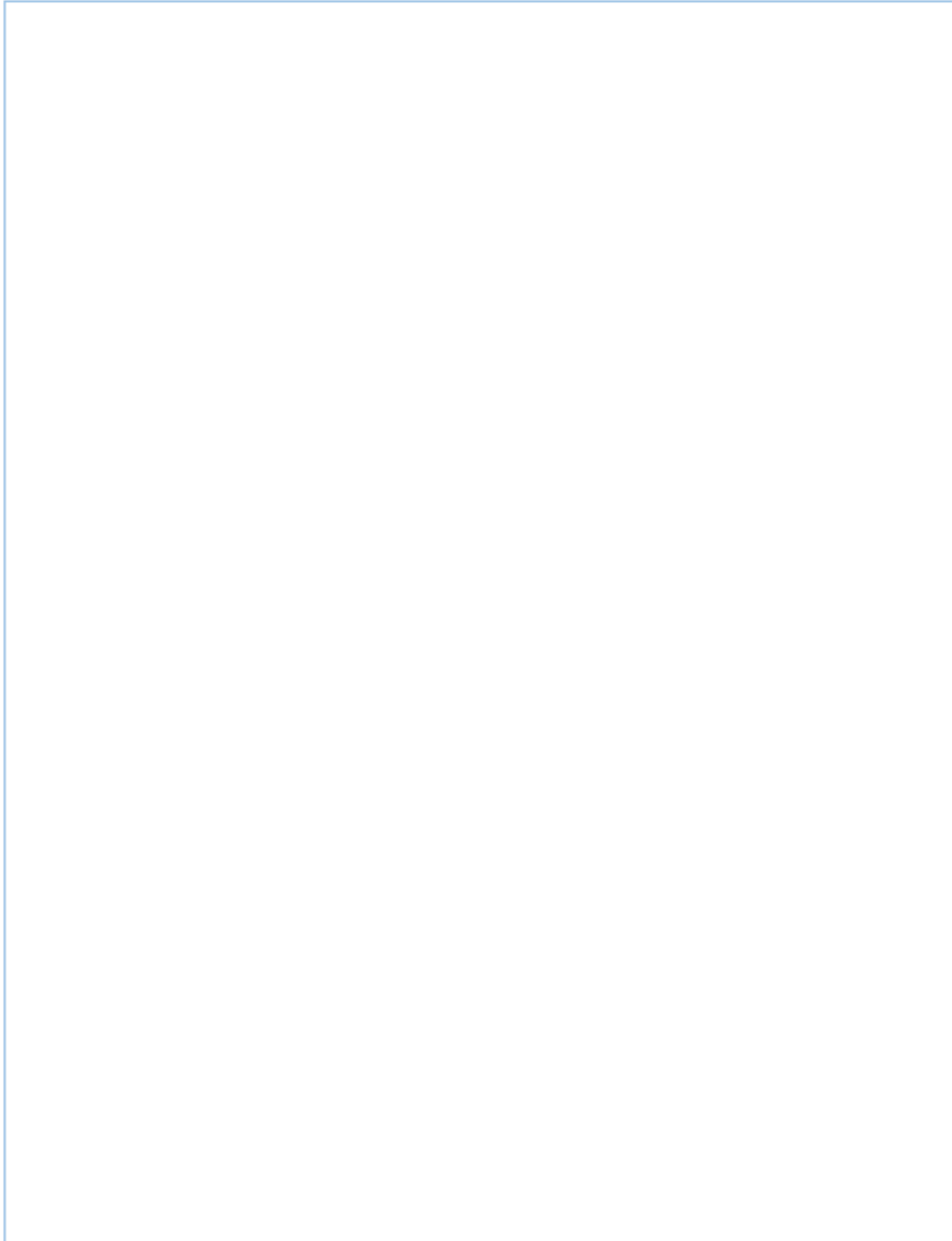
Encerramento por planos com fio de sutura cirúrgica multifilamentar absorvível e agrafos na pele;

Realização de penso adequado.

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

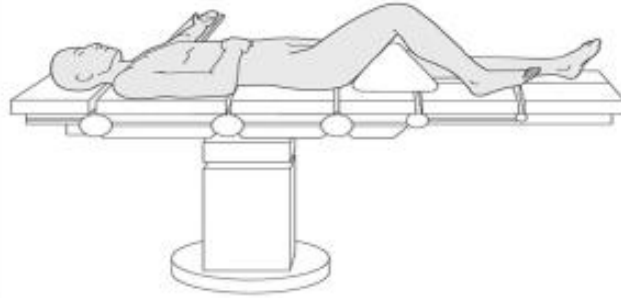
ANEXO II – FOTO DA ORGANIZAÇÃO DA SALA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO III – FOTO POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO IV – FOTO DA MESA CIRÚRGICA



Logotipo da Instituição Hospitalar	PROCEDIMENTO	Código: Data Elaboração: 23/02/2023 Edição: 01 Revisão: 00
PROTOSCOLOS DE ORTOPEDIA		
ÂMBITO: Bloco Operatório		
FICHA CIRÚRGICA DA COLUNA LOMBAR		

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

Discectomia Lombar: é a remoção cirúrgica de parte ou todo disco intervertebral na região lombar. É o tratamento para hérnia de disco, para ajudar a aliviar a compressão dos nervos e reduzir sintomas como dor e dormência na região lombar e/ou nas pernas.

Laminectomia: retirada parcial ou integral da lâmina, estrutura óssea que serve como cobertura das estruturas nervosas no interior do canal vertebral, mas que também pode exercer compressão dos nervos.

CAGE ou espaçador: dispositivo de plástico rígido (PEEK) ou titânio que é inserido no local do disco intervertebral previamente removido. O CAGE usualmente é preenchido com enxerto ósseo e facilita a formação de ponte óssea entre as vértebras operadas. Os CAGES mais utilizados atualmente são:

TLIF: Fusão intercorporal lombar TRANSFORAMINAL;

ALIF: Fusão intercorporal lombar ANTERIOR;

OLIF: Fusão intercorporal lombar OBLÍQUA;

LLIF ou XLIF: Fusão intercorporal lombar LATERAL;

PLIF: Fusão intercorporal lombar POSTERIOR.

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Mobilizada consoante necessidade cirúrgica

Equipamentos:
Gerador de eletrocoagulação (monopolar e bipolar)

3. TIPO DE ANESTESIA

Anestesia geral

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

4. POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:

Decúbito ventral com respetivos apoios de cabeça, joelhos e tornozelos

Posicionamento da equipa cirúrgica:

Cirurgião principal – lado direito para iniciar e posteriormente lado esquerdo

1º ajudante – sentido contrário ao cirurgião principal

2º ajudante – ao lado do cirurgião principal

Instrumentista - ao lado do 1º ajudante ou na zona inferior da marquesa cirúrgica

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Caixa da Dissectomia;

1 capsula

Punho reutilizável alta resistência para Excalibur (232800066);

Punho reutilizável bipolar;

Capsulas;

Motor Drill SOS;

Material específico consignado e residente ou Material específico modelo 777 online (*Gooportal*) SOS

6. MATERIAL CONSUMIVÉL

1 Tropa cirúrgica universal (290300023);
1 Campo isolamento vertical 240 x 330cm (210300021);
2 Campo para mesa de instrumentos reforçado 150x190 cm (210300001)
1 Bata esterilizada standard (290300088);
3 Batas esterilizadas reforçada descartável (290300011);
1 Campo auto-adesivo 50 x 50cm (210300012)
6 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril 40x50cm (210100029);
10 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril. 10x10cm (210100027);
1 Ligadura de Cambriç 10 x 10 (210500006);
2 Ligaduras de algodão de 15cm (210500002);
1 Lâminas de bisturi esterilizada nº23 (220800008);
1 Lâminas de bisturi esterilizada nº15 (220800010)
2 Coberturas descartáveis para candeeiro (2900300015);
1 Seringa irrecuperavel 2pçs 20cc (230100005);
1 Dreno redon ch 12 50cm (231800011);
1 Sistema de drenagem auto-aspiração ativa de 600cc (233000011);
1 Cânula de Yankæur® (231200003);
1 Tubo aspiração 280cm (232000014);
1 Cateter intravenoso 16G 1.7x50mm (230600231);
1 Penso pós-oper. Hipoal.transp. absorv.imp.40x42cm (210300032)
3 Penso pós-oper.hipoal.transp.absorv.imp.15,5x8.5cm (210300016);
2 Esponjas gelatina standart (110503005) SOS
1 Matriz de cola hemostática Tissucol®
1 Matriz de cola hemostática Floseal®
1 Fixador de perna adesivo para cateter foley universal (232900751) SOS;
1 Lidocaína + cloroheixidina gel 11ml (110202035) SOS;
1 Algália Foley 2 via s com balão 10cc ch 16 (231400005) SOS;

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

7. MÁQUINAS DE SUTURA AUTOMÁTICA

Não aplicável

8. FIOS DE SUTURA

1 Sutura sint. absor.multif.0 ag.lanc.1/2, 40mm (220500036)
1 Sutura sint. absor.multif.2 ag.lanc.1/2, 48mm (220500006)
1 Máquina para sutura de pele (220100014)

9. DURAÇÃO PREVISTA

Duração aproximada de 90-120 minutos

10. PERDAS SANGUINEAS ESTIMADAS

Perdas aproximadas de 10 ml

11. DESINFECÇÃO PELE E MUSOSAS

Iodopovidona solução alcoólica (110111010)
Iodopovidona solução espuma (110111011)
Soro de lavagem (111301061)

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

12. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Profilaxia antibiótica segundo peso ajustado – Cefazolina, exceto se o doente for alérgico a cefalosporinas

13. PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA

Não aplicável

14. PENSO CIRÚRGICO

Penso cirúrgico simples: penso pós-oper. hipoal.transp.absorv.imp. 15,5x8.5cm reforçado com compressa e adesivo

15. ANATOMIA PATOLÓGICA

Não aplicável

16. DRENOS

Dreno aspirativo tipo redivac n. °12 em drenagem para frasco coletor de 200 ml na zona lombar

17. RISCOS ASSOCIADOS

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO I – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Procedimento: descompressão ou recalibragem lombar

Doente em decúbito ventral sob ponte de Wilson, com anestesia geral.

Identificação dos níveis operatórios com amplificador de imagem

Lavagem e desinfeção da região dorso lombar

Abordagem mediana/paramediana lombar.

Progressão paraespinhosa por planos, até pararticular

Flavectomias, laminotomias e foraminectomias L (vertebras lombares) e foraminectomia L

Verificação da descompressão neurológica

Revisão de hemóstase

Encerramento por planos com fio multifilamentar absorvível 2/0 com agulha cilíndrica

Encerramento da pele com agrafos

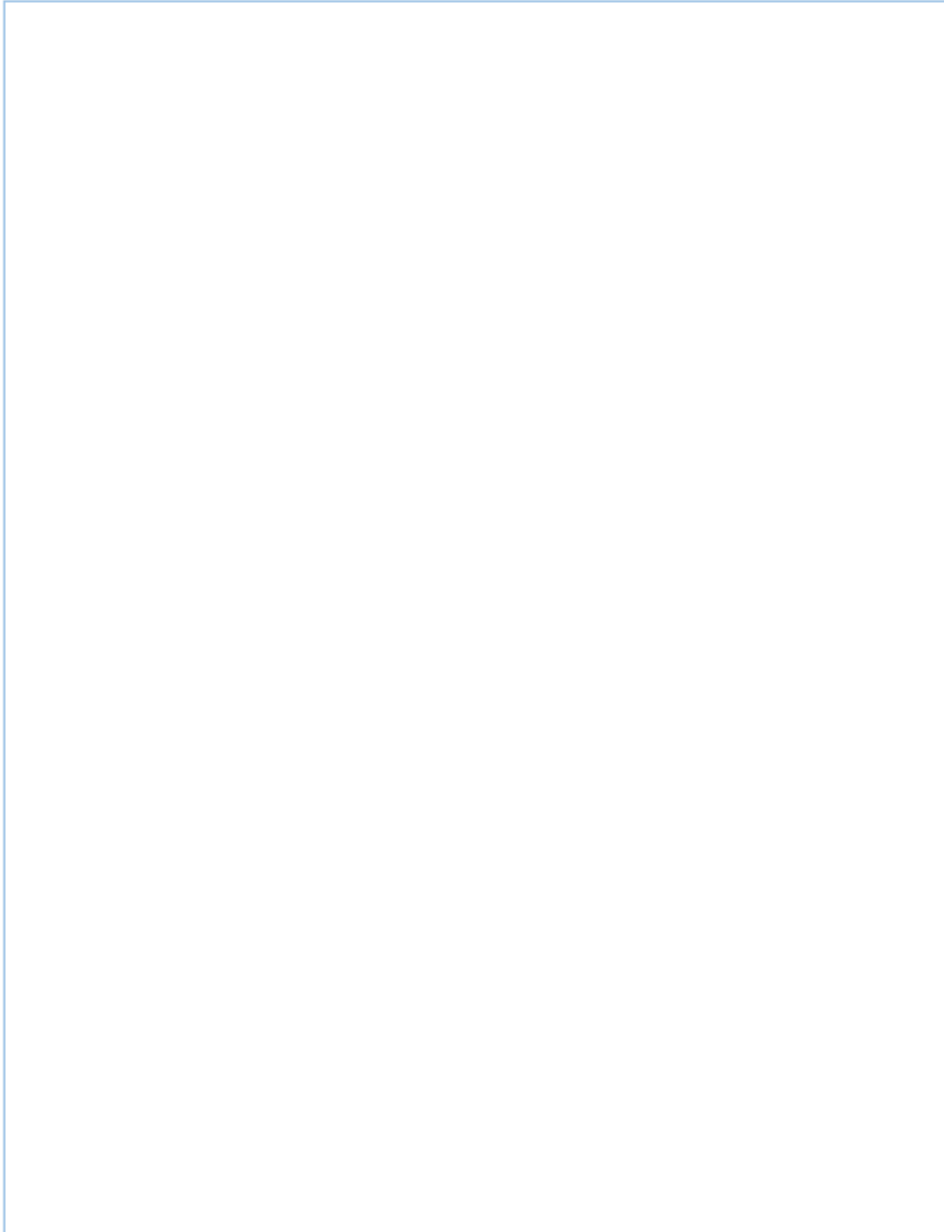
Penso adequado

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____

Edição: _____

ANEXO II – FOTO DA ORGANIZAÇÃO DA SALA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO III – FOTO POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO IV – FOTO DA MESA CIRÚRGICA



Logotipo da Instituição Hospitalar	PROCEDIMENTO	Código: Data Elaboração: 23/02/2023 Edição: 01 Revisão: 00
PROTÓCOLOS DE ORTOPEDIA		
ÂMBITO: Bloco Operatório		
FICHA CIRÚRGICA DA LIGAMENTOPLASTIA		

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

A ligamentoplastia é um procedimento cirúrgico indicado para o tratamento de lesões do ligamento. A reconstrução do ligamento cruzado anterior (ligamentoplastia) quando este sofre rutura, tem por objetivo criar uma réplica do ligamento original, sendo o novo "ligamento" reconstruído a partir de (auto) enxerto e implantado, através de túneis ósseos, o mais aproximadamente possível da inserção original, por via artroscópica.

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Mobilizada consoante necessidade cirúrgica

Equipamentos:
Trolley de artroscopia
Gerador de eletrocoagulação
Consola Motor ou bateria
Consola Shaver

3. TIPO DE ANESTESIA

Anestesia loco regional

4. POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA (ANEXO II)

Posicionamento da marquesa:
Decúbito Dorsal com recurso a apoio lateral em rolo

Posicionamento da equipa cirúrgica:
Cirurgião principal – lado do membro a ser operado
1º ajudante – sentido contrário ao cirurgião principal
2º ajudante – ao lado do cirurgião principal
Instrumentista – ao lado do 1º ajudante/sentido contrário ao cirurgião principal

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Caixa de partes moles;
Caixa de Artroscopia;
Punho reutilizável alta resistência para Excalibur (232800086) SOS;
Punho de Shaver®;
Material específico modelo 777 online (Gooportal®);

6. MATERIAL CONSUMIVÉL

1 Campo impermeável para artroscopia (210300015);
2 Campo para mesa de instrumentos reforçado 150x190 cm (210300001)
1 Campo para mesa de instrumentos 100x150cm (210300002)
1 Bata esterilizada standard (290300088)
3 Bata esterilizada reforçada descartável (290300011);
1 Perneira impermeável elástica pequena 17x76cm (210500044) SOS
3 Ligadura elástica de 15cm (210500008);
3 Ligaduras de algodão de 15cm (210500002);
4 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril 40x50cm (210100029);
6 Pacotes de compressas gaze hidro.c/cont. estéril. 10x10cm (210100027);
1 Lâminas de bisturi esterilizada nº23 (220800008);
1 Lâminas de bisturi esterilizada nº 15 (220800008);
1 Lâminas de bisturi esterilizada nº11 (220800009);
2 Coberturas descartáveis para candeeiro (2900300015);
1 Seringa irrecuperável 3pçs 20cc (230100005);
Caneta demográfica (232900529);
1 Sistema de drenagem auto-aspiração ativa de 600cc (233000011) SOS;
1 Dreno redon ch nº14 50x15cm (231800013) SOS;
2 Tubo aspiração 280cm (232000014);
1 Cânula de Yankaeur® (231200003) SOS;
Sistema em Y para irrigação vesical com débito regulável (233000018);
Cobertura para camara de endoscopia (232800041);
Tala imobilização de joelho tamanho grande (232700169) SOS;
Material específico de artroscopia tal como sistema de artrobomba consignado no hospital SOS;

7. MÁQUINAS DE SUTURA AUTOMÁTICA

Não aplicável

FICHA CIRÚRGICA

Código:
Edição:

8. FIOS DE SUTURA

1 Sutura sint. absor.multif.2/0 ag.lanc.1/2, 40mm (220500007)
3 Sutura sint. absor.multif.2 ag.lanc.1/2, 48mm (220500008)
1 Máquina para sutura de pele (220100014)

9. DURAÇÃO PREVISTA

Duração aproximada de 120-150 minutos

10. PERDAS SANGUINEAS ESTIMADAS

Perdas aproximadas de 50 ml

11. DESINFEÇÃO PELE E MUSOSAS/LAVAGEM INTERNA DE TECIDOS

Iodopovidona solução alcoólica (110111010)
Iodopovidona solução espuma (110111011)
Soro de lavagem (111301061)

12. PROFILAXIA ANTIBIÓTICA

Profilaxia antibiótica segundo peso ajustado – Cefazolina, exceto se o doente for alérgico a cefalosporinas

13. PROFILAXIA TROMBOEMBÓLICA

Aplicável, com indicação médica

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

14. PENSO CIRÚRGICO

Penso cirúrgico simples: penso pós-oper.hipoal.transp.absorv.imp.15,5x8.5cm reforçado com compressa e adesivo

15. ANATOMIA PATOLÓGICA

Não aplicável

16. DRENOS

Dreno aspirativo tipo redivac n. °14 em drenagem para frasco coletor de 600 ml no membro operado

17. RISCOS ASSOCIADOS

Infeção do local do cirúrgico; Rigidez articular; lesão neurovascular.

FICHA CIRÚRGICA

Código:

Edição:

ANEXO I – DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO

Procedimento: Ligamentoplastia combinada do LCA e ligamento ântero-lateral com isquiotibiais

Doente em decúbito dorsal com garrote raiz na coxa do membro operado;

Limpeza e preparação do campo operatório;

Colheita de enxerto de isquiotibiais e preparação de enxerto;

Realização de 2 portas de artroscopia;

Verificação de rotura LCA e lesão do como posterior do menisco interno;

Meniscectomia parcial interna;

Realização de procedimentos por via artroscópica de desbridamento articular e preparação da tibia e fémur;

Realização de túnel femoral e tibial 8mm;

Passagem de enxerto e fixação com botão cortical no fémur e parafuso absorvível de interposição na tibia;

Fixação com staple na tibia;

Colheita de enxerto da fáscia lata e fixação com parafuso no fémur;

Reconstrução do ligamento ântero-lateral com enxerto;

Encerramento por planos com fio multifilamentar absorvível e agrafos na pele;

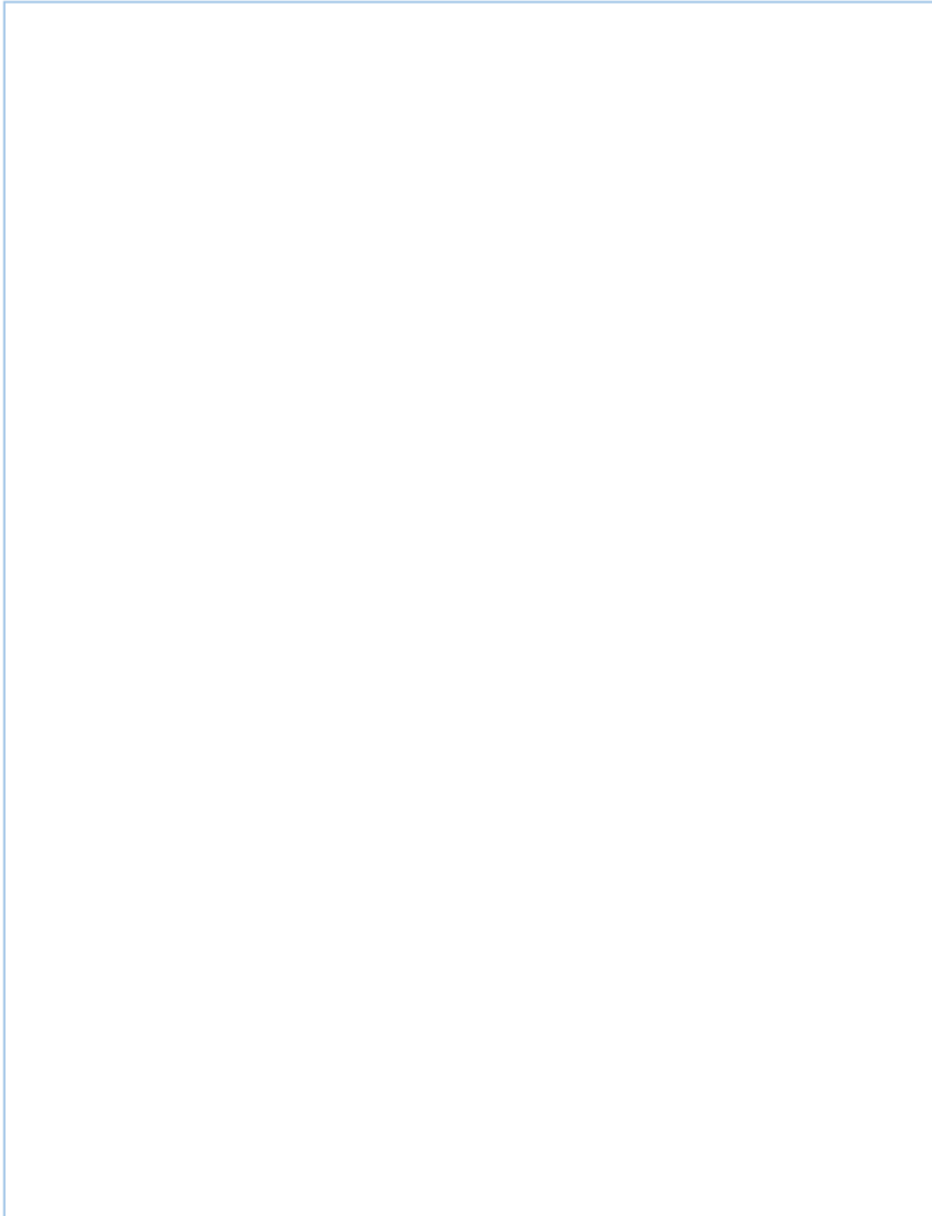
Realização de penso adequado.

FICHA CIRÚRGICA

Código: _____

Edição: _____

ANEXO II – FOTO DA ORGANIZAÇÃO DA SALA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO III – FOTO POSICIONAMENTO DO DOENTE E DA EQUIPA



FICHA CIRÚRGICA

Código: _____
Edição: _____

ANEXO IV – FOTO DA MESA CIRÚRGICA



ANEXO IX: PROCEDIMENTO DE NORMOTERMIA

<p>Logotipo da Instituição Hospitalar</p>	<p>PROCEDIMENTO</p>	<p>Código: PRO: 000.ANES Data Elaboração: 09/03/2023 Edição: 01 Revisão: 00</p>
<p>PROCEDIMENTO DE NORMOTERMIA NO DOENTE CIRÚRGICO</p>		
<p>ÂMBITO: SERVIÇOS CLÍNICOS</p>		

1. OBJECTIVO:

- Implementar uma das medidas previstas na norma 020/2015 – “Feixe de intervenções de Prevenção do Local Cirúrgico – Feixe ILC”;
- Garantir a normotermia com a monitorização e controlo da temperatura corporal no período perioperatório.

2. DESTINATÁRIOS:

- Médicos, Enfermeiros e Assistentes Operacionais das especialidades cirúrgicas e de Anestesiologia;

3. RESPONSÁVEL:

- Diretores e Enfermeiros Gestores dos Serviços Cirúrgicos e Anestesiologia

4. DEFINIÇÕES / SIGLAS:

AO: Assistente operacional

ASA: American Society of Anesthesiology (em português: Sociedade Americana de Anestesiologia. Consiste numa escala de classificação utilizada pelos anestesiológicos para efetuarem a avaliação pré-anestésica do doente, tendo em conta o seu estado de saúde e antecedentes.

BO: Bloco Operatório

DGS: Direção Geral de Saúde

Enf.^{as}: Enfermeiro/ Enfermeiros

ILC: Infeção do Local Cirúrgico

UCPA: Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

Hipotermia: temperatura central inferior a 36°C.

Normotermia: temperatura central entre 36°C e 37,5°C.

Período pré-operatório: período de uma hora antes da indução da anestesia, durante o qual o doente é preparado para a cirurgia (na enfermaria ou no serviço de urgência e na admissão no BO).

Período intra-operatório: tempo total de anestesia, desde a primeira intervenção anestésica até à transferência do doente para a UCPA

Período pós-operatório: período decorrido desde a admissão do doente na UCPA até às 24 horas subsequentes

Período perioperatório: compreende os períodos, pré, intra e pós-operatórios

PROCEDIMENTO DE NORMOTERMIA NO DOENTE CIRÚRGICO	Código: PRO.000.HSOG Edição: 01
--	------------------------------------

5. DESCRIÇÃO:

Segundo a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (2017), a temperatura corporal é um dos parâmetros fisiológicos mais rigorosamente controlados do organismo. A manutenção da normotermia é um processo complexo, pois o sistema termorregulador humano permite variações de 0,2 a 0,4°C em torno dos 37°C para manutenção das suas funções metabólicas. Sempre que a temperatura corporal não se encontra neste intervalo, o hipotálamo é ativado, bem como, os seus mecanismos de termorregulação. Porém, estes mecanismos compensatórios são insuficientes na maior parte dos atos cirúrgicos, ocorrendo hipotermia. Assim, fatores como a inibição das respostas fisiológicas termorreguladoras associadas à anestesia, a diminuição do metabolismo basal, fatores associados ao procedimento cirúrgico e a exposição do doente às baixas temperaturas do bloco operatório, assumem um papel importante para o desenvolvimento desta complicação.

A hipotermia perioperatória inadvertida é uma complicação frequente, capaz de ser prevenida e que está associada às seguintes complicações no pós-operatório: aumento da incidência de infeção do local cirúrgico; eventos cardíacos adversos; alterações da coagulação; disfunção endocrinometabólica; e *shivering*.

Portanto, a temperatura corporal é considerada um sinal vital a avaliar na segurança do doente. Pelo que a importância de evitar a hipotermia, mantendo a normotermia durante o período perioperatório é uma medida com eficácia comprovada com nível de evidência IA, incluída no feixe de intervenções de prevenção da ILC. Esta medida preconiza a monitorização da temperatura central, a qual poderá ser realizada através dos seguintes métodos:

- Membrana Timpânica: é precisa, reflete a temperatura central, mas existe o risco de perfuração
- Esofágica: avaliada no terço inferior do esófago, refletindo a temperatura central;
- Sensor de monitorização de temperatura interna: é muito precisa, não invasiva e mais usada para cirurgias prolongadas.

FATORES DE RISCO PARA HIPOTERMIA

Na identificação dos fatores de risco de hipotermia pretende-se determinar o risco potencial do doente em desenvolver esta complicação no período perioperatório.

Portanto, existem os fatores de risco associados ao procedimento anestésicocirúrgico (tipo de anestesia e a duração do procedimento), os associados ao procedimento cirúrgico (natureza, a extensão e a duração da cirurgia) e os associados ao doente: classificação do estado físico ASA superior ou igual a II (sendo que o risco aumenta com o grau ASA), os doentes com risco cardiovascular elevado, os extremos de idade (crianças e idosos), o género feminino, o índice de massa corporal inferior ao normal ou o status nutricional deficitário e a pré-existência de condições

PROCEDIMENTO DE NORMOTERMIA NO DOENTE CIRÚRGICO	Código: PRO.000.HSOG Edição: 01
--	------------------------------------

que alterem os mecanismos da termorregulação corporal, nomeadamente, a presença de patologias como a polineuropatia diabética, o hipotiroidismo ou o consumo de fármacos psicotrópicos.

E ainda existem outros fatores, como a hipotermia prévia ao procedimento cirúrgico e a temperatura do bloco operatório inferior a 21º C.

Nº	Pré-Operatório	Responsável pela execução/supervisão
1	Na consulta pré-operatória deve identificar os doentes com risco aumentado de desenvolver hipotermia inadvertida	Cirurgião
2	Na consulta deve aconselhar os doentes (e as suas famílias): a evitar ambientes frios; a temperatura ambiente do hospital pode ser mais fria do que o ambiente da sua casa, pelo que deve trazer roupa adicional e informar o AO se sentirem frio em qualquer altura da sua estadia hospitalar.	Cirurgião Anestesiologista
3	Na transferência para o BO deve manter-se a temperatura basal do doente usando medidas de conforto, se necessário.	Enf.º Internamento; AO
4	Avaliar temperatura corporal na admissão ao Bloco Operatório e se hipotermia leve, moderada e grave deve ser monitorizada a cada 15, 5 minutos ou continuamente, respetivamente com registo no SClinico dos valores e o tipo de aquecimento utilizado;	Enf.º Anestesiologia
5	Antes da indução anestésica realizar aquecimento ativo durante 30 minutos e avaliar a temperatura corporal central e registar no SClinico	Enf.º Anestesiologia

Nº	Intra-Operatório	Responsável pela execução/supervisão
1	Monitorizar a temperatura ambiente e humidade das salas operatórias e reportar alterações ao Enf.º Gestor	Enf.º Circulante
2	Após a indução anestésica avaliar a temperatura corporal central nos primeiros 30 minutos e posteriormente de 1/1h e registar no SClinico	Enf.º Anestesiologia
3	Em cirurgias prolongadas efetuar monitorização contínua através de sensor próprio e registar no SClinico 30 minutos após a indução e de 1/1h	Enf.º Anestesiologia
4	Em cirurgias prolongadas deve otimizar ambiente físico e aumentar a temperatura corporal através de dispositivos como mantas de aquecimento e aquecimento de fluidos de infusão e registar no SClinico o tipo de aquecimento utilizado	Enf.º Anestesiologia
Nota: Sempre que hipotermia leve, moderada e grave, a temperatura deve ser monitorizada a cada 15, 5 minutos ou continuamente, respetivamente com registo no SClinico dos valores e o tipo de aquecimento utilizado		Enf.º Anestesiologia

PROCEDIMENTO DE NORMOTERMIA NO DOENTE CIRÚRGICO	Código: PRO.000.HSOG Edição: 01
--	--

Nº	Pós-Operatório	Responsável pela execução/supervisão
1	Na UCPA avaliar a temperatura corporal aquando da admissão e implementar medidas preventivas da hipotermia, evitando temperaturas inferiores a 36°C e registar valores e medidas utilizadas no SClínico	Enf.º Anestesiologia
2	A chegada ao serviço avaliar temperatura corporal a todos os doentes com alteração da normotermia e registar no SClínico	Enf.º Recobro tardio Enf.º Internamento
3	Avaliar a temperatura corporal 1x/tumo e registar no SClínico	Enf.º Recobro tardio Enf.º Internamento
4	Otimizar ambiente físico e proporcionar medidas de conforto se normotermia não verificada	Enf.º Recobro tardio Enf.º Internamento

6. INDICADOR:

	Quem avalia	Periodicidade
Percentagem de doentes com normotermia	PCIRA	Mensal

7. REFERÊNCIAS:

- HICPAC, CDC (1999). "Recomendações para a prevenção da infeção do local cirúrgico". Atlanta, Infection Control and Hospital Epidemiology
- Norma Nº 24 de 23 de dezembro (2013). Prevenção da Infeção do Local cirúrgico. Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa. Disponível: www.dgs.pt
- Norma Nº 20 de 15 de dezembro (2015) atualizada 17/11/2022. Feixes de Intervenções de Prevenção da Infeção do Local cirúrgico. Portugal, Ministério da Saúde, Direção Geral da Saúde, Lisboa. Disponível: www.dgs.pt
- PCIRA do Hospital Senhora da Oliveira (2022). PRO.033.PCIRA - Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Guimarães
- SPA, Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório. Disponível: www.spa.pt

8. Anexos:

REG.038.PCIRA_Grelha de avaliação do Feixe de Intervenções de Prevenção da ILC

Elaborado por:	Aprovado por:		Data Revisão
Serviço: Anestesiologia	Data:		
Carina Moura; Dora Fernandes			

**ANEXO X: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NAS I JORNADAS
DE SEGURANÇA DO DOENTE PERI-OPERATÓRIO**





**ANEXO XI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR 2013
“SEGURANÇA NO BLOCO OPERATÓRIO”**

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

Webinar

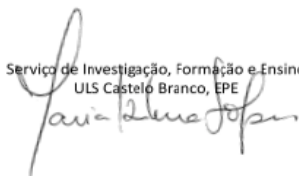
Certifica-se que: Carina Liliana Costa Moura

Participou no **I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”** promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 9 de março de 2023, com a duração de 2 horas:

I webinar 2023 “Segurança no Bloco Operatório”

- A Segurança em contexto Peri-operatório;
- Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis;
- Implicações do Fumo Cirúrgico para os Enfermeiros

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



Castelo Branco | 13 de abril de 2023



**ANEXO XII: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO 1º
SEMINARIO DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que:

CARINA MOURA

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

Oliveira de Azeméis, 15 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP



(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)



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



**ANEXO XIII: PARECER FAVORÁVEL DA COMISSÃO DE ÉTICA
PARA A SAÚDE**



PARECER DO COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Título: "Terapêuticas de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória".

Ref: 137/2022 – Trabalho Académico de Investigação

Investigador Principal / Aluno: *Carina Lilliana Costa Moura, aluna de Mestrado de Enfermagem em Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória 2021-2023, na Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e Enfermeira no HSOG.*

Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino: *Liliana Andreia Neves da Mota, Professora adjunta/Investigadora, Doutorada em Ciências de Enfermagem, na Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.*

Nos termos desta Comissão de Ética, dá-se o conhecimento a V. Exas. do parecer emitido em reunião no dia 20 de Dezembro de 2022:


Analisado o Trabalho Académico de Investigação, a Comissão de Ética **não tem nada a opor** à execução do referido projeto, uma vez que a aluna é Enfermeira no HSOG e que cumpre os requisitos da Encarregada de Proteção de Dados do HSOG.

Com os melhores cumprimentos,

João Lima Reis

Presidente da CES do HSOG

ANEXO XIV: PARECER FAVORÁVEL DA PROTEÇÃO DE DADOS

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	Parecer da Proteção dos Dados
---	--------------------------------------

Projeto Científico N.º 137/2022 CAF

Informação Geral sobre os Responsáveis pelo projeto:

Nome do Interlocutor pelo Estudo no CAF & HSOG	Não informado
Serviço	Bloco Operatório Unidade de Cirurgia de Ambulatório
Função	Não informado
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Não informado

Nome do Investigador Principal	Carina Liliana Costa Moura
Entidade	Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Função	Mestranda em "Enfermagem em Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória"
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	clcmoura@gmail.com 9633979363

Instituição Promotora do Estudo	Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Pessoa de Contacto (se externo)	Liliana Andreia Neve da Mota (orientadora) Carina Liliana Costa Moura (investigadora)
Contactos institucionais (e-mail/tlm)	Liliana.mota@essnortecv.p.t 9631113737


Outra(s) Entidade(s) Externa(s) participante(s) no Estudo	N/A
Pessoa(s) de Contacto	N/A
Contacto(s) institucionais (e-mail/tlm)	N/A

Título do Estudo	"Terapêuticas de enfermagem à pessoa em situação perioperatória"
-------------------------	--

Enquadramento

Este parecer é emitido considerando:

- a) Que a informação descrita no formulário de Avaliação de Impacto (Código REG.031.CAF) pelos representantes dos responsáveis pelo tratamento é verdadeira;


 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
--	--------------------------------------

- b) Que é da responsabilidade do Responsável pelo Tratamento a coerência e a veracidade da informação descrita, uma vez que serve como base para a análise relativamente à conformidade com o regime jurídico da proteção de dados pessoais;
- c) Que o responsável pelo Tratamento é representado neste documento através dos intervenientes identificados na Secção de identificação dos investigadores;
- d) **Que a análise se limita a ter em conta apenas a informação que o responsável pelo tratamento fez chegar ao conhecimento da Encarregada da Proteção de Dados – EPD, o que se presume ser, na totalidade, aquela descrita no formulário da Avaliação de Impacto sobre a Proteção de Dados – AIPD, “REG.031.CAF”.**
- e) O desenho das atividades de tratamento que serão pressupostas para a prossecução das finalidades do estudo;
- f) Os riscos associados às atividades de tratamento, tendo em conta a natureza, o âmbito, o contexto e as finalidades;
- g) Os direitos e as liberdades dos titulares de dados pessoais, segundo o Regime Jurídico da Proteção de Dados da União Europeia e Nacional.
- h) A limitação da análise àquilo que é a responsabilidade do HSOG, na sua esfera de influência no projeto de investigação.

Análise de risco e proporcionalidade sobre os direitos e liberdades dos titulares de dados


1. Síntese dos princípios fundamentais para garantir a conformidade com o regime jurídico da proteção de dados, especialmente com os termos do RGPD:

ID	Controlos selecionados para demonstrar a conformidade com os princípios fundamentais	Avaliação
P1	Finalidade específica, explícita e legítima	Aceitável
P2	O critério de licitude para o tratamento de dados está adequado ao Estudo	Aceitável
P3	O tratamento de dados é adequado, relevante e limitado ao que é necessário em relação à finalidade (princípio da minimização)	Aceitável
P4	A informação fornecida ao participante é adequada (princípio da lealdade e transparência)	Aceitável
P5	Existem condições para o exercício do direito de acesso e à portabilidade dos dados	Não Aplicável
P6	Existem condições para o exercício do direito de retificação e eliminação de dados	Não Aplicável
P7	Existem condições para o exercício do direito à limitação do tratamento de dados e do direito de retirar o consentimento	Não Aplicável
P8	O tratamento de dados realizado por outras entidades rege-se por um Acordo escrito (art 26.º ou 28.º do RGPD)	Não Aplicável
P9	As transferências de dados para países fora da União Europeia cumprem as obrigações previstas	Não Aplicável

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	Parecer da Proteção dos Dados
--	--------------------------------------

2. Avaliação dos riscos relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados:

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas de informação clínicos	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. <i>ransomware</i> , ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R7	Transferência eletrónica de dados	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6


 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	Parecer da Proteção dos Dados
--	--------------------------------------

2. Avaliação dos riscos relacionados com a medidas de técnicas e organizacionais implementadas no Estudo que podem pôr em risco os direitos e liberdades dos titulares de dados:

ID	Fontes de Risco	Ameaças	Impacto nos direitos e liberdades dos titulares	Probabilidade de Ocorrência	Resultado
R1	Procedimento de anonimização	Comprometimento do algoritmo de anonimização, por interconexão de dados com outros sistemas de informação	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R2	Ficheiro com a chave de pseudonimização	Acesso indevido à chave; Roubo ou mau uso da identidade	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R3	Investigadores no âmbito do Estudo	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R4	Colaboradores do hospital com acesso aos sistemas de informação clínicos	Acesso ilegítimo à informação clínica; Modificação indesejada; Divulgação ilícita; Perda de dados propositada ou acidental	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R5	Segurança física dos locais de armazenamento dos dados	Não existência de controlo de acessos aos edifícios e salas de trabalho; armários de acesso restrito;	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R6	Segurança de redes de acesso, secretárias de trabalho	Perda de dados (e.g. ransomware, ataques a vulnerabilidades), sistema de destruição de papel	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6
R7	Transferência eletrónica de dados	Acesso ilegal a dados de categoria especial ou	3 - Impacto Médio	2 - Pouco Provável	6

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
--	--------------------------------------


- 1.2. Importa referir que a pseudonimização não se confunde com a anonimização, uma vez a primeira ainda permite retroagir à titularidade da informação, através da chave de descodificação (é reversível), enquanto a segunda não permite, deixando os dados de serem de natureza pessoal. Considerando que a informação útil para o desenvolvimento e comprovação da fiabilidade do estudo depende da possibilidade de descodificar (retroagir à titularidade) e que apenas os resultados podem ser dados em indicadores genéricos, no decurso do estudo os dados serão pessoais (pseudonomizados e não anónimos);
- 1.3. **Para garantir a pseudonimização a chave de descodificação deve estar exclusivamente do lado do serviço responsável no HSOG**, enquanto o ficheiro codificado poderá acompanhar os investigadores nos dispositivos pessoais. Esta medida tem como finalidade de assegurar que não será possível se reverter à titularidade dos dados que circularão externamente ao âmbito de controlo do HSOG, uma vez que apenas a chave de codificação é o que permitirá esta atribuição/reversão.
- 1.4. **Note-se que o acesso a essa chave tem necessariamente de estar limitado aos investigadores e ao responsável interno do serviço no HSOG**, que são os responsáveis pelo estudo e, não deve ser transferido para qualquer outro destinatário externo, o que inclui outros elementos diversos destes na entidade de ensino associada, por exemplo.
- 1.5. **Havendo, os acessos dos investigadores às plataformas e repositórios digitais e físicos do HSOG devem ser controlados**, incluindo a limitação à definição dos níveis e finalidades de acesso, ficando este compromisso do lado dos responsáveis pelo respetivo serviço associado ao estudo, em respeito ao princípio da limitação das finalidades e da responsabilidade (n.º 2 e alínea b do n.º 1 do artigo 5.º do RGPD).
- 1.6. **Esse cuidado é uma obrigação legal que recai sob os responsáveis pelo tratamento da informação de saúde**, que são obrigados a garantir a confidencialidade, a segurança das instalações e dos equipamentos, o controlo no acesso à informação, bem como o reforço do dever de sigilo e da educação deontológica, de modo a garantir a capacidade de assegurar a confidencialidade, integridade e a disponibilidade dos dados, segundo o n.º 1 do artigo 4.º da lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro, sobre Informação genética pessoal e informação de saúde.
- 1.7. **Deve-se impedir o acesso indevido de terceiros aos processos clínicos e aos sistemas informáticos que contenham informação de saúde, incluindo as respetivas cópias de segurança**, assegurando os níveis de segurança apropriados e cumprindo as exigências estabelecidas regime jurídico de proteção de dados pessoais, nomeadamente para evitar a sua destruição, acidental ou ilícita, a alteração, difusão ou acesso não autorizado ou qualquer outra forma de tratamento ilícito da informação, conforme o n.º 2 do artigo 4.º da lei de Informação genética pessoal e informação de saúde, lei n.º 12/2005, de 26 de Janeiro.

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUMARÃES, EPE</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
--	--------------------------------------

- 1.8. **As interações e comunicações no âmbito do projeto, que envolvam direta e indiretamente o tratamento de dados pessoais, devem ocorrer apenas através dos recursos às Tecnologias da informação e comunicação – TIC institucionais, a exemplo dos e-mails e aplicações de trocas de mensagens e ficheiros, evitando recursos pessoais.**
- 1.9. **Os resultados do estudo devem ser publicados de modo anónimo (indicadores genéricos), garantindo que não é possível reverter, de nenhuma maneira, a titularidade dos dados utilizados para os resultados da investigação, ainda que com agregadores externos à base de dados.**
- 1.10. Essas orientações se justificam porque haverá tratamento de dados pessoais de categorias especiais (saúde) identificáveis (dados que, indiretamente, com recurso a um agregador externo (como uma chave de descodificação), são passíveis de atribuir uma titularidade), conforme as definições do n.º 1 do artigo 4.º e do n.º 1 do art. 9.º do RGPD, pelo que se deve respeitar o compromisso de promover a segurança no tratamento dos dados pessoais, segundo o artigo 32.º do RGPD.
- 1.11. Tais medidas e considerações servem para o propósito de salvaguardar a segurança do tratamento dos dados, aproveitando dos recursos das entidades responsáveis pelo tratamento envolvidas no projeto, assegurando que serão aplicadas as medidas técnicas e organizativas adequadas.

2. Responsabilidade Civil no estudo clínico:

- 2.1. **Portanto, deve-se evitar as credenciais e recursos de utilização pessoal, sob pena de responsabilização civil, no que toca ao dever de reparação por eventuais danos decorrentes de alguma violação aos direitos e liberdades dos titulares de dados, que tenham como origem a negligência pela utilização de recursos não recomendados e que não estão sob o controlo dos Responsáveis pelo Tratamento, o que configuraria um tratamento ilícito de dados, conforme o artigo 33.º da lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, que assegura a execução, na ordem jurídica nacional do RGPD;**
- 2.2. **Importa destacar que este enquadramento se encontra no âmbito da responsabilidade solidária em caso de dolo ou culpa grave dos titulares de órgãos por parte de funcionários e agentes afetos à administração pública. Isto por que estes são responsáveis pelos danos que resultem de ações ou omissões ilícitas cometidas com dolo ou com diligência e zelo manifestamente inferiores àqueles a que se encontravam obrigados em razão do cargo, conforme os termos do artigo 8.º da Lei n.º 67/2007, de 31 de dezembro, relativamente ao regime da responsabilidade civil extracontratual do estado e demais entidades públicas, o que é aplicável aos intervenientes neste projeto de investigação, uma vez que estão afetos ao HSOG enquanto entidade pública.**

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira EPE GUIMARÃES</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
--	--------------------------------------

2.3. Neste sentido, o incumprimento das orientações de conformidade também implica na responsabilidade solidária e independentemente de culpa pelos danos patrimoniais e não patrimoniais que o estudo cause ao participante, por parte do promotor e dos investigadores. Estas orientações são de interesse para a respetiva equipa de investigação e do centro de estudo clínico, relativamente às formas de responsabilidade disciplinar, civil, contraordenacional ou penal estabelecidas no regime jurídico da investigação clínica, do direito da proteção de dados pessoais e da informação de saúde, conforme o n.º 1 e n.º 5 do artigo 15.º da lei da investigação clínica, de n.º 21/2014, de 16 de abril.

3. Licitude do tratamento de dados e os fundamentos de licitude:

3.1. Considerando a recolha indireta dos dados, o fundamento de licitude que justificará o tratamento dos dados pessoais neste projeto serão: os "Interesses legítimos prosseguidos pelo responsável pelo tratamento" relativamente aos fins de investigação científica, na forma conjugada da alínea f) do n.º 1 do artigo 6.º e da alínea j) do n.º 2 do artigo 9.º do RGPD;

3.2. A garantia de informação sobre o tratamento aos titulares será acautelada através da política de proteção de dados do HSOG, disponível no sítio web, nos termos conjugados dos artigos 13.º e do n.º 11 do artigo. 4.º do RGPD;

4. Período de conservação dos dados pessoais e eliminação:

4.1. O período de conservação dos dados não deverá ultrapassar o período que se revele necessário para a prossecução das finalidades da recolha, conforme orienta a alínea j) da deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional da Proteção de Dados – CNPD, aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica. Isto respeita o princípio da limitação da conservação, previsto na alínea e) do n.º 1 do artigo 5.º do RGPD;


4.2. Os dados deverão ser eliminados em prazo inferior caso as finalidades que justificam a conservação deixem de existir, conforme o n.º 1 e 2 do artigo 21.º Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto, não ultrapassando a data de conclusão de todas diligências afetas ao projeto de investigação;

4.3. A chave de pseudonimização da base de dados deve ser igualmente eliminada, no mesmo período da eliminação da base de dados.

4.4. Após o fim do período de conservação dos dados, os investigadores e responsáveis internos do HSOG deverão formalmente notificar ao Responsável pelo Tratamento (HSOG) de que procederam com a eliminação ou anonimização, atendendo ao que refere o princípio da responsabilidade, previsto no n.º 2 do artigo 5.º do RGPD. Isto porque é dever dos envolvidos comprovar a conformidade das atividades que realizam, relativamente ao que implicar no tratamento de dados.

Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE.
Gabinete de Proteção de Dados do HSOG: epd@hospitalsdeguimaraes.min-saude.pt
Telefone: 253 540 330

Pág. 7/9

 <p>Hospital de Senhora da Oliveira GUIMARÃES...</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
---	--------------------------------------

- 4.5. Para o efeito, deve-se integrar o registo do apagamento junto aos documentos de controlo e avaliação do projeto, submetendo uma declaração aos cuidados do Centro Académico e de Formação do HSOG (CAF), com esta referência, de modo a fazer prova da conformidade e do cumprimento destas recomendações.

Conclusões preliminares:

Considerando as orientações acima vertidas, bem como que:

- O compromisso com a proteção de dados encontra-se no âmbito das condições mínimas de proteção dos participantes dos estudos clínicos, conforme a alínea c) do n.º 1 do artigo 6.º da Lei da investigação clínica, de n.º 21/2014;
- Devem ser tomadas todas as precauções para proteger a privacidade de cada sujeito de investigação e a confidencialidade dos seus dados pessoais, segundo o princípio da privacidade e confidencialidade, previsto no n.º 24 da Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial – AMM, adotada pela 18.ª Assembleia Geral da AMM, de junho 1964;
- A circulação da informação de saúde deve ser assegurada com respeito pela segurança e proteção dos dados pessoais e da informação de saúde e pelo princípio da intervenção mínima, segundo a base 15 da a Lei de Bases da Saúde, n.º 95/2019, de 4 de setembro;
- Há desdobramentos de responsabilização civil nos casos de eventuais danos materiais ou imateriais aos titulares de dados decorrentes violações aos seus direitos e liberdades, que tenham como origem a negligência face a estas instruções de conformidade, nos termos do artigo 33.º da lei n.º 58/2019 e do artigo 82.º do RGPD.

O parecer técnico sobre a conformidade do estudo de saúde com o regime jurídico da proteção de dados conclui:

Tendo em consideração a metodologia e as medidas de salvaguarda, a natureza, as finalidades e os dados de categorias especiais em causa, desde que seguidas as recomendações deste parecer, o risco aos direitos e liberdades dos titulares de dados é moderado.

Registo da conclusão final

- O Estudo em conformidade com o regime jurídico da proteção de dados;
- O Estudo estará conforme o regime jurídico da proteção de dados, desde que atenda às medidas propostas;
- O Estudo não está em conformidade com o regime jurídico da proteção de dados e não são suficientes as medidas de melhoria para atenuar os riscos sobre a proteção dos dados, o que pressupõe, de acordo com o art. 36.º do RGPD, a submissão da metodologia do estudo e os resultados desta avaliação para a Consulta Prévia da Comissão Nacional de Proteção de Dados.

Recomendações completares:

Mais, sugere-se a consulta das recomendações para a garantia da segurança do tratamento e o quadro legislativa e de boas práticas (não exaustivo) básico do direito da proteção de dados. São os exemplos:

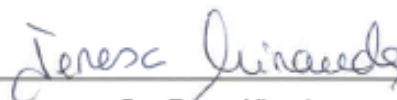
Hospital Senhora da Oliveira - Guimarães, EPE.
Gabinete da Proteção de Dados do HSOG: epd@hospitaldegulmaraes.min-saude.pt
Telefone: 253 540 330

Pág. 8/9

 <p>Hospital da Senhora da Oliveira GUIMARÃES</p>	<p>Parecer da Proteção dos Dados</p>
--	--------------------------------------

- Lei n.º 12/2005, de 26 de janeiro – lei de Informação genética pessoal e informação de saúde;
- Regime Jurídico dos Centros Académicos Clínicos - Decreto-Lei 61/2018, de 3 de agosto;
- Lei de Saúde Mental - Lei n.º 36/98, de 24 de julho;
- Regulamento (UE) 2016/679 do parlamento europeu e do conselho, de 27 de abril de 2016 – RPDG;
- Lei n.º 58/2019, de 8 de agosto – Lei de execução, na ordem jurídica nacional, do RPDG;
- Lei n.º 21/2014, de 16 de abril – lei da investigação clínica;
- Portaria n.º 247/2000, de 8 de maio – Regulamento arquivístico para os hospitais;
- Lei n.º 32/2006, relativamente à Procriação medicamente assistida;
- Deliberação n.º 1704/2015 da Comissão Nacional da Proteção de Dados – Aplicável aos tratamentos de dados pessoais efetuados no âmbito de Investigação Clínica;
- Lei n.º 48/90, de 24 de agosto (Lei de Bases da Saúde);
- O Regulamento n.º 707/2016, de Deontologia Médica;
- A Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial;
- Política de Proteção de Dados do HSOG.

É recomendável, ainda, a consulta dos documentos inerentes ao Processo de Acreditação relativos às áreas dos S.T.S.I. e da Proteção de Dados do HSOG.



Dra. Teresa Miranda

Encarregada de Proteção dos Dados do HSOG

Guimarães, Data: 14/12/2022

**ANEXO XV: PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO
ACADÊMICO**



PARECER DO COORDENADOR DO CENTRO ACADÉMICO

Título: "Terapêuticas de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória".

Ref: 137/2022 – Trabalho Académico de Investigação

Investigador Principal / Aluno: *Carina Liliana Costa Moura, aluna de Mestrado de Enfermagem em Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória 2021-2023, na Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa e Enfermeira no HSOG.*

Orientador / Supervisor da Instituição de Ensino: *Liliana Andreia Neves da Mota, Professora adjunta/Investigadora, Doutorada em Ciências de Enfermagem, na Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.*

Avaliação da exequibilidade e de mérito científico: Estudo com interesse clínico e académico, pelo que, nada a opor ao presente projeto.

Com os melhores cumprimentos,

Prof. Doutor Pedro Guimarães Cunha
Coordenador do Centro Académico e de Formação do HSOG

