



Escola Superior de Saúde de Santa Maria

**A SEGURANÇA COMO VALOR: Desenvolvendo
competências especializadas em Enfermagem Perioperatória
na prevenção da infeção do local cirúrgico**

Helena Maria da Rocha Moreira

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação
Perioperatória

Porto, 2023



Escola Superior de Saúde de Santa Maria

A SEGURANÇA COMO VALOR: Desenvolvendo competências especializadas em Enfermagem Perioperatória Enfermagem Perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico

Helena Maria da Rocha Moreira

Sob orientação: Professora Doutora Cristina Bárbara Pestana

Relatório de Estágio apresentado à Escola Superior de Saúde de Santa Maria para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

Porto, 2023

*If you are working on something exciting that you really care,
you don't have to be pushed. The vision pulls you.*

Steve Jobs

AGRADECIMENTOS

Este momento nunca consegue expressar por inteiro a dedicação e disponibilidade recebidas:

À Escola Superior de Saúde de Santa Maria pela excelência do ensino.

À Professora Doutora Cristina Pestana, minha orientadora, pela dedicação e sabedoria com que sempre me acompanhou nesta caminhada.

Ao Pedro, companheiro, pela presença, compreensão e disponibilidade ao longo deste percurso.

À minha mãe, pelo que representa para mim. Obrigada por ser parte significativa do que sou hoje.

À Dra. Maria José Corriça Alves pelo incondicional apoio nesta caminhada.

À Instituição onde desenvolvi os estágios, aos Enfermeiros Chefes e Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica pelo acolhimento, orientação e partilha de conhecimentos durante o percurso.

Aos meus colegas de mestrado e colegas de serviço pelo incentivo.

LISTAGEM DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesa

AORN – American Organization Registered Nurses

ASA – American Society of Anesthesiologists

APA – American Psychological Association

BO - Bloco Operatório

CDC- Center of Disease Control and Prevention

ECG - Eletrocardiograma

EORNA – European Operating Room Nurses Association

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – Internacional Council of Nurses

MRSA – Staphylococcus Aureus Resistentes à Meticilina

NICE – Nacional Institute for Health And Clinical Excellence

OE – Ordem dos Enfermeiros

OFT/ORL – Oftalmologia/ Otorrinolaringologia

OMS – Organização Mundial de Saúde

PDS – Plataforma de Dados da Saúde

PNSD – Plano Nacional da Segurança do Doente

PPCIRA – Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos

TNT – Tecido-não-tecido

UCA – Unidade de cirurgia de Ambulatório

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-anestésicos

RESUMO

A segurança é de extrema importância no ambiente cirúrgico. Neste sentido, urge o interesse em aprofundar o tema, visto que os Enfermeiros Perioperatórios são profissionais de saúde altamente qualificados que possuem um conjunto de habilidades avançadas e conhecimentos especializados na área perioperatória, constituindo-se como um elo vital entre o cliente e a equipa cirúrgica, assegurando que todos os procedimentos sejam executados com máxima segurança e eficiência, não esquecendo as implicações éticas e deontológicas adjacentes.

Tendo em conta que a esperança média de vida da população tem aumentado, assim como a necessidade de prestação de mais cuidados de saúde, o risco de contrair infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) também aumenta. Deste modo, as infeções do local cirúrgico sendo as mais frequentes, tornam-se um enorme peso no orçamento do país, retirando também qualidade de vida ao cliente.

Sendo esta problemática de grande interesse e também de grande complexidade sentiu-se necessidade de desenvolver, aprofundar e consolidar competências especializadas que visem a segurança do cliente por forma a prevenir a infeção do local cirúrgico, em especial aos clientes submetidos a artroplastia total da anca.

Para tal, e no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, foram realizados os estágios previstos na Unidade Curricular Estágio com Relatório, nomeadamente em contexto de Cirurgia de Ambulatório (Módulo I) e no Bloco Operatório (Módulo II – Opção); no que se refere ao Ensino Clínico I – Cuidar na Sala Operatória, foi-me concedida creditação, face a uma experiência profissional de 20 anos em Bloco Operatório. Estes estágios, associados à experiência profissional, proporcionaram um conjunto de vivências e experiências nas três fases do perioperatório, culminando na elaboração do presente Relatório, intitulado A segurança como valor: Desenvolvendo competências especializadas em Enfermagem Perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico, que visa ilustrar a aquisição e consolidação de competências que servirão para fundamentar uma prática clínica consciente, ética e profissional na prestação de cuidados de saúde com segurança e qualidade.

Durante a realização dos estágios, ambulatório e bloco operatório, recorreu-se à mais recente evidência científica por forma a apresentar uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada do percurso desenvolvido, fundamentando e analisando as competências comuns e específicas na área de Especialidade Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória e complementando com as competências de Mestre.

Palavras-Chave: segurança, infecção local cirúrgico, artroplastia da anca, competências, perioperatório, feixes de intervenção.

SUMMARY

Safety is of utmost importance in the surgical environment. In this regard, there is an urgent interest to delve deeper into the topic, as Perioperative Nurses are highly qualified healthcare professionals who have an advanced skill set and specialized knowledge in the perioperative area, serving as a vital link between the patient and the surgical team, securing that all procedures are carried out with maximum safety and efficiency, not forgetting the adjacent ethical and deontological implications.

Bearing in mind that the average life expectancy of the population has increased, as well as the need for more healthcare, the risk of contracting healthcare-associated infections (HAI) also increases. Hence, surgical site infections, being the most frequent, become an enormous burden in the country's financial plan, also taking away the life patient's quality.

As this issue is of great interest and complexity, the need was felt to develop, heighten and cement specialized skills aimed at patient's safety to prevent surgical site infection, in particular to patients undergoing total hip arthroplasty.

For this, and within the scope of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde de Santa Maria, in consortium with the Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, the internships foreseen in the Internship with Report Curricular Unit were carried out, namely in the context of Outpatient Surgery (Module I) and in the Operating Room (Module II – Option); Regarding the Clinical Education I – Care in the Operating Room, I was granted credit, based on 20 years of professional experience in an Operating Room. These internships, associated with professional experience, handed over a set of experiences in the three perioperative phases, leading up to getting ready this Report, entitled Safety as a value. Emerging specialized skills in Perioperative Nursing in preventing surgical site infection, which intends to display skills' acquirement and merging that will work for aid a conscious, ethical and professional clinical practice in providing safe and quality healthcare.

In the course of the internships, outpatient clinic and operating room, the new scientific evidence was used to present a critical, objective and contextual reflection of the path developed, corroborating and looking over the ordinary and specific skills in the

area of Medical-Surgical Specialty in a Perioperative Situation and complementing it with Master's skills.

Keywords: safety, surgical site infection, hip arthroplasty, skills, perioperative, intervention bundles.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	11
1. A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO COMO META DE SEGURANÇA DOS CUIDADOS.....	13
2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COM VISTA A SEGURANÇA DOS CUIDADOS: O PERCURSO PERIOPERATÓRIO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	24
2.1. FASE PRÉ OPERATÓRIA	32
2.2. FASE INTRA OPERATÓRIA	47
2.3. FASE PÓS OPERATÓRIA	62
3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE.....	72
4. CONCLUSÃO.....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	82
ANEXOS.....	99
ANEXO I - NORMA PARA APRESENTAÇÃO NO PPCIRA REFERENTE À TRICOTOMIA	
ANEXO II - FOLHETO SOBRE CUIDADOS DE PENSO A FERIDAS CIRÚRGICAS	
ANEXO III - PÓSTER: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA PERIOPERATÓRIO NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO	

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da unidade curricular Estágio com Relatório do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny, intitulado “A segurança como valor: desenvolvendo competências especializadas em Enfermagem Perioperatória na prevenção da infeção do local cirúrgico”, como resposta a uma exigência pedagógica desta unidade curricular. Tem como objetivo relatar de forma crítica e fundamentada o desenvolvimento de competências comuns e específicas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assim como servir de fundamento para a prestação de provas públicas, essencial para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização mencionada.

O plano de estudos do presente Mestrado contempla os seguintes objetivos:

- Demonstrar competências de análise, síntese e raciocínio crítico da experiência no cuidado da Pessoa em Situação Perioperatória;
- Revelar competências de trabalho em equipa e autoaprendizagem do processo vivenciado, e na capacitação da Pessoa em Situação Perioperatória, para o autocuidado e reintegração familiar e social;
- Mobilizar saberes que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional;
- Demonstrar capacidade de liderança do processo de prevenção e controlo de infeção.

Dentro das profissões da área da saúde, a enfermagem assume importante relevância na área da segurança, pois está constantemente envolvida com o cuidado e proteção dos clientes, acarretando a responsabilidade para manutenção da mesma. Neste sentido, podemos encontrar múltiplos fatores que podem contribuir para falha na segurança dos cuidados de saúde em todo o período perioperatório que tornam este tema de grande discussão e um grande desafio para área organizacional.

Constatando que as infeções associadas aos cuidados de saúde apresentam um elevado peso nas economias mundiais e na qualidade de vida dos próprios clientes, sentiu-se a necessidade de aprofundar e consolidar conhecimentos sobre esta temática,

centrando-se em concreto na prevenção da infecção do local cirúrgico (ILC), baseada na mais recente evidência científica.

A preocupação com a segurança dos clientes é abordada pelos enfermeiros como assunto nuclear do seu Código Deontológico, e para a qual os enfermeiros perioperatórios estão alerta devido à complexidade do ambiente cirúrgico, quer no que se refere aos recursos materiais, aos recursos tecnológicos e mesmo humanos.

Tendo em conta esta complexidade, almeja-se, com este Relatório de Estágio, abordar num primeiro capítulo o estado de arte sobre as infeções do local cirúrgico envolvendo a problemática da segurança nos cuidados, seguindo-se nos segundo e terceiro capítulos, uma análise crítica, reflexiva e fundamentada do percurso de autoformação que teve por base os 20 anos de experiência profissional, e os estágios nos serviços de Ambulatório e Bloco Operatório, conduzindo à aquisição e aprofundamento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, assim como de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica utilizando os planos de estágio e plano de autoformação, como base. Nestes, foram traçados objetivos gerais e específicos, assim como as atividades propostas e respetivas competências a atingir. Por fim encontra-se a conclusão onde se expressam a principais conclusões e reflexões finais.

Para a realização deste relatório recorreu-se à mais recente evidência científica através de uma pesquisa bibliográfica válida e pertinente ao longo de todo o percurso, assim como as *guidelines* mundiais e legislação, para poder fundamentar e apresentar uma reflexão crítica e reflexiva de todo o percurso realizado e das competências adquiridas inerentes ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória.

O relatório é apresentado através de uma metodologia descritiva, analítica e reflexiva tendo em conta o estado da arte, dando especial relevo à aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória, assim como de Mestre.

Este relatório é finalizado com algumas considerações finais. Em anexo colocam-se os documentos que foram importantes desenvolver ao longo deste processo formativo. As referências bibliográficas seguem as normas da American Psychological Association (APA) 7ª edição.

1. A PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO COMO META DE SEGURANÇA DOS CUIDADOS

Atualmente nas instituições de saúde, a preocupação com qualidade dos cuidados e com a segurança do cliente tem sido foco central, perpetuando-se como um tema de discussão a nível mundial. A segurança é :

a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento (DGS, 2011, p.14).

Neste sentido, Barroso et al, em 2021, (p. 9) definindo-a uma das dimensões da qualidade em saúde, descreve-a como “capacidade de atingir os objetivos desejados tendo em conta a maximização do bem-estar do paciente e o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas diferentes fases do processo da prestação dos cuidados”, culminando com ganhos em saúde.

A segurança do cliente foi abordada pela primeira vez num relatório americano intitulado “To err is Human”, em 1999, quando refere que os hospitais não eram instituições tão seguras quanto se pensava e, nesse sentido, este relatório quebra o silêncio que cercou os erros médicos e suas consequências, nunca apontando o dedo para os profissionais de saúde atenciosos que cometem erros não intencionais. Neste estudo estimou-se que entre 44 000 e 98 000 pessoas nos Estados Unidos da América, faleciam anualmente em consequência de erros médicos que poderiam ter sido evitados. Deste modo, sentiu-se a necessidade de apresentar algumas estratégias para reduzir erros médicos e melhorar a segurança do cliente por meio através de um projeto de um sistema de saúde mais seguro (Institute of Medicine, 1999)

Com este intuito, em Portugal, em 2011, a DGS publica um relatório intitulado: “Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente” tendo como objetivo o bem-estar, a melhoria dos cuidados prestados ao cliente, desenvolvendo prioridades e soluções na área da segurança. Como forma de atingir uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados com foco na segurança do cliente, a gestão do risco assume um papel central no sector da saúde, investindo-se na aprendizagem a partir de

situações nas quais ocorreram falhas ou eventos adversos, contrariamente em se concentrar na “culpa e vergonha” e nas punições daí decorrentes (DGS, 2011).

Tendo em conta este Relatório, foi criado o Despacho nº 1400-A/2015, PNSD 2015-2020, coordenado pelo Departamento de Qualidade na Saúde da DGS com o objetivo de apoiar os gestores e clínicos do Sistema Nacional de Saúde a implementar e acompanhar um conjunto de ações propostas com vista à “melhoria da qualidade dos cuidados prestados à população” dado que a “segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde”, e é “essencial para a confiança dos cidadãos no Sistema de Saúde e no Sistema Nacional de Saúde, em particular” (PNSD, 2015-2020, p.3882).

Com base na avaliação deste plano (DGS, 2022), foi criado um Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 (PNSD 2021-2026), que faz continuidade numa metodologia participativa de auscultação de peritos e parceiros nacionais e internacionais com o objetivo de continuar a implementação de práticas seguras em ambientes complexos. Este plano surge com o conhecimento mais atualizado no âmbito da segurança do cliente, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, em especial, os cargos superiores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança do cliente e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, utentes, clientes, família e mesmo cuidadores.

O PNSD 2021-2026 é suportado por cinco pilares, com a definição de vários objetivos estratégicos. O acompanhamento contínuo ao longo dos cinco anos da sua vigência, permitirá o ajuste destes objetivos a novos desafios, tornando-o “dinâmico em função das necessidades sentidas ao longo da sua implementação e constante monitorização” (2020, p.99-101). Tal como referido, este plano assenta em cinco pilares: “Cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança e práticas seguras em ambientes seguros”.

O Ministério da Saúde reconhece que a segurança do cliente é um desafio ininterrupto dos Sistemas de Saúde e da sociedade mundial, ancorado na legislação existente e também nos vários compromissos nacionais e internacionais assumidos. A DGS assume a segurança do cliente como uma prioridade estratégica, reconhecendo que os Enfermeiros estão alerta para prevenir danos aos clientes e melhorar a qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados (DGS, 2018).

Sabendo que os Enfermeiros Perioperatórios são os profissionais em maior número e com mais horas de trabalho em contexto de bloco operatório, cabe-lhes também a responsabilidade de zelar pela segurança do cliente, prevenindo, entre outros, o risco de infeção. Uma das primeiras abordagens à infeção hospitalar remonta aos tempos da mãe da Enfermagem moderna, Florence Nightingale, que muito contribuiu para este assunto no livro, *Notes of Nursing* (2005), descrevendo, por exemplo, a importância da lavagem das mãos no tratamento dos clientes.

Atualmente, as infeções hospitalares continuam a ter um impacto catastrófico na qualidade de vida dos clientes, traduzindo-se em perdas em saúde, dado que vai implicar mais tempo de internamento, mais custos em saúde e limitação muitas das vezes das atividades de vida diária. Neste âmbito, as instituições de saúde e os profissionais devem estar particularmente despertos, pois passam inúmeras horas a prestar cuidados diretamente aos clientes, podendo desempenhar um papel fundamental no campo da prevenção e controlo da infeção hospitalar (DGS, 2018).

Uma infeção hospitalar, ou também designada infeção nosocomial define-se segundo a OMS (2018, p.9) como “an infection occurring in a patient during the process of care in a hospital or other health care facility, which was not present or incubating at the time of admission. Health care-associated infections can also appear after discharge”. Este é o evento adverso mais comum aos cuidados de saúde, sendo que 20% está associado a infeções do local cirúrgico, mantendo-se uma prioridade na segurança do cliente nos dias de hoje (NICE, 2020).

Assim sendo, uma ferida cirúrgica com local signs and symptoms of infection, for example, heat, redness, pain and swelling, and (in more serious cases) with systemic signs of fever or a raised white blood cell count. Infection in the surgical wound may prevent healing, causing the wound edges to separate, or it may cause an abscess to form in the deeper tissues (NICE, 2020, p.15) pode ser considerada uma infeção do local cirúrgico.

Deste modo, a infeção da ferida cirúrgica ou infeção do local cirúrgico (ILC) é definida como

an infection that occurs after surgery in the part of the body where the surgery took place. Surgical site infections can sometimes be superficial infections involving the skin only. Other surgical site infections are more serious and can involve tissues under the skin, organs, or implanted material (CDC, 2023, p.1).

Já em 2013, a DGS (p.11) referia que

surge nos 30 dias seguintes à cirurgia sem utilização de prótese, ou até um ano após a cirurgia no caso de colocação de prótese e a infeção parece estar relacionada com o procedimento cirúrgico. Essa infeção atinge qualquer parte do corpo, excluindo a pele, da incisão, fáscia ou músculos, aberta ou manipulada no procedimento cirúrgico.

A maioria das infeções do local cirúrgico podem ser evitáveis, pois geralmente são causadas pela contaminação de uma incisão com microrganismos do próprio corpo do cliente durante a cirurgia, embora possa haver causas externas, mas muito pouco comuns (Seidelman & Anderson, 2021). Como já foi referido, as infeções acarretam não só prolongamento do tempo de internamento, como podem necessitar de intervenções cirúrgicas adicionais, causando não só custos mais elevados para o hospital, como diminuem a qualidade de vida dos clientes. Estas infeções podem ser evitáveis e o risco pode ser minimizado aplicando as melhores práticas no período perioperatório (Stryja et al, 2020) atingindo a segurança do cliente como meta e a excelência dos cuidados.

O PNSD 2021-2026 reforça a promoção da segurança do cliente exigindo um esforço coordenado de todos os intervenientes, assim como uma abordagem contínua da cultura de segurança dos cuidados, através das práticas seguras em ambientes seguros, implementando e monitorizando programas de vigilância epidemiológica.

O risco de contrair infeção do local cirúrgico está diretamente relacionado com fatores intrínsecos ao cliente tais como diabetes, desnutrição, terapia imunossupressora, obesidade, hábitos de vida (tabaco), idade e sexo, que podem deste modo afetar a eficácia da resposta imunológica (Martins et al, 2020; OMS, 2018; Stryja et al, 2020). No entanto, a literatura complementa que este também pode estar estritamente associado aos seguintes fatores (AESOP, 2006; CDC, 2017; Liu et al, 2018; NICE, 2020; OMS, 2018):

- Classificação da ferida cirúrgica:

Pode-se considerar feridas limpas como feridas operatórias não traumáticas, sem sinais de inflamação, nos tratos respiratório, digestivo, genital ou urinário.

As feridas limpas/contaminadas são feridas operatórias nas quais os tratos respiratório, digestivo, genital ou urinário são penetrados sob condições controladas e sem contaminação. Especificamente, as cirurgias que envolvem o trato biliar, apêndice, vagina e orofaringe estão incluídas nesta categoria, desde que não haja evidência de infecção ou falha significativa na técnica.

As feridas contaminadas incluem feridas abertas, recentes e acidentais. Além disso, estão incluídas nesta categoria cirurgias com “quebras” na técnica estéril ou grande derrame de conteúdo no trato gastrointestinal, e incisões nas quais é encontrada inflamação aguda não purulenta.

Por fim, as feridas sujas ou infetadas incluem feridas traumáticas antigas, com tecido desvitalizado, mas também aquelas que envolvem infecção clínica prévia existente ou mesmo vísceras perfuradas. Esta definição sugere que os organismos causadores de infecção pós-operatória estavam presentes no campo operatório antes da cirurgia.

- A classificação do estado físico do cliente pela American Society of Anesthesiologists (ASA):

Definidos cinco tipo de clientes:

ASA I – Cliente saudável normal;

ASA II – Cliente com doença ou condição sistêmica leve;

ASA III – Cliente com doença sistêmica grave;

ASA IV – Cliente com doença sistêmica incapacitante que pode ser uma ameaça constante à vida;

ASA V - Cliente moribundo que não se espera que sobreviva sem a cirurgia.

- Duração da cirurgia:

O tempo operatório prolongado pode aumentar o risco de infecção do local cirúrgico, diretamente relacionado com o aumento da contaminação da ferida, aumento do dano tecidual e a própria técnica cirúrgica ou combinação dos diferentes fatores (Seidelman & Anderson, 2021).

No caso de reintervenção dentro de 72 horas após o procedimento primário, a duração desta precisa ser adicionada à duração do procedimento primário (NICE, 2020).

As *guidelines* lançadas mundialmente referentes à prevenção da infecção do local cirúrgico enumeram múltiplas recomendações tendo por base a qualidade da evidência científica, mas também outros fatores, incluindo o equilíbrio entre benefícios e danos, os valores e preferências das partes interessadas e as implicações de recursos da intervenção. Para garantir que cada recomendação seja corretamente compreendida e aplicada na prática, apresentam-se em apêndice os resumos das revisões sistemáticas, incluindo o risco de avaliações de viés e as tabelas GRADE (EORNA, 2020; NICE, 2020; OMS, 2018; Parvizi & Gehrke, 2018), por forma a ser consultadas promovendo uma melhoria do clima de segurança dos clientes, através da implementação de estratégias e protocolos bem sucedidos nos cuidados prestados.

Há recomendações fundamentais como antes da cirurgia sugerir aos clientes que devem tomar banho com um agente antisséptico pelo menos na noite anterior ao dia da cirurgia de modo a garantir que a pele esteja o mais limpa possível e com o mínimo de carga bacteriana (CDC, 2017; Kang, 2023; Martins et al, 2020; NICE, 2020; OMS, 2018).

A profilaxia antibiótica deve ser administrada somente até 60 minutos antes do início da intervenção cirúrgica (Goldberg et al, 2021; EORNA, 2020; Martins et al, 2020; OMS, 2018). Esta deve ser administrada antes de cirurgias limpas que envolvam uma prótese ou implante, cirurgias limpas-contaminadas e cirurgias contaminadas. Deve ser administrada repicagem, caso a cirurgia seja mais longa que a semi-vida do antibiótico administrado (NICE, 2020). Para procedimentos limpos e limpos-contaminados, doses adicionais de antibioterapia profilática não devem ser administradas após o encerramento da incisão cirúrgica, mesmo na presença de dreno (OMS, 2018) devendo ser descontinuado até 24h após o termino da cirurgia (Kang et al, 2023).

A tricotomia deve ser realizada apenas quando absolutamente necessária. Se for necessário fazer remoção de pêlos deve-se usar máquina elétrica (Goldberg et al, 2021; Martins et al, 2020; NICE, 2020) o mais perto da cirurgia, pois é um momento chave para o desenvolvimento da infecção do local cirúrgico (OMS, 2018; Seidelman & Anderson, 2021). A tricotomia pode ser necessária para facilitar a exposição adequada e a marcação pré-operatória da pele. Além disso, a sutura e a aplicação de pensos podem ser complicados pela presença de pêlos. Desaconselham o uso de cremes depilatórios devido ao potencial de reação alérgica podendo comprometer a integridade da pele (OMS, 2018).

A preparação cirúrgica da pele na sala operatória deve ser realizada com um agente à base de álcool, a menos que contraindicado, como o caso das mucosas, pelo risco de queimadura, privilegiando-se o uso de clorhexidina aquosa a 4%. No caso do cliente apresentar contraindicação para o uso de clorhexidina, dever-se-á utilizar iodopovidona nas soluções alcoólica e aquosa, de acordo com a área a desinfetar (Liu et al, 2018; NICE, 2020; Goldberg et al, 2021). O objetivo deste procedimento é reduzir ao máximo a carga bacteriana da pele do cliente antes da incisão cutânea (OMS, 2018; Martins et al, 2020).

A lavagem cirúrgica das mãos, sempre que possível, deve ser feita com solução alcoólica, após a lavagem na primeira cirurgia do dia com solução antisséptica aquosa (Goldberg et al, 2021; Martins et al, 2020; NICE, 2020). Considera-se pertinente o uso de dois pares de luvas estéreis sempre que haja alto risco de perfuração das luvas (NICE, 2020). O uso de luvas tem duas finalidades: fornecer barreira contra a disseminação de germes transitórios e residentes na pele dos profissionais e evitar a contaminação das mãos por sangue e exsudatos da ferida operatória (EORNA, 2020). A Joint Commission emite este ano, 2023, dezasseis metas para a segurança dos clientes no qual reforça a importância de manter diretrizes de higiene das mãos da OMS e CDC, promovendo a redução da transmissão de agentes infecciosos da equipe cirúrgica para os clientes, diminuindo assim a incidência de infecções associadas aos cuidados de saúde. A OMS complementa que as unhas dos profissionais devem estar curtas, sem unhas artificiais ou esmalte e devem ser removidas todas as jóias, antes da preparação cirúrgica das mãos. Se as mãos estiverem visivelmente sujas, as diretrizes recomendam lavar as mãos e remover os detritos por baixo unhas usando um limpador de unhas (não escovas), de preferência sob água corrente (EORNA, 2020; OMS, 2018; Seidelman & Anderson, 2021).

Durante a cirurgia, a homeostase intra operatória deve ser mantida, controlando o valor glicémico com níveis-alvo de glicemia inferiores a 200 mg/dL, assim como a normotermia e volémia (Liu et al, 2018; Martins et al, 2020). Valores glicémicos altos podem provocar complicações como Acidentes Vasculares Cerebrais, enfartes ou mesmo pneumonia (Kang et al, 2023). A hipotermia intraoperatória prejudica as defesas do cliente contra a contaminação da ferida cirúrgica dado que a vasoconstrição causa redução da perfusão tecidual e consequente atraso na cicatrização (EORNA, 2020; Kang et al, 2023) devendo a equipa ser promotora medidas perioperatória de promoção da normotermia.

O aumento da fração inspirada de oxigénio deve ser administrado durante a cirurgia e após a extubação no pós-operatório imediato, de duas a seis horas, para clientes com função pulmonar normal submetidos a anestesia geral com intubação endotraqueal (DGS, 2022) de forma a garantir a manutenção de uma saturação de hemoglobina superior a 95% (Kang, 2023; NICE, 2020). A diminuição da oxigenação tecidual pode interferir na formação de colagénio, neovascularização e epitelização, assim como na eficácia da antibioterapia perioperatória (Seidelman & Anderson, 2021).

Na fase pós operatória é crucial a colocação de penso de modo a garantir uma barreira física para proteção da ferida do ambiente externo. É importante o uso de técnica asséptica para a realização dos pensos cirúrgicos, evitando a sua manipulação até 48h após a cirurgia (DGS, 2022; NICE, 2020; OMS, 2018). No que se refere aos drenos cirúrgicos, o seu objetivo é promover a eliminação de qualquer fluído ou sangue que se possa acumular nas feridas e cavidades criadas pelo procedimento cirúrgico e, portanto, podendo causar complicações. Quando usado, o momento ideal para a remoção do mesmo após a cirurgia ainda é desconhecido, no entanto, deve ser colocado em incisão separada, distante da incisão operatória (DGS, 2013). Os drenos geralmente são deixados no local até que a quantidade de fluído drenado num período de 24 horas tenha reduzido a um volume mínimo (NICE, 2020; OMS, 2018) de modo a reduzir ao máximo o risco de infeção.

É igualmente importante alertar para importância de um ambiente perioperatório seguro traduzido na limpeza das salas operatórias como meio de controlo, não só, das infeções do local cirúrgico, mas também das infeções associadas aos cuidados de saúde. As instituições devem possuir protocolos de limpeza tanto entre cirurgias, como no final do dia (Kang et al, 2023). As precauções dos profissionais de saúde relativamente à sua proteção individual que passam pelo fardamento, uso de touca e máscara adequadas à situação vivenciada (EORNA, 2020). A AORN preconiza o uso de fardas de uso único, que se devem apresentar sempre limpas e os profissionais devem usar máscara cirúrgica adequada que cubra a boca e nariz, estando presa por forma a evitar a ventilação nas laterais da mesma. É igualmente importante o uso de touca que cubra o cabelo e couro cabeludo na sua totalidade por forma a prevenir a dispersão de cabelos e microrganismos eliminadas pelos profissionais (Kang et al, 2023; Liu et al, 2018). O tráfego dentro da sala operatória, é outro fator difícil de quantificar mas claramente que as partículas presentes

na sala aquando da abertura e encerramento das portas tem influência no risco de infeção do local cirúrgico (EORNA, 2020; Kang et al, 2023; Liu et al, 2018), tornando-se importante implementar estratégias de limitação de tráfego ao mínimo.

A adesão dos hospitais portugueses à tentativa de controlo de infeção tem vindo a aumentar, sobretudo em termos de vigilância da prevenção da infeção do local cirúrgico, iniciado já em 2015 pelo Projeto Stop Infeção Hospitalar! Um desafio Gulbenkian, de modo a reduzir ao máximo esta tendência europeia. Complementado pelo PNSD 2021-2026 que preconiza a implementação e monitorização das *bundles* de prevenção das infeções associadas aos cuidados de saúde, a DGS, em Novembro de 2022, emite uma atualização da norma 020/2015: “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico aplicada a todos os clientes submetidos a intervenção cirúrgica, para uma vez mais promover a segurança do cliente. Este documento descreve intervenções nas três fases do perioperatório que os profissionais de saúde devem ter como foco de atenção para prevenir a infeção do local cirúrgico, como:

- Rastreio de Staphylococcus Aureus meticilina resistentes e realizar descolonização, caso seja positivo;
- Banho pré operatório;
- Tricotomia, apenas se absolutamente necessária;
- Administração da profilaxia antibiótica até 60 minutos antes;
- Realização da antissepsia da pele com clorexidina a 2% em álcool a 70%;
- Garantia da homeostasia pré, intra e pós operatória (normotermia, normoglicemia e oxigenoterapia);
- Cumprimento técnica asséptica na realização do penso.

Associado a estas *bundles*, também está implementada a lista de verificação cirúrgica que representa uma estratégia disseminada nos hospitais mundiais, desde 2009, para garantir a segurança do cliente cirúrgico em todo o período perioperatorio. Esta lista de verificação contempla três fases importantes: antes da indução anestésica, abrangendo a identificação do cliente, equipa e equipamentos; antes da incisão cirúrgica, contemplando as etapas críticas, antibioterapia e material disponível e, por fim, antes da saída da sala operatória, verificando contagens de materiais, rotulagem de amostras e preocupações com a recuperação tendo em conta as perdas estimadas (DGS, 2011; OMS, 2018, Treadwell et al, 2014).

Consultando o Instituto Nacional de Estatística, no ano de 2021, foram realizadas um milhão de cirurgias, refletindo um acréscimo de 156,1 mil cirurgias em comparação com o ano de 2020. Entre as cirurgias efetuadas, as especialidades mais relevantes foram Oftalmologia (28,2%), Ortopedia (17,2%), Cirurgia Geral (16,2%) e Ginecologia-Obstetrícia (8,6%).

Por outro lado, dado o interesse pela área de ortopedia, nomeadamente pelas artroplastias, ao analisar o Relatório do Programa Prioritário PPCIRA (2021, p.18) as taxas de infeção do local cirúrgico, entre 2015 e 2019 registaram uma diminuição da “nas cirurgias de artroplastia do joelho em 30% e artroplastia da anca em 38,1%”. No entanto, entre 2019 e 2020, no mesmo grupo procedimentos verifica-se que aumentou a taxa de infeção do local cirúrgico nas “artroplastias do joelho de 14,3% e artroplastia da anca em 76,9%”.

Tendo em conta estes dados, e constatando o envelhecimento da população a nível mundial, a patologia do foro ortopédico tem vindo a aumentar, nomeadamente no que se refere às artroses. Consequentemente, é previsível que o número de clientes para tratamento desta patologia aumente significativamente no decorrer dos anos (Budib et al, 2020).

A substituição artroplástica da articulação da anca e do joelho são procedimentos cirúrgicos muito comuns nas instituições hospitalares, que podem traduzir ganhos em saúde e em qualidade de vida, caso não existam intercorrências (Amaral, 2011; RPA, 2023). E por outro lado, ocorrendo uma complicação grave, como o caso de uma infeção em artroplastias, terá efeitos devastadores e coloca o cliente numa situação clínica bastante dolorosa e incapacitante exigindo, por vezes, a remoção dos implantes temporária ou mesmo definitiva (Cabral, 2008; RPA, 2023).

Apresentando o crescente interesse pelas artroplastias é importante definir artroplastia da anca. Este termo compreende a substituição anatómica das estruturas da articulação coxo-femoral, ou seja, o acetábulo do osso ilíaco e a cabeça do fémur, por material protésico, permitindo o alívio das queixas álgicas e a devolução da capacidade de deambular e executar as atividades da vida diária autonomamente, trazendo um excecional impacto ao nível da qualidade de vida (DGS, 2013; RPA, 2023).

Os desafios dos sistemas de saúde atuais exigem a necessidade de garantir o acesso à saúde de qualidade incutindo práticas seguras em ambiente seguros, colocando

a segurança como uma meta a atingir nos cuidados de saúde prestados, em especial no que se refere à prevenção da infeção do local cirúrgico. Para que tal seja possível, as instituições hospitalares seguem as recomendações traçadas através do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, criado com base nas diretrizes da CDC (2017), NICE (2020) e OMS (2018).

Sendo os enfermeiros perioperatórios, elementos fulcrais na segurança dos doentes, cabe-lhes a responsabilidade de contribuir para a prevenção do risco de infeções associadas ao contexto perioperatório, salvaguardando as condições ideais do ambiente cirúrgico, fomentando as boas práticas da equipa multidisciplinar e exigindo qualidade na prestação dos cuidados mantendo constante, como meta a segurança dos clientes.

Nestes sentido, avança-se para uma descrição do desenvolvimento de competências específicas e comuns ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação perioperatória, assim como de Mestre de modo a salvaguardar a segurança do cliente como objetivo primordial no cuidar diário do cliente numa situação tão vulnerável como uma intervenção cirúrgica, dando ênfase aos clientes submetidos a artroplastia total da anca.

2. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COM VISTA A SEGURANÇA DOS CUIDADOS: O PERCURSO PERIOPERATÓRIO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

É sabido que a atividade cirúrgica é um importantíssimo chavão no financiamento das organizações hospitalares e que para que haja produtividade, há necessidade de dinâmica com garantia de eficiência e qualidade, tanto no planeamento, como na organização diária. Os blocos apresentam custos fixos muito elevados, não só devido às instalações e equipamentos específicos altamente sofisticados, como a profissionais altamente diferenciados e especializados (DGS, 2015).

É nos blocos operatórios das instituições hospitalares que se constata os ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, e onde há grande probabilidade de ocorrência de eventos adversos. A constante diversidade de tecnologia, assim como a evolução das técnicas e dos procedimentos cirúrgicos e a multidisciplinaridade a que obriga, constituída por uma equipa multidisciplinar (anestesiastas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos) obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade (AESOP, 2006).

Sendo os Enfermeiros elementos fundamentais para atividade cirúrgica e, relembrando o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), datado de 1998 (p.3) o Enfermeiro Especialista é o

enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade

e neste sentido, a especialização do enfermeiro na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como “alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica” (Regulamento 429/2018).

A intervenção do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre

si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, sendo que os cuidados de enfermagem devem ser dirigidos aos “projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (Regulamento 429/2018, p.19366). Estes momentos são vividos com muita ansiedade pela pessoa e família/pessoa significativa, dado se tratar de um momento de grande vulnerabilidade a que está exposto, e nos quais o Enfermeiro Especialista pode ter um papel crucial na prestação dos cuidados. Pode-se complementar que o Enfermeiro Especialista é responsável pela gestão do risco e do ambiente propícios aos cuidados especializados e adequa a sua resposta salvaguardando a segurança de todos os intervenientes no processo de cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 2017), assim como deve mobilizar conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade (Regulamento 140/2019).

O Enfermeiro tem o dever de excelência nos cuidados que presta, e consequentemente, de assegurar cuidados em segurança promovendo um ambiente seguro (Regulamento 140/2019). A excelência é uma exigência ética, no direito ao melhor cuidado em que a competência, a equidade e a confiança se complementam. A capacidade de controlar os riscos que ameaçam os cuidados promove a qualidade dos mesmos, o que corresponde à realização plena da obrigação profissional (Ordem dos Enfermeiros, 2015) traduzindo-se em cuidados seguros.

Tendo em conta a especificidade dos Enfermeiros Perioperatórios são-lhes exigidos habilidades e conhecimentos muito próprios, respeitando normas de segurança, um elevado nível de cumprimento das suas funções, dado que o cliente ao entrar no bloco operatório encontra-se extremamente vulnerável, num mundo desconhecido em que é exigido ao Enfermeiro a preservação da dignidade humana, a capacidade de proteção dos seus direitos e o compromisso do cuidar (Ordem dos Enfermeiros, 1998).

Entenda-se que os cuidados de enfermagem têm como principal objetivo promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue:

procura-se, ao longo de todo o ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, procura-se a satisfação das necessidades humanas

fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida, procura-se a adaptação funcional aos défices e a adaptação a múltiplos fatores como enunciado no enquadramento conceptual dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (Ordem dos Enfermeiros, 2001, p.11).

Neste sentido, a Ordem dos Enfermeiros divulga os padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica com o objetivo de refletir sobre os cuidados de enfermagem e, ao mesmo tempo implementar sistemas de melhoria contínua, com vista à excelência dos cuidados, orientando na reflexão profissional e na tomada de decisão. As bases dos padrões de qualidade assentam em quatro conceitos chave: saúde, a pessoa, o ambiente e os cuidados de enfermagem, emergindo nos seguintes enunciados descritivos: “satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, readaptação funcional e organização dos cuidados de enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.6-9).

Como já foi referido anteriormente, este Relatório descreve o percurso de desenvolvimento, aprofundamento e consolidação de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista, que tem por base 20 anos de experiência em Bloco Operatório, creditado no Ensino Clínico I - Cuidar em Sala Operatória, bem como os estágios realizados no percurso formativo do Mestrado, o Módulo I correspondente à Cirurgia de Ambulatório e o Módulo II correspondente ao Estágio de Opção. A cirurgia de ambulatório assume particular importância devido ao seu exponencial crescimento nos últimos anos, assim como, serviu de base para aprimorar as vivências experienciadas no estágio de opção, em especial na área da Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico, através da implementação de um projeto de autoformação.

O principal objetivo foi desenvolver competências que visem a segurança do cliente por forma a prevenir a Infecção do Local Cirúrgico, em especial, em clientes submetidos a artroplastias da anca, refletindo de que forma o Enfermeiro no cuidado perioperatório, pode adquirir e desenvolver competências comuns e especializadas nesta tão ampla área, assim como de Mestre.

Os estágios realizaram-se num Hospital da Região Norte do país, que apresenta duas unidades de atividade cirúrgica no qual, a Unidade de Ambulatório, é autónoma em relação à restante Unidade Hospitalar, pois apresenta atividade cirúrgica com

internamento e cirurgia ambulatória com circuitos independentes. O facto de ser uma unidade autónoma permite apresentar espaços exclusivos, autonomia funcional e maior eficiência operatória embora, inicialmente o investimento seja superior, dada a necessidade de mais material, pessoal e áreas cirúrgicas, assim como, necessidade de construir ou readaptar novas áreas (Hospitais SA, 2005). A opção de realização do estágio na mesma Unidade Hospitalar permitiu uma continuidade de cuidados em todo o contexto perioperatório, acrescentando uma melhor compreensão, reflexão e participação na melhoria dos cuidados prestados ao longo de todo o percurso.

A Unidade de Ambulatório é constituída pela Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e o Bloco Operatório que apresenta três salas operatórias no mesmo piso, separados fisicamente, mas interdependentes no modo de funcionamento.

A Unidade Hospitalar Central apresenta dois blocos operatórios, situados em diferentes pisos: o Bloco Operatório Central (Piso três) e a unidade de OFT/ORL (Piso um). O Bloco Operatório na sua totalidade apresenta nove salas operatórias, sendo seis delas no BO central, isolados da circulação geral do hospital, mas acessível aos diferentes Serviços que dele dependem. As restantes salas localizam-se na unidade de ORL/PFT.

É de ressaltar que os dois blocos operatórios, central e de ambulatório, apresentam características físicas similares embora com diferentes dimensões.

De acordo com AIA, 2010 citado por DGS 2015, estas unidades devem ser planeadas e organizadas de modo a facilitar o fluxo interno e externo de doentes, pessoal e materiais nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental. Tendo em conta estas premissas, o bloco operatório deve ser dividido em áreas restritas, semi-restritas e livre, de modo a promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o bloco operatório (AESOP, 2006; DGS, 2015). As definições claras destes fluxos protegem os profissionais, doentes e materiais de potenciais fontes de contaminação cruzada (DGS, 2015).

As áreas restritas nos blocos operatórios correspondem às salas operatórias, sala de indução, sala de desinfeção, armazém de apoio de material estéril anexo à sala de operações, havendo a necessidade de uso de touca e máscara.

A área semi-restrita compreende as áreas de suporte periféricas que circundam a área restrita cirúrgica (sala de operações) como as zonas de armazenamento de material limpo e estéril, salas de trabalho, armazenamento de instrumental cirúrgico e

equipamento, gabinetes de trabalho, sala de estar de pessoal e os corredores de acesso às áreas restritas. A circulação nesta área está limitada aos profissionais e clientes, devendo estar salvaguardada a presença de visitantes. Os profissionais, visitantes e/ou acompanhantes devem usar fardamento do bloco operatório, cabelos protegidos e calçado anti-estático de uso exclusivo.

A área livre corresponde à zona de recepção e acolhimento do cliente, pessoal e materiais. Incorpora os diferentes tipos de áreas de transferência e a zona de desinfecção de macas, na qual a circulação não está limitada (AESOP, 2006).

No que se refere à transferência dos materiais estéreis, esta é realizada através de carros próprios de transporte da esterilização para o bloco, utilizado a área restrita do bloco encontrando-se os armazéns próximo das salas operatórias (ACSS, 2011). Estes armazéns não devem possuir locais de difícil acesso nem espaços mortos. Os materiais saem para a esterilização em contentores hermeticamente fechados.

As salas têm portas de inox com puxador embora as recomendações técnicas indiquem que as portas devam ser mecânicas, e a sua abertura deva ser possível a partir do contato com a anca ou pé e o seu fecho automático (ACSS, 2011) e a distribuição do ar é feita através do fluxo laminar (DGS, 2015).

A ACSS (2011) recomenda ecrãs táteis ou teclados planos, por forma a evitar os teclados tradicionais pois a sua limpeza é problemática, embora não existam na instituição, eventualmente devido aos custos inerentes.

Neste sentido, a prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde exige uma padronização de procedimentos de forma a minimizar o risco da sua ocorrência, obrigando os hospitais a adaptar as *guidelines*, tidas como universais, a cada local de prestação de cuidados (ERS, 2021). Uma adequada limpeza e desinfecção das instalações e equipamentos são medidas cruciais para prevenir e reduzir as infeções cruzadas em clientes e profissionais, tendo em conta algumas limitações decorrentes da construção do bloco operatório, bem como para minimizar a gradual deterioração dos equipamentos. A formação contínua dos assistentes operacionais nas duas unidades é um objetivo primordial para a chefia, suportado essencialmente pelo envolvimento dos Enfermeiros Especialistas no dia-a-dia. A Ordem dos Enfermeiros, tanto em 2018, através do Regulamento de competências comuns do Enfermeiro Especialista, como em 2019, nas competências específicas do Enfermeiro Especialista na Especialidade de Enfermagem

Médico-Cirúrgica, descreve a importância destes profissionais como formadores oportunos no contexto de trabalho, devendo deste modo, intervir no planeamento e implementação da formação e treino interdisciplinar (Regulamento 429/2018 e Regulamento 140/2019).

Deste modo, é comum nas instituições de saúde haver um responsável pela formação dos auxiliares e pela supervisão do seu trabalho, monitorizando através da realização de auditorias. É importante salientar que, dado os Assistentes Operacionais realizarem diariamente a limpeza e higienização das salas e equipamentos, devem ser detentores de conhecimentos na área da prevenção da infeção.

A Ordem dos Enfermeiros, em 2009 (p.2), emite o Parecer CJ 160/2009, acerca da participação dos Enfermeiros na formação dos “Assistentes Operacionais” admitindo que “é natural e desejável que os enfermeiros sejam chamados a colaborar e colaborem na formação destes profissionais”, ressaltando a importância desta função enquadrada na partilha dos conhecimentos de modo a promover a complementaridade, transdisciplinaridade, qualidade e segurança na resolução dos problemas do cliente.

Tendo em conta a importância da estrutura e organização dos Blocos Operatórios na prevenção do risco de infeção, o Enfermeiro Especialista Perioperatório apresenta-se como elemento crucial na organização de um conjunto de atividades sistematizadas e delineadas para o processo do cuidar centrado nas necessidades individuais de cada pessoa e família/pessoa significativa, promovendo o cuidar “da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa” e maximizando a “segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, p. 19360) durante o percurso do cliente submetido a intervenção cirúrgica.

O facto de as portas das salas operatórias possuírem puxadores e os teclados dos computadores serem tradicionais, constituem locais particulares para o desenvolvimento e proliferação de microrganismos, ao qual eu, enquanto futura Especialista, mantenho-me alerta para validar a higienização adequada entre cada cliente sujeito a intervenção cirúrgica.

Relativamente à limpeza das salas operatórias deparei-me, também com a necessidade de supervisionar e reforçar ensinamentos aos Assistentes Operacionais recentemente admitidos no serviço. É facilmente perceptível, mas não aceitável, que um novo elemento,

embora tenha sido integrado em tempo útil, abrevie a higienização da sala operatória por se sentir pressionado pela entrada de outro cliente na sala operatória. Tomando como exemplo, um jovem Assistente Operacional que termina a sua integração passando a ficar responsável pela higienização de uma sala operatória. Num determinado dia, da colocação de um novo cliente deparo-me com um elétrodo da cirurgia anterior no cabo de ECG. Neste caso, é fundamental chamá-lo, pedir-lhe para rever e higienizar o cabo, assim como explicar-lhe que por ter menos destreza, não deverá, de modo algum, desvalorizar o trabalho que tem de realizar, demonstrando-lhe a importância do seu trabalho diário.

Como já foi referido anteriormente, o bloco operatório sendo constituído por equipas multidisciplinares e, numa grande maioria enfermeiros, estes devem estar orientados para diferentes áreas do saber como: anestesia, circulação e instrumentação, devendo-se realçar a importância destes profissionais atendendo às suas competências.

Na instituição onde decorreu o estágio, as equipas de enfermagem no bloco Operatório estão divididas por áreas de especialidade, isto é, área de anestesia, área de Cirurgia Geral e Ginecologia/Urologia, Ortopedia e por fim ORL/OFT. A decisão da implementação de equipas por áreas de especialidade nas salas operatórias da instituição reduz o tempo de rotatividade e a incidência de Infecção do Local Cirúrgico, assim como melhora a satisfação do cirurgião (Stucky et al, 2022; Zhong et al, em 2022).

Tendo em conta a experiência profissional e a vivência com equipas diferenciadas por especialidades e equipas sem especialização, considera-se vantajoso e, deste modo, concordo com a evidência acima descrita. É obvio, que em termos de organização para a instituição poderá ser mais complexa a sua gestão, poderá ficar mais dispendioso, e uma ausência poderá dificultar a qualidade dos cuidados. No entanto, se tiver uma equipa mais específica, é possível otimizar o tempo operatório, podendo aumentar o número de cirurgias, e deste modo, ao otimizar salas operatórias reduzindo o tempo cirúrgico e, conseqüentemente contribuir para a redução da incidência da Infecção do Local Cirúrgico, pesando na vida do clientes, assumindo a segurança como uma dimensão objetiva na prestação dos cuidados. Apresentando como exemplo, um enfermeiro de anestesia se habitualmente faz apenas a área de anestesia, numa emergência estará mais preparada para atuar, que um enfermeiro, que o faça de vez em quando. A mesma situação se aplica a um instrumentista que instrumente com frequência determinada especialidade, estará

alerta para eventuais particularidades do procedimento, antecipando-se como faz parte da sua função.

Quer o Bloco de Cirurgia de Ambulatório, quer o Bloco Operatório Central, são dotados dos mesmos protocolos e instruções de serviço que são utilizados como a base de trabalho diário dos profissionais de saúde nas suas diferentes funções. Desta forma, pretende-se a uniformização de procedimentos estabelecendo uma prestação de cuidados de saúde de qualidade aos seus clientes e família, em ambiente personalizado e acessível em tempo oportuno, segundo normas que garantam a qualidade técnico-científica, assumindo o seu efetivo compromisso na melhoria contínua da qualidade de saúde, contribuindo para práticas seguras e controlo da infeção, conseqüentemente conseguindo reduzir os custos hospitalares (Ordem dos Enfermeiros, 2017), acrescentando que estes protocolos se tornam importantes até para a integração de novos elementos. Sousa et al, (2021, p.11821) reitera que “Os protocolos de normas e rotinas alinhados à realidade do serviço e a cultura de segurança do paciente através da educação permanente são importantes aliados para uma assistência de qualidade evitando as possíveis chances de infeção”.

Assim sendo, os protocolos tornam-se uma importante ferramenta para a tomada de decisão. Lourenço et al (2022) identificam que a tomada de decisão é uma habilidade fundamental à prática do exercício da profissão de enfermagem e a complexidade deste processo exige a capacidade para atendermos às necessidades dos utentes por meio de decisões rápidas e eficazes. Decorrente da minha vivência, deparamo-nos com uma situação complexa, há cerca de três anos atrás, com a Pandemia por SARS-CoV-2, em 2020. Foi necessário o trabalho em equipa para poder criar protocolos internos de forma a sistematizar práticas. Mediante esta situação, passou-se a utilizar os equipamentos de proteção adequados e ajustados à realidade do momento. Atualmente, todos esses protocolos já foram simplificados, mantendo-se uma conduta idêntica a outro cliente submetido a intervenção cirúrgica com isolamento de contato. Cabe ao Enfermeiro Especialista Perioperatório a tomada de decisão em relação à necessidade de isolar a sala operatória ou não perante um cliente em isolamento, seja ele contaminado por SARS-CoV-2, MRSA ou qualquer outro agente.

Deste modo, a organização e dinâmica do bloco operatório são fundamentais para poder desenvolver e refletir sobre as práticas realizadas, de modo a promover a segurança

dos cuidados prestados, em especial na prevenção da infecção do local cirúrgico. Neste sentido, passa-se a apresentar a aquisição de competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista ao longo das três fases do perioperatório: pré, intra e pós operatório tendo como alicerce os conhecimentos adquiridos ao longo do 1º Ciclo de Estudos do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, em particular, na especialidade cirúrgica, tendo em conta experiência profissional e a pesquisa realizada para suportar a reflexão crítica abaixo descrita.

2.1.FASE PRÉ OPERATÓRIA

O período perioperatório decorre em três fases: pré, intra e pós operatório, no qual o Enfermeiro Especialista Perioperatório tem como alvo a intervenção ao cliente e respetiva família a vivenciarem uma experiência cirúrgica. A fase pré-operatória tem início quando o cliente e o cirurgião decidem pela intervenção cirúrgica e termina quando o cliente é transferido para a mesa operatória (Duarte & Martins, 2014; Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Esta primeira fase pode ser abordada em duas etapas distintas: aquando da admissão no Ambulatório/UCA ou internamento, ou na consulta através da consulta de enfermagem.

Remetendo-nos à questão da cirurgia de ambulatório, contrariamente ao internamento, esta apresenta como questão primordial, a seleção dos clientes. O regime de ambulatório tem critérios específicos que permitem a redução da incidência de complicações e/ou cancelamentos inesperados (Caseiro, 2009; Pinto et al, 2020). Porém, há necessidade de avaliar se o cliente reúne os seguintes critérios:

- Cirurgia de duração moderada (inferior a 120 minutos);
- Perda sanguínea mínima (inferior a 500cc);
- Sem necessidade de cuidados pós-operatórios especializados;
- Com possibilidade de controlo da dor no domicílio.

Os critérios de ordem anestésica são:

- Doentes clinicamente estáveis;

- Idealmente classificados ASA I, II ou III estáveis;
- Com patologia associada controlada (Índice Massa Corporal menor que 35);
- Consentimento de anestesia.

A consulta de enfermagem é realizada na unidade de cirurgia de ambulatório no mesmo dia da consulta de anestesia e, na qual, os enfermeiros se preocupam em confirmar se os critérios de ordem social estão assegurados, sendo eles:

- Aceitação do cliente em ser operado neste regime;
- Existência de acompanhamento de um adulto responsável pelo menos nas primeiras 24 horas;
- Transporte assegurado com veículo automóvel;
- Distância da residência ou local da pernoite a menos de 60 minutos do Centro Hospitalar;
- Condições de habitabilidade desse mesmo local;
- Fácil acesso a um telefone.

É óbvio que se refletirmos sobre os critérios de ordem social e de que forma os enfermeiros se preocupam tanto com eles, rapidamente percebemos que está relacionado com a segurança. O cliente aquando da alta, deverá ser acompanhado por um adulto responsável, para o poder levar para casa e, no caso de alguma complicação, poderá deslocar-se ou telefonar para a instituição. Durante o estágio, apercebi-me de que, algumas vezes, os clientes tentam dizer que o familiar está no carro à espera para que os ensinamentos lhe sejam realizados, no entanto, não estão. Esta é uma forma de tentar sair do hospital com a documentação necessária sem solicitar o apoio do familiar/pessoa significativa, o que, no entanto, não pode acontecer. É dever salvaguardar a presença do familiar validando a sua presença, desenvolvendo plano de ensino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação do cliente neste momento de diminuição de capacidades, decorrentes do processo cirúrgico (Regulamento 429/2018).

Interessante acrescentar que em ambulatório, é mais comum o cliente extrapolar indicações de enfermagem que no internamento, talvez por serem cirurgias com menor grau de complexidade e, desta forma, o cliente se sinta menos ansioso por regressar a casa sem que tenha um familiar a assistir aos ensinamentos realizados pelos Enfermeiros.

A realização do estágio na Unidade de Cirurgia de Ambulatório foi dos momentos mais enriquecedores do mesmo, pois permitiu, através do acompanhamento com o enfermeiro orientador, a realização da consulta de enfermagem na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos clientes cirúrgicos (Regulamento 140/2019). As Unidades de Cirurgia de Ambulatório, apostam nos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica para a realização da consulta de enfermagem pré-operatória (Regulamento 429/2018). Segundo Mendes e Ferrito (2021, p.3) a

consulta de enfermagem é uma intervenção complexa e autónoma, que contempla um conjunto de atividades com a finalidade major de conhecer o cliente e de o informar sobre todo o seu percurso cirúrgico, atendendo às suas necessidades e expetativas e cujos resultados elencam num plano de cuidados multidisciplinar.

Constata-se que esta consulta traz benefícios na construção da relação enfermeiro-cliente, pois permite ao enfermeiro escutar atentamente os problemas e as dúvidas do cliente para posteriormente planear intervenções autónomas (Breda & Cerejo, 2021). São consideradas intervenções autónomas as intervenções “realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção” (Regulamento 613/2022) desenvolvendo uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional, promovendo a proteção dos direitos humanos (Regulamento 140/2019), assim como desenvolve plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação do cliente (Regulamento 429/2018).

Deste modo, o estágio permitiu ter a perceção, e concluir, que o momento da consulta é fundamental para preparar o cliente para que o que vai ocorrer desde o momento em que é admitido até ao momento da alta, preparando-o para o seu envolvimento no seu processo de recuperação. A consulta pré-operatória de enfermagem promove a segurança pois contribuiu para uma melhoria dos processos e dos resultados através de uma melhor preparação do cliente, mais informação e maior colaboração conforme descrito por Breda e Cerejo (2021, p.6). Estes mesmos autores, acrescentam que os clientes “apresentam muitas incertezas e dúvidas sobre o processo cirúrgico”.

Complementam que no pós-operatório os clientes retomaram a sua autonomia na mobilização mais precocemente, são clientes mais informados, mais participativos e com uma experiência cirúrgica mais positiva, o que foi verificado na realização do período de estágio.

Em termos organizacionais, podemos constatar que o envolvimento do cliente na preparação pré operatória traz benefícios não só apenas para o cliente, mas também para a instituição, pois reduz custos e promove fidelização aos serviços prestados. Interessante a abordagem de Mendes e Ferrito (2021) relativa á importância de alargar a intervenções mais complexas pois poderá trazer ainda mais benefícios para ambas as partes, ou seja, alargar a consulta de enfermagem a todos os clientes que são submetidos a intervenção cirúrgica.

Se a evidência científica nos apresenta a consulta de enfermagem como um claro benefício para ambas as partes, é de algum modo desconcertante a não aplicação da mesma nas instituições hospitalares.

No contexto da cirurgia ortopédica, Garção e Grilo (2019, p.2) descrevem que o “ensino nos doentes submetidos a artroplastia da anca é um dos aspetos fundamentais do sucesso da artroplastia da anca”, assim como a utilização de programas de educação nos três momentos do perioperatório, referendo que “têm resultados nos doentes, a nível do tempo de permanência no hospital, da dor sentida, da habilidade funcional, do conhecimento, da ansiedade e da qualidade de vida” (Garção & Grilo, 2019, p.3). A meu ver, a consulta de enfermagem, deverá ser um objetivo partilhado pelos gestores hospitalares, mas não implementado, eventualmente, pelo aumento dos custos associados ao acréscimo de profissionais de saúde, ou por outro lado, não considerarem relevante para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados...

Obviamente que está implementada nos clientes submetidos a cirurgia de ambulatório pela imposição anexada ao processo. No entanto, de acordo com a realidade por mim vivenciada, os clientes submetidos a artroplastia da anca são propostos à consulta de anestesia e a uma reunião de grupo, não se realizando consulta de enfermagem pré-operatória. A reunião de grupo é um pouco generalista não permitindo abordar cada cliente na sua individualidade, não permitindo dar oportunidade para expor medos e ansiedades de uma forma aberta mas, por outro lado, possibilita a oportunidade do cliente poder ter uma perceção abrangente de todo o processo cirúrgico por onde irá passar.

Participando na prestação de cuidados de enfermagem, tanto no pré-operatório, como no pós-operatório, aos clientes que passaram por esta reunião, estes questionam sobre dúvidas que entretanto surgiram, enquanto aguardavam pelo dia da cirurgia, e que, nós Enfermeiros Perioperatório, devemos estar mais despertos para poder ajudar a esclarecer, tranquilizando-os, e acima de tudo assegurando que o cliente compreende a informação para o exercício de sua autodeterminação e tomada de decisão (Regulamento 429/2018).

A consulta de enfermagem, ou mesmo, a reunião multidisciplinar, são momentos em que, durante o estágio, com o Enfermeiro Orientador, serviram de ponto de partida para dar início ao processo de enfermagem. O processo de enfermagem é composto por uma série de etapas que visam garantir a segurança e o bem-estar do cliente antes, durante e após o procedimento cirúrgico. O enfermeiro “diagnostica e prioriza os problemas, procurando recolher e analisar os dados mais relevantes que lhe permitem estabelecer objetivos e um plano de cuidados fundamentado”, criando momentos de avaliação em todo o processo, procedendo às respectivas alterações sempre que considera necessário, visando a qualidade dos cuidados prestados (Regulamento 190/2015, p.10089).

Sendo as etapas do processo de enfermagem constituídas pela colheita de dados, formulação de diagnóstico de enfermagem, planeamento de intervenções, implementação e avaliação dos cuidados, importa identificar todos os possíveis diagnósticos e focos de atenção, como o status nutricional, o padrão de mobilidade, o apoio da família e/ou pessoa significativa perante esta nova situação, ajustando à unicidade do cliente, vigente no Regulamento 429/2018.

A idade é um fator intrínseco não modificável, mas também a diabetes, hipertensão e obesidade são igualmente fatores que, por si só, predispõem ao aumento do risco de infeções do local cirúrgico (Ferreira et al, 2020; Martins & Fernandes, 2019; OMS, 2018; Seidelman & Anderson, 2021) podendo ser otimizados com a existência desta consulta. A consulta de enfermagem, como já foi referido, tem o objetivo de tentar empoderar o cliente acerca de todos os momentos por que passará, desenvolvendo um plano de ensino e treino, promovendo a sua capacitação e mais fácil recuperação para voltar às rotinas diárias (Ordem dos Enfermeiros, 2017; Regulamento 429/2018). Ressalva-se que, no caso das artroplastias, quando o cliente é submetido à intervenção cirúrgica contralateral, está

muito mais tranquilo, capacitado e, deste modo, mais preparado para toda a etapa cirúrgica.

Nesta mesma consulta é sempre entregue uma esponja com clorhexidina para realizar o primeiro banho pré-operatório, de acordo com o feixe de intervenção preconizado pela norma 020/2015 (DGS, 2022), explicando obviamente a pertinência e a importância desta intervenção ao cliente.

A consulta de enfermagem potencia “a eficiência e eficácia, criando confiança e participação ativa do beneficiário dos cuidados” (Regulamento 613/2022) e, sendo realizada pelo Enfermeiro Especialista, este tem o dever de reconhecer a capacidade de decidir sobre técnicas, recursos e meios de diagnóstico a utilizar no planeamento e implementação de intervenções de enfermagem. Assim sendo, o ato do enfermeiro consiste na

avaliação diagnóstica e prognóstica, na prescrição, na execução e avaliação dos resultados das intervenções, técnicas e medidas terapêuticas de enfermagem, relativas à prevenção, promoção, manutenção, reabilitação, palição e recuperação das pessoas, grupos ou comunidades, no respeito pelos valores éticos e deontológicos da profissão (Regulamento 613/2022, p.181).

É importante realçar que na consulta de enfermagem encontramos níveis de literacia muitos díspares, e torna-se imperativo que o Enfermeiro adeque o seu discurso e ensino ao tipo de cliente que tem à sua frente, pois será completamente diferente realizar uma consulta a um idoso de 70 anos que irá ser submetido a uma cirurgia de oftalmologia e vem com o cônjuge da mesma idade à consulta, ou um indivíduo de 50 anos que vai ser submetido a uma herniorrafia. Associado a este aspeto, deve-se ainda ponderar a quantidade de informação que poderemos fornecer, pois muita da informação fica perdida e o cliente nem sequer a vai assimilar. A literacia, segundo a Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde (2023), é a competência que o cliente tem para aceder, processar cognitivamente, assimilar as informações de saúde e mobilizá-las no seu quotidiano, de forma a adotar comportamentos promotores de saúde. A capacidade cognitiva constitui-se como um dos grandes desafios na atualidade, daí a importância de se conhecerem as características do público-alvo nas intervenções e da adequação da linguagem a utilizar,

bem como estratégias a escolher para que a mensagem seja adequadamente compreendida pelo recetor da mesma.

Capacitar a pessoa e família/pessoa significativa é uma competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória identificando as suas necessidades, estabelecendo uma relação de ajuda, assegurando que o cliente compreende a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, (Regulamento 429/2019) construindo estratégias de resolução de problemas em parceria com cliente, promovendo o envolvimento da família/pessoa significativa no processo e comunicando a informação pertinente de forma organizada, logica e concisa ao cliente e família/pessoa significativa (Regulamento 140/2019).

Como previamente nunca tive a oportunidade de vivenciar a consulta de enfermagem, a unidade de ambulatório, no Módulo I da unidade Curricular “Estágio com Relatório,” proporcionou uma participação ativa como estudante e futura Especialista na preparação do cliente, permitindo, durante a realização dos estágios uma reflexão acerca da importância da mesma do momento perioperatório, em especial no estágio de opção, nos clientes submetidos a artroplastias. Por outro lado, o fato de participar ativamente na realização da consulta de enfermagem, tendo em conta a melhor evidência disponível, permite integrar cuidados de saúde com mais eficiência, mais humanizados e consequentemente promover segurança dos mesmos, contribuindo para resultados organizacionais de qualidade (DGS, 2022).

Será interessante complementar que, na cirurgia de ambulatório, são ainda realizados os telefonemas pré-cirúrgicos, nos quais são confirmados alguns dados importantes para o cliente, tais como: a hora de entrada, o que deve trazer para a instituição, o jejum e a importância do acompanhante pós alta hospitalar. Durante a realização do Estágio, várias vezes o enfermeiro destacado pela realização destas chamadas tinha, também ao seu encargo, clientes sujeitos a intervenção cirúrgica. Neste sentido, torna-se complexo estar concentrado a realizar os telefonemas e, ao mesmo tempo, estar alerta para os cuidados aos seus clientes. A este propósito, a Ordem dos Enfermeiros, no artigo 96º do seu Estatuto (2015, p.79), refere que o enfermeiro tem direito a “usufruir de condições de trabalho que garantam o respeito pela deontologia da profissão e pelo direito dos cidadãos a cuidados de enfermagem de qualidade”. A importância do contato telefónico é enfatizado, em 2020, pela Associação Portuguesa de

Cirurgia de Ambulatório. Este deve ser realizado no dia útil anterior ao da data da intervenção cirúrgica, preferencialmente pela equipa de enfermagem. Neste seguimento, em 2021, a Ordem dos Enfermeiros, aborda o tema da teleconsulta, criada em contexto de pandemia por COVID-19, como um meio de ligação e proximidade ao cliente, permitindo atividades de relação, inseridas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem evocando as suas capacidades comunicacionais. Acresce o Parecer 53/2021 da Ordem dos Enfermeiros que o tempo médio adequado para a consulta de enfermagem são de trinta minutos, remetendo-nos imediatamente para as dotações seguras.

As dotações seguras de enfermagem são um problema diário dos hospitais, elencado inúmeras vezes e, uma vez mais, enunciado no PNSD 2021-2026, como uma condicionante na manutenção dos ambientes seguros, tendo em conta o 5º Pilar: “Práticas seguras em ambiente seguros” (PNSD, 2021, p.102). Mesmo com falta de pessoal, verifica-se, durante o estágio que os cuidados de enfermagem continuam a ser realizados, nem que para isso haja necessidade de prejuízo pessoal, sacrificando a saída mais tardia, diminuindo o tempo de refeição, entre outras. De acordo com o Regulamento 743/2019 da Ordem dos Enfermeiros(2019, p.128) 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.

Poder-se-á considerar que o facto dos Enfermeiros realizarem todos os cuidados perioperatório aos clientes, e ainda realizarem os telefonemas pré-operatórios em simultâneo, é uma demonstração de empenho pela profissão que desempenham, mas ao mesmo tempo, pode ser um problema porque nunca será possível mostrar o quanto os enfermeiros são importantes nos cuidados de saúde, tendo em vista o “objetivo cuidar a pessoa no período perioperatório, que decorre desde a consulta pré-operatória, até à consulta pós-operatória, com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde”, descrito nos Padrões de Qualidade da Ordem do Enfermeiros (2017, p.26) como competência do Enfermeiro Especialista em Enfermagem á Pessoa em

situação Perioperatória. Conseqüentemente, é fundamental fornecer recursos humanos, técnicos e infraestruturas adequadas que permitam a prestação de cuidados seguros. A implementação de estratégias de forma a prevenir erros e eventos adversos para o cliente é um dever do Enfermeiro Especialista na promoção da segurança do cliente.

Como nem todos os clientes são sujeitos a consulta de enfermagem (pois esta está implementada apenas para clientes de regime ambulatorial), a equipa multidisciplinar de ortopedia realiza uma reunião semanal com os clientes, submetidos a artroplastias, como já foi abordado anteriormente. Nesta reunião são abordados temas como: o que trazer para o hospital, a importância de manter ou suspender medicação domiciliária, estar atento para eventuais infeções dentárias e urinárias, o que vai acontecer desde que chegam até que saem do hospital, o tempo de permanência, entre outros, e alertando também, para a necessidade de tomar banho com uma esponja de clorhexidina no dia em que vai ser internado.

Foi interessante participar no envolvimento da equipa multidisciplinar para a capacitação do cliente submetido a artroplastias da anca, dado que, sabendo de antemão que estes clientes não têm consulta de enfermagem, reúnem-se diferentes elementos da equipa multidisciplinar para atingir esse objetivo. Uma vez mais, se ressalva a importância dos cuidados de enfermagem pré-operatórios na assimilação de conhecimentos fornecidos ao cliente e família/pessoa significativa. Estas atividades promovem a capacitação do cliente e família/pessoa significativa na “gestão da experiência perioperatória, otimizando recursos, estruturas e processos para alcançar ganhos em saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2017, p.28) identificando as necessidades do cliente e família/pessoa significativa em situação perioperatória, utilizando estratégias para alívio da ansiedade e medo (Regulamento 429/2018) contribuindo para alcançar cuidados seguros.

Tendo em conta a importância da consulta de enfermagem e, numa tentativa de complementar a reunião de grupo realizada no serviço de ortopedia, a equipa de enfermagem do Bloco Operatório está a desenvolver um projeto, do qual fiz parte, colaborando no seu enquadramento teórico, desde 2018, com o objetivo de implementar a visita pré operatória de enfermagem. Esta visita tem como objetivo apresentar os enfermeiros que estarão presentes na cirurgia e retirar dúvidas aos clientes, se existirem. Esta, seria realizada pelo enfermeiro de anestesia e circulante/instrumentista escalado na

sala onde será operado o cliente, visitando-o no dia anterior para o conhecer e desmistificar crenças ou ansiedade existente neste momento de vulnerabilidade, permitindo ao “profissional a tomada de condutas importantes como a identificação dos diagnósticos de enfermagem, o comprometimento com intervenções palpáveis à condição de saúde do paciente e a realização de avaliação do que foi implementado” (Espírito Santo et al, 2019, p.5).

Neste sentido, de acordo com o que referiam Oliveira e Mendonça, já em 2014, promove-se a segurança e a proteção do cliente cirúrgico, empoderando o cliente para a tomada de decisão no que concerne ao consentimento informado para os atos perioperatórios. Em conformidade com a Ordem dos Enfermeiros (2017) estas ações contribuem para a capacitação do cliente e na maximização da segurança nos procedimentos a realizar (Regulamento 429/2018).

Tendo em conta o meu percurso profissional, permito-me concordar que estes momentos no pré operatório revelam-se cruciais, tanto no envolvimento do cliente, como da família/pessoa significativa e que resultam em satisfação e maior envolvimento no processo de recuperação. Intervenções como a consulta de enfermagem, são autónomas, “realizadas pelos enfermeiros, sob a sua única e exclusiva decisão e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais, nos diferentes domínios de intervenção” (Regulamento 613/2022, p.181) devendo ao Enfermeiro Especialista a obrigação da gestão dos cuidados, otimização das respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo não só a segurança, como também a qualidade das tarefas realizadas diariamente pelos Enfermeiros nas diferentes fases do perioperatório (Regulamento 140/2019).

Aquando da chegada do cliente à instituição hospitalar, quer em regime de ambulatório, quer em regime de internamento, o acolhimento é realizado pelo enfermeiro, começando pela sua apresentação, confirmação da identidade do cliente e colocação da pulseira de identificação, validando os dados que nela constam através da confirmação positiva.

A segurança dos clientes é um desafio das equipas de saúde começando pela identificação do mesmo. Este deve ser identificado, sempre que necessário, desde que entra numa instituição de saúde até ao momento da saída. Constitui o primeiro ato clínico antes da prestação de qualquer cuidado de saúde, promovendo a redução dos riscos

potenciais de eventos adversos e erros. Se refletirmos sobre os inúmeros e complexos procedimentos que advêm de um procedimento cirúrgico, seja ele em regime de internamento ou ambulatorio, facilmente percebemos a vulnerabilidade física e emocional associada à eventual alteração de consciência a que o cliente está sujeito. E, neste sentido, deve-se dar particular importância à identificação do cliente sempre que este seja alvo de qualquer intervenção. Deste modo, de acordo com a Norma 018/2011 deveremos colocar pulseira, sempre que adequado, e antes de o fazer deve-se explicar que esta serve como meio complementar de identificação segura (DGS, 2011).

Para a realização de uma identificação correta de um cliente, esta deverá ser feita através da identificação positiva, isto é, deveremos pedir ao cliente para nos dizer o seu nome completo, data de nascimento e número do seu processo, e não sermos nós, enfermeiros, a dizer o seu nome completo. Isto é importante porque já foi referido anteriormente, o cliente pode não ouvir, ou não perceber o que lhe foi dito e responder positivamente sem perceber nada do que foi transmitido. Outro aspeto vivenciado, é que quase nenhum cliente sabe o seu número do processo, embora seja uma premissa da Norma emitida pela DGS na identificação inequívoca dos clientes em instituições hospitalares (DGS, 2011). Neste sentido, habitualmente apenas questiono o nome completo, a sua data de nascimento e a sua idade respetivamente. Relativamente à pulseira identificativa do cliente, apenas colocamos a vinheta com os dados referentes ao nome, data de nascimento e o processo clínico, salvaguardando a privacidade dos dados referentes ao cliente em questão.

É a partir deste momento que se inicia uma relação de ajuda e um plano de cuidados individualizado para o cliente, tendo em conta o processo de enfermagem, validando os registos efetuados na consulta pré-operatória e no telefonema de véspera (caso exista). É oportuna a realização de um plano de cuidados de acordo com as necessidades do cliente, de modo a capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, conforme o Regulamento 429/2018, através da aplicação das diferentes etapas do processo de enfermagem tendo como referência os diagnósticos de enfermagem.

Cabe ao enfermeiro confirmar a existência do consentimento informado assinado antes de levar o cliente para o bloco conforme Norma 015/2013 (DGS, 2015) atualizada em 4 de novembro de 2015. De acordo com este documento o “consentimento informado, livre e esclarecido, pode ser expresso de forma verbal oral ou escrita e contém em si, duas

noções indissociáveis, a de compreensão e autonomia. A informação deverá ser facultada numa linguagem clara e acessível, baseada no estado da arte e isenta de juízos de valor” (DGS, 2015, p.5). Deste modo, o consentimento informado é um documento imprescindível para a realização da intervenção cirúrgica, sendo feito de forma verbal e validado de forma escrita. Porém, esta autorização esclarecida pelo cliente não se restringe apenas ao ato médico, mas também a qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde. O consentimento informado reflete o direito à participação consciente e ativa do cliente na sua saúde, validando a capacidade em assumir as suas decisões. É mais que um documento burocrático, confirmando que o cliente tem conhecimento acerca do que vai ser realizado, assim como dos riscos inerentes a esse mesmo procedimento e qual o resultado esperado, abordado através de uma relação de confiança médico-cliente. sobrepondo sempre o princípio do respeito pelo princípio da autonomia, com base no respeito pela vida e pelo cliente.

Tendo em conta as suas qualificações profissionais, o enfermeiro organiza, coordena, executa, supervisiona e avalia as intervenções de enfermagem encontrando-se esta competência também no Regulamento das competências comuns do Enfermeiro Especialista através da garantia de práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais e do desenvolvimento uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional (Regulamento 140/2019).

Durante o meu percurso profissional foi-me possível constatar que nem sempre os clientes possuem conhecimento e discernimento para tomarem decisões, quer pela falta de compreensão da informação fornecida, quer pelo estado de ansiedade em que se encontram. No desenrolar dos estágios, tive como preocupação constante garantir que a informação fosse dada numa verdadeira relação de confiança, ultrapassando obstáculos culturais e linguísticos. Centrei-me ainda, em perceber se o cliente compreendeu a informação, validando-a, esclarecendo dúvidas, e até mesmo reformulando muitas vezes o conteúdo da informação. Só assim, o cliente pôde decidir de forma autónoma, livre e esclarecida, aceitar ou recusar uma intervenção seja ela de que âmbito for. O direito ao consentimento livre e esclarecido do cliente está assegurado pelo dever de o informar, respeitando a sua autonomia e dignidade humana. Ou seja, o enfermeiro está obrigado a dar resposta com responsabilidade (com exatidão) e cuidado (gentileza, atenção,

utilizando os instrumentos básicos da profissão, como a observação e a relação de ajuda) a todos os pedidos de informação e explicação feitos pelos clientes no domínio de cuidados de enfermagem. As intervenções de enfermagem carecem do consentimento do cliente e não devem, ética e legalmente, ser praticados atos que o mesmo, por meio que traduza uma vontade séria, livre e esclarecida, recusou.

Porém, existem exceções ao consentimento, tais como:

- Incompetência ou incapacidade (menoridade, inabilitação – o caso de pessoas com anomalia psíquica, inconsciente, incapaz de consentir ou de expressar vontade - ou interdição),
- Situações de urgência (sempre que, em virtude de uma situação de urgência, o consentimento apropriado não pode ser obtido, poder-se-á proceder imediatamente à intervenção medicamente indispensável, em benefício da saúde da pessoa);
- Situação de “privilégio terapêutico” (circunstâncias que poriam em perigo a vida do doente ou seriam suscetíveis de lhe causar grave dano à saúde, física ou psíquica) (Ordem dos Enfermeiros, 2007, p.4).

Nestas situações, devemos assumir o consentimento presumido, em que os profissionais atuam tendo em consideração o benefício direto, no sentido da promoção do benefício do cuidado ao cliente, atendendo às circunstâncias desta, o melhor agir ético, conhecimento científico e os deveres deontológicos.

Após o acolhimento do cliente, inicia-se a preparação deste, cumprindo os itens da Protocolo de Preparação Pré-Cirúrgica vigente na Instituição. Nesta preparação confirma-se o nome completo, a data de nascimento, o jejum, qual o procedimento a ser sujeito, os cuidados de higiene pré operatórios com clorhexidina (que é entregue na consulta de enfermagem), a cateterização venosa periférica (no membro superior oposto ao lado a ser operado), colocação de pulseira identificadora de presença de alergias (identificada com a vinheta do cliente onde consta o agente ao qual é alérgico), confirmação de consentimentos informado e preparação da pré-medicação prescrita.

No que se refere à preparação da medicação prescrita na instituição, constata-se que esta é realizada de acordo com normas de acreditação e cumpre normas de qualidade, pois cada seringa contém o nome do medicamento, o nome do cliente, a dose, a data e a hora da preparação, assim como a rubrica de quem a preparou, tal como está preconizado pela Joint Commission International (2011) no processo de Acreditação a que a Instituição foi sujeita. A identificação completa da medicação preparada é mais um critério de segurança, cumprido pela maioria dos enfermeiros que trabalham na instituição.

De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2018), a preparação e administração de medicamentos é uma intervenção interdependente iniciada pelo médico, através da prescrição do medicamento, e realizada pelo enfermeiro por forma a atingir um objetivo comum. A prescrição de medicamentos da responsabilidade médica e a preparação e administração de medicamentos enquadram-se no conjunto de intervenções terapêuticas da competência dos Enfermeiros.

Paralelamente, durante a preparação do cliente, existe a necessidade de validar a realização dos feixes de intervenção propostos pela DGS (DGS, 2022). Estes correspondem a um conjunto de intervenções que agrupadas e implementadas de forma integrada, promovem melhores resultados com o “objetivo de assegurar os clientes recebam tratamentos e cuidados recomendados e baseados na evidência” (Norma 020/2015 atualizada em 2022, p. 5). A entrega da esponja de clorhexidina a 2% aquando da consulta de enfermagem é um exemplo claro da preocupação do Enfermeiro Especialista no cumprimento dos feixes de intervenção.

Conforme referido anteriormente, a Norma da DGS 020/2015 (DGS, 2022), indica que o primeiro feixe de intervenção é referente ao banho pré operatório. Este deve ser feito com clorhexidina a 2%, na véspera da cirurgia e na manhã da mesma até duas horas antes do procedimento cirúrgico. Nesta instituição, todos os clientes que são submetidos a intervenção cirúrgica realizam banho pré operatório quando chegam ao serviço, logo após o acolhimento ao serviço e, previamente, é validado se foi realizado o banho da véspera conforme preconizado. Esta intervenção realizada pelo Enfermeiro é fundamental na prevenção da infeção do local cirúrgico, e que como Especialista em Enfermagem Perioperatória, tem o dever de salvaguardar o cumprimento dos feixes de intervenção preconizados pela DGS.

Os registos de Enfermagem tanto na unidade de Ambulatório, como no Bloco central são exclusivamente informáticos. Estes, no internamento, são realizados no Metrix®, e no bloco operatório, são realizados através do PatientCare®, o qual fica integrado no sistema informático anteriormente mencionado. Entende-se por registos de enfermagem “um conjunto de informação produzida pelo enfermeiro na prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades dos cuidados de enfermagem, bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão, de outros técnicos e implementado pelo enfermeiro e, toda a restante informação necessária à continuidade dos cuidados” (Ordem dos Enfermeiros, 2014, p.1). Os registos de enfermagem são fornecedores de informação objetiva dos profissionais de saúde com o objetivo de garantir a continuidade das ações nos acontecimentos ocorridos durante um determinado período, sendo fundamentais para a criação de indicadores de qualidade na área da saúde, conforme refere a Ordem dos Enfermeiros (2014). Estes funcionam como uma única plataforma onde a informação vital de registo e apoio à decisão clínica é efetuada, tendo em conta a necessidade de identificar todos os procedimentos realizados, e em especial no bloco, os dispositivos médicos utilizados.

Após contato telefónico, o enfermeiro transporta o cliente para o Bloco Operatório com a Assistente Operacional, transmitindo toda a informação clínica relevante deste ao enfermeiro de anestesia que o levará para a sala operatória. Neste momento, a transmissão da informação é realizada tendo em conta a técnica ISBAR. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do cliente, tendo sido adaptada a Norma 001/2017 á realidade dos diferentes serviços (DGS, 2017). A comunicação efetiva é fundamental ao longo de todo o processo do cuidar, especialmente no momento de transição de cuidados, apresentando-se como o 3º Pilar do Plano Nacional para a Segurança do doente 2021-2026 (Despacho nº 9390/2021).

Como podemos constatar, ao longo da descrição e reflexão desta primeira fase, são implementados inúmeros procedimentos de capacitação do cliente e família/pessoa significativa visando a gestão da experiência cirúrgica, assim como a promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória e o desenvolvimento da intervenção do Enfermeiro Especialista numa perspetiva interdisciplinar que fazem parte integrante das competências de Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em situação

Perioperatória, e que por outro lado, também é reforçado como objetivo estratégico no Plano Nacional para a Segurança do Doente vigente.

No que se refere às competências comuns ao Enfermeiro Especialista encontramos competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal através da construção de estratégias na resolução de problemas em parceria com o cliente e no apoio na tomada de decisão, assim como na melhoria contínua da qualidade através da mobilização dos conhecimentos e habilidades nos cuidados a prestar estando disponível para esclarecer e desmistificar medos e ansiedade existentes (Regulamento 140/2019), tranquilizando-o para o momento intra-operatório. Podemos encontrar estas competências mais vinculadas no Enfermeiro de anestesia e circulante, devido à sua disponibilidade no período em questão.

2.2. FASE INTRA OPERATÓRIA

Esta fase tem início com a receção do cliente no bloco operatório e termina quando este é transferido para a UCPA. Este é o período de maior suscetibilidade do cliente e exposição fatores de risco (Duarte & Martins, 2014, Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Atendendo aos elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios, é sabido que os enfermeiros são detentores de um papel crucial na prevenção da infeção do local cirúrgico, desde a preparação da sala operatória antes da entrada do cliente, passando pela administração de antibioterapia profilática e abertura dos materiais, na circulação de profissionais e materiais na sala operatória. Cabe ao Enfermeiro Especialista à Pessoa em situação Perioperatória a preparação em um ambiente calmo de modo a fomentar a segurança e eficiência dos cuidados, prevenindo riscos e garantindo condições de boas práticas e dotações seguras proporcionando ao cliente uma otimização da experiência cirúrgica (Regulamento 429/2018) implementando medidas de prevenção e identificação de práticas de risco (Regulamento 140/2019).

Nesta instituição, a receção do cliente é sempre realizada por um auxiliar de ação médica e pelo enfermeiro de anestesia da sala operatória assegurando a “garantia da integridade e privacidade do cliente, assim como a vontade expressa” (Regulamento 429/2018, p.19367) através da passagem da informação relevante pela técnica ISBAR.

Confirmada a check-list de preparação pré-operatória, importa realçar que se torna imperativo questionar o cliente acerca do procedimento a ser realizado. É obvio que o cliente é informado do diagnóstico, do prognóstico e das complicações na consulta mas, porventura, se não entendeu a informação ou tiver dúvidas, cabe-nos, a nós enfermeiros, o dever de solicitar ao médico que esclareça sobre estes assuntos, garantindo deste modo, as competências comuns do Enfermeiro Especialista no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal (Regulamento 140/2019). É com alguma frequência que, á porta do bloco operatório, os clientes apresentem dúvidas e conseqüentemente solicitem respostas. Quando estamos perante uma situação destas, devemos providenciar um espaço tranquilo e reservado para que o cliente possa estar à vontade para poder expor as suas questões, tanto aos enfermeiros como ao médicos que o vão operar, isto é, promover o *empowerment*. Para que a transmissão de informação seja bem sucedida, é necessário inserir o cliente no seu contexto, compreendendo as suas necessidades e individualizando a informação que deve ser prestada. Quando estamos perante clientes com diferentes níveis de escolaridade, contextos familiares e vivências distintos, deveremos também prestar informações adaptadas e personalizadas a essa mesma situação, dotando-os de conhecimentos suficientes para poder realizar a tomada de decisão. Todos estes aspetos devem ser criteriosamente tomados em conta, no entanto, devendo ser reforçados sempre que o cliente o solicitar.

Após esta validação, o cliente segue para a sala onde é monitorizado, e se iniciam os primeiros gestos de anestesia, ao mesmo tempo que, se confirma a primeira etapa da Cirurgia Segura (OMS, 2009; Norma DGS 02/2013).

A abordagem à Cirurgia Segura Salva Vidas surge numa primeira abordagem em 2009 pela OMS, embora esta preocupação tenha início em 1999. Deste modo, é lançando “WHO Guidelines for Safe Surgery 2009” com o objetivo de reduzir os erros nas intervenções cirúrgicas, pois estes acarretam não só prejuízos para os clientes, como para a instituição.

Deste modo, em Portugal, a obrigatoriedade da Cirurgia Segura Salva Vidas, tem início em 2013, exigindo o registo da utilização da “Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica” e do Apgar Cirúrgico nos sistemas de informação locais, que tenham interface com a Plataforma de Dados da Saúde (PDS) ou diretamente na própria PDS” (DGS, 2013, p.1). Urge o objetivo “promover o compromisso político e a vontade clínica para abordar

questões importantes de segurança, que incluem práticas de segurança anestésica inadequadas, infeções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas” (DGS, 2010, p.6). Este mesmo documento acrescenta que estes problemas são comuns, fatais e evitáveis, em todos os países e em todas as organizações, tendo deste modo, construído esta ferramenta de trabalho para aumentar a cultura de segurança do cliente nas áreas de anestesia, infeção cirúrgica e comunicação desadequada entre os diferentes profissionais da sala operatória por forma a evitar complicações, erros e mesmo mortes.

A DGS (2010) refere que a implementação da lista deve ser realizada por uma única pessoa, o designado “coordenador da lista de verificação que será habitualmente o enfermeiro circulante, mas poderá ser qualquer elemento da equipa que participa na operação” (DGS, 2010, p.4).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica divide a operação em três fases (DGS, 2013; OMS, 2009, Venneri et al, 2021). Cada uma corresponde a um período específico de tempo no fluxo normal da intervenção cirúrgica: o período anterior à indução da anestesia, o período após a indução e antes da incisão cirúrgica e o período durante ou logo após o encerramento da ferida, mas antes do cliente sair da sala operatória. Em cada fase, o enfermeiro responsável pelo registo da lista, deve ter oportunidade de certificar que a equipa multidisciplinar completou as suas tarefas, antes de prosseguir.

A aplicação da lista de verificação implica a execução de três fases em que todas as etapas devem ser verificadas verbalmente para garantir que as ações chave foram efetivamente realizadas. A primeira fase, antes da indução da anestesia, deve validar-se verbalmente com o anestesista e o cliente:

- A identidade do cliente;
- Procedimentos a realizar e o local cirúrgico;
- O consentimento dado pelo cliente.
- O Enfermeiro deve verificar visual e verbalmente a marcação do local de cirurgia.

Realiza-se ainda uma revisão com o anestesista sobre:

- Risco de o doente sangrar;
- Dificuldades no estabelecimento duma via aérea eficaz;

- Existência de reações alérgicas;
- Conclusão da lista de verificação de segurança do equipamento de anestesia e medicação.

O cirurgião deve estar presente durante esta fase, apesar de não ser uma obrigatoriedade. A segunda fase tem início antes da incisão na pele do cliente e consiste em:

- Apresentação de cada membro da equipa e suas funções;
- Confirmação em voz alta da identidade do cliente, procedimentos e elementos críticos do plano de operação, utilizando a lista como orientação;
- Confirmação da tomada de antibióticos profiláticos;
- Confirmação da visibilidade dos exames necessários.

A terceira e última fase ocorre anteriormente à saída da sala operatória e devem ser cumpridos os seguintes requisitos:

- Revisão em equipa da intervenção cirúrgica realizada;
- Conclusão da contagem de compressas, dispositivos e rotulagem de produtos biológicos ou outros obtidos na cirurgia;
- Revisão de avarias ou outros problemas com equipamentos que devem ser comunicados;
- Revisão da informação relevante a transmitir à UCPA e principais preocupações e/ou necessidades do cliente (DGS, 2013; OMS, 2009, Venneri et al, 2021).

Esta verificação apresenta-se como uma estratégia relativamente simples para a gestão da segurança do cliente, sendo usada como processo de intervenção para prevenção de falhas, padronização de práticas e promovendo uma cultura de trabalho em equipa.

Neste sentido, a implementação da lista de verificação da Cirurgia Segura converge de forma objetiva para a promoção da segurança dos clientes, indo ao encontro do Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026 vigente, que apresenta como objetivo dar continuidade à implementação de práticas seguras em ambiente seguros.

Tendo em conta o protocolo existente na instituição, confrontei-me com o facto de que a responsabilidade do registo da cirurgia segura está imputada ao enfermeiro de anestesia, contrariamente à orientação da DGS (2013). No entanto, devido à cumplicidade e trabalho em equipa, esta realiza-se pelo enfermeiro mais disponível de acordo com a

etapa a validar, isto é, a primeira etapa habitualmente é validada pelo enfermeiro circulante, a segunda pelo enfermeiro de anestesia e a por fim, a terceira, novamente pelo enfermeiro circulante. Isto assim acontece devido à disponibilidade de cada elemento no momento da paragem para validar em alta voz.

Outro aspeto de particular importância com que me deparei ao longo dos diferentes momentos de estágio e que estão diretamente relacionados com esta lista de verificação da Cirurgia Segura, é a marcação do local cirúrgico. A marcação é feita consoante as recomendações: pelo médico que vai operar e com uma rubrica ou seta no local a operar antes de entrar na sala operatória (OMS, 2009). Na área de ortopedia devido às lateralidades é preocupante minimizar o erro. Já ouvimos falar algumas vezes através da comunicação social da realização de uma cirurgia no membro errado. A abordagem com a marcação prévia do local cirúrgico permite uma confirmação atempada evitando eventuais erros.

Desta forma, confirma-se que a cirurgia segura é uma ferramenta crucial na segurança do cliente pretendendo-se com esta continuar a melhorar prática clínica, através da implementação operacional de estratégias, de forma de melhorar a qualidade global dos cuidados de saúde e reduzir desperdícios no sistema, causados por eventos adversos evitáveis. Por outro lado, mantém-se a cultura de segurança como pilar fundamental no processo cirúrgico de um cliente e no desempenho da equipa multidisciplinar.

Tostes e Galvão (2019, p.9) numa revisão narrativa concluem que para o “sucesso na implementação desta ferramenta, existe a necessidade de liderança efetiva, delegação clara das responsabilidades de cada profissional, colaboração entre os membros da equipa e suporte institucional disponibilizando recursos humanos e materiais necessários para o uso diário do checklist”.

A nível institucional, onde foi realizado o estágio, existe uma grande preocupação com a realização da cirurgia segura por todos os elementos da equipa multidisciplinar, sendo interessante perceber a articulação dos diferentes elementos da equipa multidisciplinar na realização da cirurgia segura com preocupação e nos timings corretos, mostrando claramente que esta está integrada na prática diária das intervenções dos enfermeiros. Importa salientar que, decorrente da experiência pessoal, embora tenhamos a implementação da cirurgia segura desde 2013, esta foi e ainda continua a ser uma batalha a travar pelos Enfermeiros Perioperatórios, pois ainda existe bastante resistência

por parte de alguns elementos da equipa multidisciplinar em participar de forma ativa no processo de preenchimento da checklist (Akubuga et al, 2023).

Outra forma de promover um ambiente seguro é através de um planeamento adequado e sistematizado dos cuidados intraoperatórios, assegurando os princípios de assépsia progressiva e assépsia cirúrgica com vista a liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde perioperatório. Estas são preocupações sempre presentes no Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (Regulamento 429/2018).

Segundo a AESOP (2006, p.109) a consciência cirúrgica “representa um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado”, demonstrada pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica tendo em consideração as responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, maximizando a segurança da pessoa em situação perioperatória. Mais acresce, a necessidade de manter o foco dos cuidados centrado no cliente considerando a sua vulnerabilidade, implementando procedimentos de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde assim como, a promoção de um ambiente seguro (Ordem dos Enfermeiros, 2017). Complementa-se, como Enfermeiro Especialista, com a capacidade de gerir na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente (Regulamento 140/2019).

Assim sendo, após a indução anestésica procede-se à preparação do cliente para o ato cirúrgico através do posicionamento de mesmo, tendo em atenção para que não haja zonas de pressão.

No que se refere à técnica cirúrgica para a realização da artroplastia da anca esta pode variar de acordo com a experiência do Ortopedista: anterior, posterior ou lateral (Sousa et al, 2021), podendo estas ser realizadas com uma abordagem mini invasiva. No entanto, a abordagem mais comum, neste caso, é posterior. Neste caso, deveremos ter o cliente em decúbito lateral com a anca a operar virada para cima, apoiada lateralmente na região lombar e púbica. Um dos braços deverá ficar apoiado sobre um suporte e o outro deverá ter um apoio para prevenir futuras lesões. No caso dos clientes que já foram alvo de intervenção cirúrgica e são submetidos pela segunda vez, obviamente na anca

contralateral, apresentam menos ansiedade pois sabem o que esperar, e o processo de readaptação funcional já é conhecido (RPA, 2023).

Neste seguimento, o diagnóstico de risco de lesão perioperatória será levantado neste momento, visto que o posicionamento depende de algumas variáveis, como tempo do procedimento cirúrgico, tipo de anestesia, o estado nutricional e as comorbidades associadas. Estes são os principais fatores de risco (Giudice et al, 2019) para os quais o Enfermeiro Perioperatório deve estar alerta e garantir o conforto e prevenir complicações (Ordem dos Enfermeiros, 2017) norteando a necessidade de assegurar todo o equipamento para um adequado posicionamento cirúrgico, de modo a evitar o aparecimento de lesões de pressão, pois estas revelam-se uma falha na segurança dos cuidados prestados.

Continuando na abordagem ao cliente e mantendo o cumprimento dos feixes de intervenção, avalia-se sempre a glicemia capilar e a temperatura corporal recorrendo aos dispositivos adequados, tendo sempre presente a Norma 020/2015 atualizada em 2022 (DGS, 2022), independentemente se a sua origem é uma situação urgente ou cirurgia programada. Esta mesma norma determina que a glicemia deve ser avaliada em todos os clientes, devendo esse valor ser igual ou inferior a 180 mg/dl durante a cirurgia e nas 24 horas seguintes, pois valores de hiperglicemia predispõem para o aumento do risco de infeção (EORNA, 2020; Liu et al, 2018; OMS, 2018; NICE, 2020).

A Norma acima mencionada integra também a administração de antibioterapia até 60 minutos antes da intervenção cirúrgica complementada pela Norma 031/2013 atualizada em 2022 (DGS, 2022). Relativamente aos clientes do foro ortopédico, em especial aos clientes submetidos a artroplastia total da anca, estes devem fazer toma de antibiótico no tempo previsto (60 minutos antes da incisão cirúrgica) de modo a manterem níveis tecidulares adequados devendo estar completa no momento da incisão cirúrgica (DGS, 2022).

No bloco operatório sempre que é necessário administrar antibioterapia esta é realizada em tempo oportuno. Os enfermeiros perioperatórios estão despertos para a importância da administração atempada antes do início do ato cirúrgico, visto que é uma intervenção de enfermagem com clara evidência na prevenção da infeção do local cirúrgico (Rosa et al, 2023). Deve ser administrada a dose adequada no tempo oportuno e realizar repicagens (Seidelman & Anderson, 2021), no caso de cirurgias muito morosas,

como determina a norma 31/2013 (DGS, 2022) promovendo a procura pela excelência do cuidado (Ordem dos Enfermeiros, 2017), cooperando no cumprimento dos princípios da gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica antibiótica (Regulamento 429/2018).

As cirurgias realizadas em regime de ambulatório, desde que não necessitem de colocação de implante, não necessitam de profilaxia antibiótica. Porém nas cirurgias prolongadas ou com perdas significativas de sangue, devem ser feitas repicagens (NICE, 2020). No caso dos clientes submetidos a artroplastia estes devem manter a profilaxia nas primeiras 24h (DGS, 2022).

Por último, valida-se o cumprimento do último feixe de intervenção: a tricotomia. Na instituição onde foi realizado o estágio o procedimento da tricotomia era realizado no internamento, ou na sala operatória caso o cliente fosse proveniente da urgência. Tendo em conta estas disparidades, sentiu-se a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre esta temática recorrendo à mais recente evidência científica.

Neste sentido, após a realização da pesquisa, concluiu-se que a tricotomia deve ser realizada no momento mais próximo ao momento cirúrgico (DGS, 2022; OMS, 2018; Parvizi e Gehrke, 2018). Deste modo, este procedimento deve ser realizado na sala de indução, no momento prévio imediato à entrada na sala operatória.

Tendo em conta a organização do serviço e a necessidade de implementar a prática recomendada, após consenso com a equipa de enfermagem, sentiu-se a necessidade de reorganizar as salas de indução de modo a colocar uma mesa de apoio com o material necessário. Material este que passaria por uma máquina de tricotomia, lâminas de tricotomia, luvas e resguardos.

Com este reajuste, já é possível fazer uma abordagem ao cliente, avaliando o estado da área a intervencionar, sem necessidade de entrar e sair da sala de indução, promovendo a sua privacidade para a realização do procedimento. Serão mantidas situações de exceção no que se refere a politraumas que estejam imobilizados ou tenham dor moderada a severa (OMS, 2018).

Foi também realizada uma apresentação ao serviço e a elaboração de uma norma (Anexo I) para aprovação e, posteriormente, para servir de protocolo na instituição, contribuindo para a melhoria contínua da qualidade. Deste modo, tive a oportunidade “colaborar na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade” e participei na disseminação necessária à sua apropriação até ao nível

operacional (Regulamento 140/2019). Após apresentação, e no desenrolar do estágio de opção conseguiu-se uma mudança clara no comportamento dos profissionais de enfermagem, promovendo a segurança do cliente, e deste modo reduzindo a exposição ao risco cirúrgico, e por outro lado, otimizando o cumprimento do feixe de intervenções preconizado pela DGS.

Não menos importante no intraoperatório é a colocação de manta térmica. Esta tem como objetivo preservar a temperatura corporal e, sempre que se justificar complementar com aquecedor de soros, constituindo mais uma intervenção de enfermagem que, claramente, promove a segurança do cliente. “Apesar de ser mais fácil manter a normotermia do que aquecer um cliente, a monitorização da temperatura ainda é muito negligenciada, o que deveria ser uma prática rotineira, uma vez que é fundamental no gerenciamento e prevenção da hipotermia” (Oliveira et al, 2022, p.6), garantindo a normotermia da pessoa no perioperatorio (DGS, 2022; Regulamento 429/2018). A instituição possui mantas térmicas de corpo inteiro e corpo superior, assim como aquecedores em todas as salas operatórias, as quais são colocadas em todos os clientes independentemente da duração da cirurgia. Os aquecedores de soros, são acrescentados em cirurgias de maior duração.

Nesta fase dá-se início ao segundo momento da cirurgia segura, que de acordo com a DGS (2010), DGS (2013) e OMS (2009), deverá contemplar aos profissionais envolvidos, a revalidação do nome do cliente com o procedimento a realizar; se realizou profilaxia antibiótica; se faz medicação tromboembólica; que tempo cirúrgico e perdas sanguíneas estimadas, assim como materiais e exames disponíveis e esterilização validada, contribuindo uma vez mais para a segurança e minimização de riscos para o cliente, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício do mesmo. Momento este em que o enfermeiro instrumentista aguarda que o seu colega, enfermeiro circulante, confirme os itens acima identificados, procedendo á entrega do bisturi para dar início ao ato cirúrgico (e geralmente registado pelo colega de anestesia).

É consensual que o intraoperatório apresenta inúmeros riscos para a segurança do cliente, riscos estes que podem contribuir para aumentar o risco de infeção do local cirúrgico, e no qual o Enfermeiro Especialista Perioperatoria tem um papel fundamental na liderança do processo de prevenção e controlo da infeção, utilizando para isso mecanismos de monitorização e intervenção adequados de modo a promover ao máximo

a segurança do cliente (Regulamento nº 429/2018 e Regulamento nº140/2019), garantindo um ambiente terapêutico e seguro durante todo o período perioperatório (DGS, 2013; Giudice et al, 2019; Goldberg et al, 2021; Liu et al, 2018; Martins et al, 2020; OMS, 2018; Sousa et al, 2021; Rosa et al, 2023) tais como:

- Limpeza da sala operatória

Supervisão obrigatória pelos enfermeiros e formação contínua dos assistentes operacionais com vista à remoção e eliminação dos microorganismos presentes na sala operatória, abordado anteriormente na análise e caracterização do local de estágio. Existe formação contínua e supervisão por parte da equipa de Enfermeiros do Bloco Operatório de modo a monitorizar a limpeza das salas operatórias, sendo realizadas zaragatoas trimestralmente para monitorização da correta higienização das mesmas. As últimas evidências científicas identificam e incluem a descontaminação por luz UVC e peróxido de hidrogénio, como formas eficientes de descontaminação (Parvizi & Gehrke, 2018) que existem em algumas instituições hospitalares, mas que devido ao seu elevado custo não existe na instituição onde se desenvolveu o estágio.

- Vestuário dos profissionais

Através do uso de roupa, touca e calçado adequado, nas áreas semi-restritas e também máscara nas áreas restritas. A máscara confere proteção do cliente e ao profissional devendo ser substituída após o término de cada cirurgia (DGS, 2013; EORNA, 2020; Kang et al, 2023). É imperativa a auditoria ao fardamento de modo a que os profissionais estejam adequadamente equipados, evitando o risco de infeção. Constatase que a classe médica, em especial os anestesistas, utilizam acessórios que podem promover a infeção cruzada devido à dificuldade na sua limpeza dos mesmos. Existe um claro empenho por parte dos Enfermeiros Especialistas Perioperatórios para a utilização adequada do fardamento nas salas operatórias, dando especial realce ao ensino dos Médicos em formação, promovendo a segurança de todos os elementos intervenientes.

- Lavagem das mãos da equipa multidisciplinar

As mãos dos profissionais são potenciais responsáveis pela propagação e proliferação de microrganismos sendo crucial a sua higienização antes e depois de um procedimento (Norma DGS 007/2019). O Enfermeiro Especialista deve promover a garantia do cumprimento dos princípios de preparação pré cirúrgica das mãos nos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, assim como intervêm no ensino e treino

de novos elementos (EORNA, 2020; OMS, 2018). O bloco operatório é um local de ensino e treino. Deste modo, cabe ao Enfermeiro Especialista ensinar e estar alerta para eventuais novos profissionais que necessitam de ensino e monitorização no que respeita à lavagem das mãos. Constata-se que, cada vez mais, existem microrganismos resistentes e para os quais os profissionais de saúde devem estar alerta para sustentar a sua propagação através da lavagem das mãos contemplando os cinco momentos preconizados pela DGS.

- Preparação da pele

Realiza-se a preparação pré operatória da pele com o objetivo de minimizar a flora transitória da pele, sendo validada á chegada ao bloco, através da check list e revalidação do cumprimento dos feixes de intervenção. A realização do banho deverá ser feita até duas horas antes da cirurgia, como já foi referido anteriormente (DGS, 2022).

O soluto deve ser aplicado em movimentos concêntricos, do centro para a periferia, cobrindo uma área suficientemente extensa para permitir a colocação de drenos ou alargamento da incisão operatória e deixar secar completamente. O uso de solução alcoólica de clorhexidina mostra-se vantajosa em relação ao uso da iodopovidona, à exceção nas mucosas (EORNA, 2020; Kang et al, 2023).

A desinfeção da pele nos clientes submetidos a artroplastia total da anca é sempre realizada com solução alcoólica de clorhexidina. É sabido que o tempo de secagem do produto é importante para garantir a sua eficiência e eficácia no uso, estando os restantes profissionais despertos para esse pormenor.

- Luvas

Aconselha-se a troca de luvas após colocação de campos cirúrgicos, antes de manusear implantes, no encerramento da ferida operatória e a cada 60/90 minutos pelo risco de perfuração das mesmas.

Aconselhando o uso de duplo par de luvas pois reduz as perfurações da parte interna da luva, e se possível, usar pares de cores diferentes (NICE, 2020).

No bloco operatório de ortopedia a equipa de enfermagem e médica tem por regra a utilização de dois pares de luvas em todos os procedimentos cirúrgicos. O enfermeiro e o médico removem o segundo par quando necessário, sempre que se colocam implantes, como o caso das artroplastias, e para a realização do penso pós operatório.

- Esterilização de materiais

Os materiais devem ser corretamente acondicionados e manipulados até a sua utilização e abertos o mais próximo do momento a serem utilizados, garantindo o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos (Regulamento 429/2018). A DGS, na publicação da Norma 024/2013 referente à prevenção da Infecção do local cirúrgico, identifica a esterilização dos instrumentos como um fator importante na prevenção da infecção do local cirúrgico. Acresce salientar que material esterilizado deve ser manipulado e manuseado o mínimo de vezes possíveis, por forma a não existirem quebras de esterilidade.

É importante ressaltar que, habitualmente, no início do turno, existe um *briefing* dos diferentes elementos das equipas multidisciplinares por forma a validar e planear o dia cirúrgico, de modo a gerir materiais. Todo e qualquer cliente é apenas chamado para o bloco operatório após a validação do material necessário para a cirurgia.

- Duração da cirurgia

Altamente relacionado com o tempo de exposição da ferida e conseqüentemente com a complexidade da cirurgia. A redução do tempo cirúrgico, sem compromisso da técnica cirúrgica, pode fornecer benefícios para o cliente (EORNA, 2020). Pode-se lembrar a importância de equipas treinadas para contribuir para a redução do tempo cirúrgico.

É uma constatação que sendo uma equipa fixa de ortopedia, a fluidez do desenrolar da cirurgia é notória, promovendo a qualidade dos cuidados, e por outro lado, contribuindo para a tranquilidade em todo o processo cirúrgico.

- Circulação na sala operatória

O número de pessoas na sala operatória deve ser reduzido ao mínimo indispensável (EORNA, 2020). O comportamento incorreto dos profissionais pode levar à contaminação ambiental, muitas vezes, provocado pelo mau planeamento cirúrgico prévio. A entrada e saída de elementos das salas operatórias geram turbulência e interrompem o fluxo laminar positivo na sala operatória, devendo ser evitada ao máximo, exigindo do Enfermeiro Especialista a capacidade de planeamento e organização. Considera-se um aspeto muito importante, porém negligenciado pela maioria dos profissionais que trabalham em bloco operatório. Tendo em conta a experiência profissional já adquirida, a circulação na sala operatória é mais menosprezado pelos médicos do que pelos enfermeiros, cabendo a estes últimos a necessidade de alertar os

restantes elementos da equipa multidisciplinar para a importância de evitar para eventuais entradas e saídas que sejam desnecessárias.

- Cuidados com encerramento da ferida cirúrgica e dreno

Considerado relevante a manipulação mínima da ferida até remoção dos pontos.

A ferida cirúrgica é outro foco importante a ter em conta pelos enfermeiros. De acordo com a CIPE (2023) é um “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”.

Aquando do término de qualquer intervenção cirúrgica, deve ser realizado o penso cirúrgico. Este protege a ferida cirúrgica de agentes externos e favorece o processo de cicatrização. O momento da realização do penso merece especial atenção e destaque na sua conceção. Este tem como objetivo proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica asséptica, durante as primeiras 48 horas, tendo o cuidado de separar os pensos da ferida operatória e do dreno (DGS, 2013; DGS, 2017). No que respeita aos clientes submetidos a artroplastia total da anca, a realização do penso é crucial pois este cliente, habitualmente, também tem a colocado um dreno aspirativo. A colocação de dreno aspirativo nas primeiras 24h, tem como objetivo prevenir a formação de hematoma e, conseqüentemente, a infeção do local cirúrgico. Neste sentido, o penso da ferida e do dreno devem ser separados, como acima mencionado, podendo ser reforçado se necessário.

Deste modo, na realização do estágio apercebi-me que os pensos cirúrgicos eram realizados juntos, ou seja, a colocação do penso na sala operatória após o encerramento da ferida cirúrgica era realizada num só penso, num único momento. Desse modo, sentiuse a necessidade de realizar uma pesquisa sobre este assunto e realizar um folheto para colocar no serviço (Anexo II), e conseqüentemente realizar uma pequena apresentação junto dos colegas de ortopedia para sensibilizar para a necessidade de mudança na realização do penso cirúrgico. Esta é uma forma de, uma vez mais, contribuir para a melhoria dos cuidados prestados, prevenindo a infeção do local cirúrgico, e deste modo, promover cuidados de excelência.

Sempre que se fala em artroplastia, deve ter-se em conta os materiais implantáveis. Existe a necessidade de garantir a sua rastreabilidade, a sua documentação e o seu uso

adequado de acordo com as indicações do fabricante (Regulamento 429/2018). Por outro lado, cabe ao enfermeiro Especialista Perioperatório desenvolver uma prática que respeita os direitos humanos, analisando e interpretando em “situação específica de cuidados especializados, assumindo a responsabilidade de gerir situações potencialmente comprometedoras para os cliente”, demonstrando um “exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” (Regulamento 140/2019). Esta competência é claramente demonstrada pela preocupação dos Enfermeiros Especialista Perioperatório na salvaguarda da privacidade dos dados dos clientes. Os registos de implantes são reconhecidos como instrumentos fundamentais no processo de tomada de decisões médica. No caso da substituição de articulações, ainda mais importantes são, visto que, requerem um seguimento a longo prazo, pois providenciam informações importantes acerca da eficácia e qualidade a longo prazo (RPA, n.d.). É sabido que em Ortopedia muitas instituições hospitalares recorreram ao apoio de técnicos para a colaboração na realização das cirurgias desse foro.

E, esses mesmos técnicos no final da cirurgia pretendem fotografar as folhas de gastos, isto é, o registo implantes, para poderem comunicar às empresas para os quais trabalham, os gastos existentes. Neste sentido, cabe-nos a nós Enfermeiros, garantir o exercício seguro, ético e deontológico deste processo, através da constante preocupação da defesa da liberdade, da dignidade, mantendo o anonimato do cliente sempre que o seu caso possa ser usado em situações de controlo da qualidade, como os registos de implantes colocados no cliente.

Após o encerramento da ferida e o cliente reunir condições para sair da sala operatória, procede-se à realização da terceira e última fase da cirurgia segura. Nesta última fase, deve obter-se um feedback imediato e objetivo sobre a condição do cliente nesse momento, no que se refere a risco de complicações pós-operatórias imediatas, através da monitorização de perdas sanguíneas ou preocupações inerentes à intervenção cirúrgica, conduzindo a uma melhor gestão de cuidados. O principal objetivo desta fase é a transferência eficiente e adequada de informação crítica para toda a equipa.

Após isto é realizada a transferência do cliente para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) onde permanecerá até reunir todos os critérios de alta (DGS, 2013; DGS, 2017).

No que respeita à passagem da informação referente aos cuidados prestados, esta é instituída entre colegas através da técnica ISBAR. A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do cliente, tendo sido adaptada a Norma 001/2017 á realidade do bloco operatório (DGS, 2017). A comunicação efetiva é fundamental ao longo de todo o processo do cuidar, especialmente no momento de transição de cuidados, apresentando-se como o 3º Pilar do Plano Nacional para a Segurança do doente 2021-2026.

Os registos dentro da instituição, como já foi referido anteriormente, são efetuados apenas em formato digital, através do PatientCare®. É possível desta forma dar continuidade aos cuidados de enfermagem decorrentes dos diagnósticos e focos de atenção levantados ao longo do percurso perioperatorio do cliente, caminhando ao encontro dos padrões de qualidade enunciados pela Ordem dos Enfermeiros (2017) que visam a garantia de registos padronizados resultando em ganhos em saúde e permitindo a monitorização da capacidade cirúrgica, do volume e dos resultados.

Por outro lado, como já foi referido, o bloco operatório é um serviço integrado de alta tecnologia, com elevado risco associado aos cuidados prestados, mas também um grande utilizador de recursos materiais e, conseqüentemente, um grande produtor de resíduos (Ramos, 2021) sentindo-se a necessidade de implementar esforços para as práticas de sustentabilidade ambiental (Cruz, 2018), mantendo como meta a segurança do cliente.

Neste sentido, tendo em conta sustentabilidade ambiental e toda a evolução tecnológica, cedo se percebeu que poderíamos otimizar o bloco modificando o uso de compressas de gaze para compressas de TNT. Atualmente existem compressas de TNT que podem substituir as compressas de gaze, conduzindo a uma efetiva redução de custos, não se encontrando desvantagens (Kagoma et al, 2012).

Observando que a instituição dispõe essencialmente de compressas de gaze, e em conversa com o Enfermeiro Chefe decidiu-se fazer uma pesquisa comparando os diferentes tipos de compressas. Dessa pesquisa não resultaram artigos muito recentes mas confirmou-se que as compressas de TNT são efetivamente vantajosas, não comprometendo o risco de infeção, sendo substancialmente mais baratas. Neste sentido foi proposto realizar uma ação de formação para sensibilizar os enfermeiros para o uso

de compressas de TNT nas intervenções cirúrgicas (Journal of Wound Care, 1993). Esta formação serve evidentemente para a melhoria contínua da qualidade do serviço e, por outro lado, como complemento na melhor gestão dos custos no bloco operatório, competências comuns e específicas inerentes ao Enfermeiro Especialista Perioperatório e competências de Mestre.

Tanto em regime de internamento como em regime de ambulatório o período intra-operatório apresenta inúmeras variáveis que podem contribuir para o risco de infeção do local cirúrgico e, que os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Perioperatória podem antever e prevenir de uma forma interdisciplinar, de modo a otimizar as suas próprias intervenções, assim como das diferentes categorias profissionais, fomentando a partilha e reflexão sobre os cuidados prestados, maximizando a segurança da pessoa em situação perioperatória (Regulamento 429/2018).

2.3. FASE PÓS OPERATÓRIA

O pós operatório tem início quando o cliente é admitido na UCPA e termina aquando da sua alta clínica. (Duarte & Martins, 2014, Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Na UCPA o cliente permanecerá até que todos os critérios de Aldrete estejam cumpridos.

A avaliação para estabelecer o critério de alta é realizado pontuando numa série de parâmetros como o nível de consciência, a atividade física, a estabilidade hemodinâmica e respiratória, o estado de saturação de O₂, a incidência de náuseas e vômitos e a dor. Estes itens são avaliados com regularidade, e pontuados de forma a que a concessão de alta possa basear-se em pontuações previamente determinadas e consideradas seguras (Mourão et al, 2018). Os clientes operados passam por diferentes fases de estado de consciência no processo de recuperação pós anestésica, desde a descontinuidade dos anestésicos à recuperação dos reflexos e atividade motora, evoluindo na pontuação dos vários critérios até atingir um estado fisiológico idêntico ao do período pré-operatório. Salienta-se a importância do cliente que é submetido a anestesia geral receber uma fração de 80% de oxigénio inspirado no intra operatório e, manter SpO₂ igual ou superior a 95%, duas a seis horas após intervenção (OMS, 2018). Este mesmo autor refere que há evidências de que um fluxo sanguíneo otimizado reduz a taxa de infeção do

local cirúrgico por evitar a hipotermia e a hipóxia. Participei e intervi no pós-operatório imediato com a colocação de sonda nasal mantendo uma fração de SpO₂ acima de 98%, embora praticamente todos os clientes sejam sujeitos a anestesia loco-regional. Tendo em conta a Norma, a oxigenoterapia só será necessária para clientes submetidos a anestesia geral, que não é o caso. Porém, mas tendo em conta que muitas vezes, administramos medicamentos sedativos que poderão induzir sonolência, conduzindo à necessidade de administrar O₂.

É igualmente importante que o controlo da dor esteja assegurado, pois, depois de instalada, será muito mais complexo o seu tratamento. A dor, segundo a CIPE não é mais nem menos que “uma perceção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, desconforto ligeiro a intenso com origem no periósteo do osso” (CIPE. 2023, p.48) que pode acarretar atrasos na recuperação pós operatória e retoma a atividade de vida prévia à cirurgia.

O controlo da dor no período pós-operatório é um problema extremamente complexo nos cuidados de enfermagem, repercutindo-se não só, num aumento de dias de internamento, mas também condicionando a reabilitação, entre outros (Silva et al, 2019). O controlo insuficiente ou inadequado da dor em clientes submetidos a intervenção cirúrgica prende-se, em grande parte, à insuficiência de conhecimento, às atitudes, formação e défice de comunicação a vários níveis entre clientes e profissionais.

O Enfermeiro Especialista Perioperatório deve assumir-se como um elemento fundamental da equipa multidisciplinar no controlo da dor como 5º sinal vital, uma vez que este é o responsável pelo cuidado direto do cliente, pois permanece mais tempo próximo do mesmo, devendo assumir a monitorização da dor, estando sempre alerta para o alívio do sofrimento e melhoria da qualidade de vida do cliente (Joshi, 2019). Embora na minha experiência, felizmente, tenha a perceção da gestão e controlo da dor no intra-operatório, como uma meta garantida, visto que, com evolução das próprias técnicas anestésicas, dispondo de um maior leque de intervenções preventivas para a dor pós-operatória. Os cuidados de enfermagem prestados devem ter em conta o enfoque no tratamento, farmacológico e não farmacológico, e preventivo da dor aguda, para que não se transforme em dor crónica, bem como o desenvolvimento de estratégias que envolvam uma equipa interdisciplinar (Thapa & Euasobhon, 2018).

No caso do controlo da dor se manter constante e, não ser passível de controlo, pode evoluir para dor crónica. A dor crónica pós-cirúrgica constitui um dos principais eventos adversos indesejados em qualquer intervenção cirúrgica. Define-se dor crónica pós operatória como “aquela que se desenvolve, ou aumenta de intensidade, depois de um procedimento cirúrgico e persiste por no mínimo 3 meses, após excluídas todas as outras possíveis causas, como infeção, recidiva de tumor ou dores advindas de problemas pré-existentes” (Lopes et al, 2021, p.650).

Embora existam inúmeros artigos sobre a dor crónica (Galvan et al, 2020; Wang et al, 2018; Zahn-Pogatzki & Lavandhomme, 2021) sabe-se que esta interfere com a capacidade laboral, apresentando relação entre sentimentos negativos e intensidade da dor, acarretando um impacto significativo nas atividades de vida diária (Kanematsu et al, 2022).

O cuidado desenvolvido na prevenção, deteção e tratamento da dor aguda é fulcral para diminuir a prevalência e intensidade da dor crónica pós-cirúrgica. A utilização de escalas de avaliação da dor e ansiedade constituem ótimos recursos a serem aplicados pela equipa multidisciplinar. Deste modo, torna-se imperativo a individualização do tratamento da dor aplicado a cada cliente. É fundamental ter em conta os seus fatores de risco, o perfil da dor esperada ou da dor pré-existente, o tipo de estímulo doloroso do procedimento e o consumo, prévio ou não, de opioides. O regime analgésico deve ser adaptado, tanto preventivamente como no tratamento pós-operatório, de acordo com esse perfil (Lopes et al., 2021). Neste sentido, o enfermeiro é o

principal responsável pelo cuidado, promoção de conforto e alívio da dor no pós-operatório, pois tem um maior contato com o cliente (...) colabora de forma positiva e coerente na adequação da analgesia, principalmente na modalidade da prescrição médica “se necessário”, pois a avaliação e administração de fármacos exige conhecimento, responsabilidade profissional e ética” (Kawaiivfa, et al., 2015 citado por Galvan el al., 2020, p.5).

Deste modo, o Enfermeiro Especialista Perioperatório mantém os seus cuidados centrados no cliente, promovendo conforto do mesmo, reportando-nos novamente ao Regulamento 429/2018.

Associado à dor, podemos abordar as náuseas e vômitos. Estes são um fator de grande impacto nos cuidados pós-operatórios, causando grande desconforto e diminuição da satisfação do cliente, ao qual o Enfermeiro Perioperatório poderá ter um papel determinante, através da utilização de estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica (Regulamento 429/2018).

O controlo das náuseas e vômitos pós-operatórios, por parte da equipa multidisciplinar, são de extrema importância para o bem-estar conforto do cliente após a cirurgia. Além disso, são fundamentais para a prevenção de complicações e para a recuperação adequada. A APCA, em 2012, identifica que complicações como a deiscência de suturas e hemorragias, podem estar associadas a estes eventos. Poderá apresentar, também, impacto em altas mais tardias, internamentos imprevistos, readmissões hospitalares e atraso no regresso às atividades diárias normais, em especial nas cirurgia de ambulatório com custos diretos e indiretos para a instituição (APCA, 2012). É de referir, atualmente, a existência de protocolos nas diferentes especialidades no que concerne à prescrição de antieméticos, por forma a prevenir, já no pré-operatório, as náuseas e vômitos, tendo em conta os aspetos anteriormente mencionados (AORN, 2023).

Como já foi abordado na fase intra operatória existem diferentes técnicas de abordagem para a realização da artroplastia da anca, tornando-se relevante avaliar a pele, devido à imobilidade provocada pela cirurgia e posicionamento cirúrgico, relembrando o diagnóstico de lesão perioperatória já levantado. É também importante vigiar a hemorragia e a eliminação urinária. Salvo exceções, apenas as clientes mulheres submetidas a artroplastia da anca são algaliadas e, deste modo é possível terem uma monitorização constante do débito urinário, embora possa aumentar o risco de infeção. A Norma 19/2015, revista em Agosto de 2022 (p.7), identifica que devem ser submetidos a algaliação com os seguintes critérios:

- “Doentes com retenção urinária aguda ou obstrução;
- Necessidade de monitorização do débito urinário em doentes críticos;
- Uso em procedimentos pré-operatórios específicos;

- Doentes incontinentes com lesões/úlceras por pressão na região sagrada ou perineal;
- Doentes que requerem uma imobilização prolongada;
- Para a promoção de conforto em cuidados em fim de vida.

O motivo que leva a equipa multidisciplinar a algaliar apenas as mulheres é pela proximidade do penso cirúrgico à fralda/resguardo, pela limitação da mobilidade do cliente. Esta situação pode gerar o risco de infeção, pela contaminação do penso cirúrgico. A sonda vesical é removida no dia seguinte logo após o primeiro levante. Bigas et al (2022, p.217), constataram “que os doentes com infeção associada ao cateter permaneceram algaliados durante um período de tempo excessivamente prolongado (...) reforçando a necessidade emergente de avaliar diariamente a possibilidade de descontinuar o procedimento,” concluindo que “este procedimento está associado a uma taxa significativa de complicações, com destaque para as infeções urinárias associadas ao cateter, que contribuem para o aumento da mortalidade e morbidade destes doentes”.

Todos estes diagnósticos e focos de atenção devem ser criteriosamente documentados de modo a assegurar a continuidade dos cuidados e também gerar indicadores de qualidade (Regulamento 429/2018). A partir do momento em que o cliente reúne condições para ter alta da UCPA é transferido para o internamento ou UCA, onde a continuidade dos cuidados é assegurada até a sua alta clínica.

O pós-operatório da cirurgia de ambulatório e da cirurgia em regime de internamento difere essencialmente no tempo de estadia na instituição. No caso das cirurgias de ambulatório, após a chegada do cliente à UCA este mantém-se monitorizado até completamente desperto, e conseqüentemente, é feito levante progressivo até se poder oferecer a refeição. Se o cliente tolerar o chá e bolachas, poderá avançar-se para o levante completo e contacta-se com o familiar responsável para o poder ajudar a vestir, se necessário. Aquando da alta, é realizado o ensino ao cliente e ao familiar. É importante realizar o ensino a ambos visto que com tantos acontecimentos num só dia, e numa situação de vulnerabilidade, é compreensível que o cliente não seja capaz de captar toda a informação que lhe é transmitida. Os documentos da alta e ensinos são explicados e entregues em mão antes de sair do serviço. Muitas vezes acontece que, no dia seguinte ,ao realizar o telefonema das 24h, o cliente e/ou familiar/pessoa significativa interpelam

com questões que foram abordados no momento da alta, revelando a importância deste contacto.

No que respeita aos clientes em regime de internamento, em especial de ortopedia, nomeadamente na artroplastia da anca, a reabilitação tem um início gradual tendo em conta as suas atividades de vida diárias, como o levantar e sentar, o iniciar marcha com canadianas e está mais a cargo do Enfermeiro Especialista em Reabilitação, por outro lado, mas também o controlo da dor e os cuidados com o dreno e ferida cirúrgica estão a cargo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A ferida cirúrgica mantém-se como foco de atenção mesmo após o regresso a casa.

Sabe-se que o treino de marcha com canadianas ocupa algum tempo do período de estadia no hospital, e portanto, torna-se o foco de atenção do cliente, onde este, tenta otimizar ao máximo para poder ter alta nas melhores condições possíveis. Obviamente que o Enfermeiro Especialista em Reabilitação tem um papel relevante, mas cabe ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória intervir na preparação para a alta, promovendo sua readaptação funcional.

O período habitual de estadia no hospital para realização de uma artroplastia da anca são três dias e, para um cliente que vivencia pela primeira vez uma situação cirúrgica como esta é, não só, angustiante, como gerador de grande ansiedade e medos (Breda & Cerejo, 2020).

É interessante salientar que os clientes que foram à reunião de grupo organizada pela equipa multidisciplinar encontram-se mais empoderados e, conseqüentemente, mais tranquilos, no que se refere aos cuidados a que vão ser submetidos, do que aqueles clientes que, por qualquer motivo, não puderam participar nessa reunião. Sabendo previamente que o pré-operatório é fundamental na preparação do pós-operatório, e que isso reduz a ansiedade, e como resultado, reduz o risco de complicações, seria de todo pertinente a implementação de uma consulta de enfermagem pré-operatória com Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem Perioperatória, conduzindo à capacitação da pessoa e família/pessoa significativa, assim como a uma maximização da segurança do cliente em situação perioperatória congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento 429/2918).

Tal como anteriormente referido, no caso dos clientes que já vão realizar este procedimento pela segunda vez, na anca contralateral, apresentam menos ansiedade pois sabem o que esperar, e o processo de readaptação funcional já é conhecido.

No caso dos clientes submetidos a artroplastia da anca, a analgesia adequada e controlada, permite a mobilidade pós-operatória precoce e uma melhor recuperação funcional (Joshi, 2019) devendo a quantidade e o tipo de dor ser avaliados segundo a escala numérica ou a escala visual. Habitualmente estes clientes apresentam a dor bem controlada devido às técnicas anestésicas, como bloqueios periféricos, realizadas no bloco permitindo um levante e recuperação mais rápidos.

O dreno é removido às 24h após intervenção cirúrgica, se a drenagem for inferior a 400 ml. É regra básica, a higienização das mãos antes, e após as mudanças de dreno e do penso, ou de qualquer contacto com o cliente, e mais se abordarmos local da incisão cirúrgica. Aquando do estágio de opção, os enfermeiros do serviço de ortopedia tinham necessidade de, ao levantar o penso do dreno às 24h, levantar também o da ferida cirúrgica, visto que estes eram apenas um. Neste sentido, e verificando que o estado da arte preconiza a manipulação mínima dos pensos cirúrgicos, sentiu-se a necessidade de promover a mudança de comportamento no bloco operatório, conforme anteriormente descrito.

Deste modo, ao manter a ferida cirúrgica protegida do local de inserção do dreno, repercute-se numa melhoria de cuidados prestados ao cliente, colaborando deste modo para a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção através da utilização dos recursos disponíveis para promover a qualidade e segurança nos cuidados prestados no perioperatório (Regulamento 429/2018 e Regulamento 140/2019).

Com o objetivo de garantir a continuidade dos cuidados, o plano de cuidados para a alta tem início já no pré-operatório, sendo continuo ao longo de todo o internamento, incluindo uma carta para o médico e enfermeiro de família com todas as informações pertinentes decorrentes da intervenção cirúrgica, tal como no Ambulatório.

O ensino ao cliente e respetiva família e/ou pessoa significativa no que respeita aos sinais e sintomas de infeção e à necessidade de comunicar o seu aparecimento (quer ainda no internamento, quer após a alta) é realizado no momento da alta, alertando para a necessidade de recorrer aos serviços de saúde o mais brevemente possível nessa situação. Considera-se crucial dar resposta às necessidades específicas da pessoa e família

e/ou pessoa significativa submetida a intervenção cirúrgica a artroplastia total da anca, promovendo a sua capacitação e autonomia (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Não há protocolo da instituição relativo ao local de realização dos pensos após a alta. Os clientes fazem o penso no Hospital ou no Centro de Saúde dependendo da experiência que o médico tem dos clientes anteriores. Como a articulação entre o Hospital e o Centro de Saúde nem sempre funciona como seria desejado, alguns médicos ortopedistas preferem vigiar de perto enviando para a consulta no hospital até à remoção dos pontos.

Na consulta de ortopedia está presente um enfermeiro que dá apoio à consulta diariamente. Este apoia na colocação e remoção de gessos, e realiza também pensos, pós operatórios ou não, dos clientes que vão à consulta dos vários Ortopedistas.

Considerando que todos estes procedimentos estarão alocados apenas a um enfermeiro na consulta, será pertinente alertar novamente para a situação das dotações seguras. Obviamente que deverá ser ajustado a cada organização, tendo em conta as atividades de enfermagem a realizar. Encontramos mais que um Ortopedista, no mesmo período de consulta, que poderão enviar para a sala de enfermagem, eventualmente em simultâneo, clientes para diferentes procedimentos, podendo inviabilizar a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade que garantam a segurança e a satisfação dos clientes (Regulamento nº 743/2019), limitando a própria capacidade de autonomia do enfermeiro na prestação dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, poder-se-ia complementar que o método de trabalho nesta situação será funcional, privilegiando a tarefa a realizar e não centrado no cliente (Ventura-Silva, 2021).

Aquando o momento da alta, na carta de enfermagem será indicado onde o cliente deverá recorrer até à remoção dos pontos, sejam eles sutura automática ou fio de sutura.

Na tentativa de articular com o Centro de Saúde os cuidados após a alta, alguns Ortopedistas enviavam os seus clientes para o Centro de Saúde até a remoção dos pontos, que corresponde aos 15 dias pós-operatórios. No entanto, constataram que, no caso dos clientes que apresentavam sinais inflamatórios na sutura, ou seja, sinais de infeção do local cirúrgico apenas eram observados pelo Ortopedista um mês após a cirurgia. Muitas vezes, esta situação obrigava a internar o cliente. Deste modo, os penso pós operatórios voltaram a ser realizados na consulta externa de ortopedia e removidos aos 15 dias.

Porém, Ordem dos Enfermeiros em 2017, emite o Parecer nº 42/2017 no qual afirma que os Enfermeiros são possuidores de autonomia para decidir sobre a implementação das intervenções, quer interdependentes, quer autónomas, tendo por base os seus conhecimentos técnico-científicos, os benefícios, riscos e potenciais problemas (Ordem dos Enfermeiros, 2017), o que deveria permitir aos enfermeiros ter a capacidade de decidir sobre técnicas e meios a utilizar no tratamento de feridas, evitando as complicações acima mencionadas. O tratamento de feridas é uma intervenção autónoma de enfermagem, onde a intervenção resulta de uma prescrição médica (Ordem dos Enfermeiros, 1998). O enfermeiro tem o dever de recolher dados, diagnosticar, planear, intervir e avaliar resultados. Com isto, segue e realiza o cuidado mais adequado ao cliente que tem junto a si. A Ordem dos Enfermeiros, nesse mesmo Parecer, sugere a construção de Guias Orientadores de Boas Práticas como forma de estabelecer uma hierarquia que assente na competência (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

Com todo este percurso perioperatório e percebendo que o Enfermeiro Especialista Perioperatório tem um papel relevante na prevenção da infeção do local cirúrgico, sentiu-se a necessidade de realizar um mapa conceptual demonstrando a importância deste cuidar especializado nas diferentes fases do perioperatório culminando na realização de um póster intitulado Intervenção do Enfermeiro Especialista Perioperatório na prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Este serviu para apresentação no serviço, de modo a consciencializar e promover uma reflexão acerca da importância dos Enfermeiros Perioperatórios na prevenção da infeção do local cirúrgico, atendendo à segurança como valor do cliente durante este percurso, ficando afixado no serviço para reforço de práticas no cuidar ao cliente submetido intervenção cirúrgica (Anexo III).

Através da observação do mapa conceptual é facilmente perceptível que o Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem Perioperatória lidera inúmeros processos de controlo de infeção, monitorizando desde o pré-operatório os feixes de intervenção propostos pela DGS, demonstrando uma preocupação constante em todos os timings intra operatórios, tendo por base a consciência cirúrgica. É importante realçar que o risco do cliente contrair uma infeção está constantemente presente, intrinsecamente à sua condição e vulnerabilidade a que está exposto. Consegue-se verificar que os Enfermeiros Perioperatórios, em especial, os Especialistas nesta área tão específica da enfermagem, têm o dever de salvaguardar a segurança do cliente desde o momento da proposta

cirúrgica até a sua alta clínica, pois existem inúmeros fatores, como apresenta o mapa conceptual, que podem pôr em causa a qualidade de vida do cliente, pela falha na segurança na realização dos cuidados.

3. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão, tem vindo a apresentar especial atenção no que respeita à mudança de paradigma do modelo de ensino superior com a publicação do Decreto-Lei 65/2018. A atribuição do grau de mestre na área de enfermagem, exige atualmente uma componente prática e trabalho autónomo do estudante, culminando na realização de um relatório final, por forma a demonstrar o desenvolvimento e consolidação das competências exigidas ao Enfermeiro Especialista, adquiridas através da realização dos estágios pela análise crítica das atividades a que se propôs no processo formativo, integrando evidentemente uma componente de pesquisa e investigação.

Neste sentido, de acordo com o Decreto-Lei acima mencionado o grau de Mestre é conferido numa especialidade, como o caso da Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, podendo estas ser desdobradas em áreas de especialização, tais como Paliativa, Crítica, Crónica e Perioperatória, a qual se pretende aprofundar.

O 15º artigo do terceiro capítulo (DL 65/2018, p. 4162) discrimina que o grau de mestre é conferido aos que demonstrem:

- a) Possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que:
 - i) Sustentando-se nos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, os desenvolva e aprofunde;
 - ii) Permitam e constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais, em muitos casos em contexto de investigação;
- b) Saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, ainda que relacionados com a sua área de estudo;
- c) Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as

implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem;

d) Ser capazes de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades;

e) Competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Tendo por base a experiência profissional e a aprendizagem durante a vigência do curso de Mestrado é esperado, como futura especialista, que adquira competências que permitam pensar de forma crítica nos cuidados perioperatórios prestados, devendo analisar, implementar e avaliar o impacto de estratégias de melhoria dos cuidados de saúde a prestar, elevando os cuidados a um nível de excelência.

O bloco operatório é o meu local de trabalho desde que terminei o curso de licenciatura em Enfermagem. É natural que no decurso deste vinte anos de serviço, muita foi a evolução tecnológica a que assisti nas diferentes áreas de enfermagem no bloco operatório em que desempenhei funções. Como enfermeira de anestesia, assisti ao aparecimento do complemento das anestésias gerais e loco-regionais, com bloqueios periféricos para analgesia, que tanto promovem o controlo da dor e bem-estar pós operatório do cliente. Como enfermeira circulante e instrumentista nas áreas de cirurgia geral e ortopedia, a evolução para técnicas minimamente invasivas que promovem a mais rápida recuperação do cliente, reduzindo em muito os dias de internamento. Toda esta evolução tecnológica proporciona melhores cuidados, mas também, mais rápida readaptação funcional do cliente, traduzindo-se em qualidade em saúde. Por outro lado, isso implica para nós, profissionais de saúde, a constante atualização técnico-científica, e a constante procura de novos saberes para podermos responder às exigências que vão surgindo.

Obviamente a inscrição no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação perioperatória surge da necessidade de comprovar e consolidar competências que vão sendo adquiridas ao longo do tempo de experiência profissional e com isto, completar algumas lacunas que possam existir.

O desenvolvimento de competências em pesquisa e investigação foi fundamental para intervir no campo de estágio, de modo a promover a mudança de comportamentos dos colegas em aspectos de melhoria da qualidade, partindo da mais recente evidência científica. Isto refletiu-se claramente em três momentos dentro do bloco operatório, que requereram também competências de comunicação tal como preconizado no Decreto-Lei 65/2018 sentindo a necessidade de partilhar as minhas conclusões, assim como os conhecimentos e raciocínios subjacentes à pesquisa realizada, nas seguintes áreas:

- Tricotomia;

Através da formação ministrada sobre a tricotomia, na qual resultou uma Norma para a instituição;

- Pensos cirúrgicos

A prevenção da infeção do local cirúrgico contempla inúmeros fatores intrínsecos e extrínsecos aos cliente, que vai desde o pré-operatório até à alta percebendo que a prática tem de ser ajustada.

- Compressas TNT

A sustentabilidade ambiental é um tema atual ao qual as instituições hospitalares não estão alheiras. É importante mudar comportamentos, e nesse sentido, foi ministrada uma formação para aderir ao uso de compressas de TNT no serviço tendo em conta que se verificava o uso de compressas de gaze.

O bloco operatório apresenta inúmeras situações que podem ser complexas, nomeadamente em situações de urgência, que exigem que o enfermeiro apresente competências comuns no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, na melhoria da qualidade de cuidados, através da implementando projetos, na gestão dos cuidados e, no desenvolvimento de aprendizagens a nível profissional, e competências específicas no domínio do cuidar da pessoa e família maximizando a segurança no período perioperatório.

O Enfermeiro Especialista Perioperatório tem o dever de promover a excelência exercício, de acordo com o Código Deontológico dos Enfermeiros (1998, p. 10) mantendo uma “atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas”.

Os estágios permitiram aprofundar e consolidar conhecimentos e enriquecer áreas menos exploradas, como a consulta de enfermagem, e sair da zona de conforto e

acompanhar o cliente no seu período pré e pós operatório, no internamento. Neste sentido, procurei nestes momentos, promover a humanização dos cuidados de enfermagem, especialmente no internamento, pois é o local onde melhor se constata com o cliente, e este está desperto para a realização dos ensinamentos. Foi possível colocar em prática conhecimentos já adquiridos em contexto do exercício profissional no bloco operatório, promovendo o empoderamento do cliente auxiliando-o na tomada de decisão.

A complexidade do ambiente cirúrgico exige do Enfermeiro Especialista Perioperatório o desenvolvimento de uma prática baseada no seu Código respeitando o direito do cliente à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde. Neste sentido, identifiquei práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade dos clientes; tomei decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas e assumi a responsabilidade dos meus atos assim como dos atos delegados, exercendo sempre supervisão dos mesmos. O respeito pela dignidade humana pressupõe o reconhecimento de que o ser humano é um sujeito e não um objeto, assentando nesta ideia um princípio bioético fundamental, o princípio da autonomia.

Foi muito interessante que, sendo detentora de conhecimentos na área do intraoperatório, podendo-me assumir como perita, até porque sempre tive necessidade de pesquisar e procurar evidência científica nesta área em concreto, associando-me como membro da AESOP e AORN, a capacidade de autoaprendizagem, pesquisa e interesse pela busca do conhecimento possibilitou-me a consolidação e aquisição de competências Específicas e comuns ao Enfermeiro Especialista, salientando que, existiram momentos, neste percurso académico, que me despertaram especial interesse como já referi: a consulta de enfermagem e, que dediquei mais tempo durante a realização do estágio.

Ao longo destes anos apresentei diversas comunicações livres e posters, assim como foi convidada para palestrar sobre temas com a segurança do cliente e da equipa cirúrgica na artroplastia da anca pela equipa da Unidade da Anca, num congresso por eles organizado, no passado ano. Deste modo, ainda este ano, foi implementado na instituição onde trabalho, um projeto de melhoria que visa a correta colocação da touca/barrete e máscara antes da entrada na sala, e em especial antes da lavagem cirúrgica das mãos. Este tema já foi exposto durante a elaboração do relatório e, assume-se como uma ferramenta na prevenção da infeção do local cirúrgico, contribuindo para a segurança do cliente como valor. Consegui, conjuntamente com resto do grupo de trabalho, que os diferentes

profissionais de saúde alocados ao bloco operatório estivessem mais alerta para a forma como entravam equipados nas cirurgias, evitando cabelos fora do barrete e máscaras mal colocadas. Este projeto teve por base constatação que, em especial os enfermeiros, utilizavam os vidros das portas para verificarem se estavam bem equipados, e nesse sentido surgiu a proposta de colocar espelhos para validar esse procedimento. Após apresentação de vídeo formativo aos diferentes elementos da equipa multidisciplinar e ensino de pares obtivemos no fim da auditoria uma melhoria de 86,3% em 120 profissionais de saúde.

Também é fundamental que, como mestre em enfermagem, seja capaz de utilizar as diferentes formas de comunicação, como a escrita, a fala e as tecnologias de informação, para transmitir suas conclusões e conhecimentos. Para isso foi desenvolvido ao longo deste percurso planos e relatórios de estágio, apresentação de trabalhos em conferências e congressos, e partilha de informações entre pares, assim como, os já referidos, projetos de melhoria nos serviços.

Além disso, os Enfermeiros devem ser detentores de habilidade na comunicação efetiva com clientes e suas famílias. Isso envolve a capacidade de explicar procedimentos, tratamentos, opções de cuidados e riscos de uma forma que seja compreensível e empática, como o caso dos clientes submetidos a artroplastia da anca, que tanto beneficiam com os nossos ensinamentos.

Neste sentido, a capacidade de comunicar de forma clara e sem ambiguidades é uma competência essencial para os mestres em enfermagem, permitindo-lhes compartilhar conhecimentos, facilitar a colaboração interdisciplinar e proporcionar aos clientes a compreensão necessária para participar ativamente do seu próprio processo de recuperação.

Sinto constante necessidade de acompanhar a evolução técnico-científica, aperfeiçoando e consolidando conhecimentos e práticas já adquiridos. Estes refletiram-se em práticas de cuidados, que promovem e dignificam a profissão na excelência dos cuidados prestados, com estabelecimento de relações interpessoais e de ajuda, com elevado pensamento crítico e reflexivo como suporte para a capacidade para avaliar e decidir, que complementados com a pesquisa de investigação recente permitiu-me adquirir as competências específicas e comuns de Enfermeiro Especialista em

Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assim como de Mestre.

4. CONCLUSÃO

Tendo em conta a mudança de paradigma do modelo de ensino superior que assenta no desenvolvimento de competências alicerçado à necessidade dos Enfermeiros se enriquecerem de conhecimentos, aptidões e competências específicas, emerge a inevitabilidade de promover a qualidade dos cuidados, com vista à obtenção de ganhos em saúde.

A Ordem dos Enfermeiros coloca o desafio de construir percursos de desenvolvimento profissional, recorrendo à realização de estágios, que permitam a atribuição do título de Enfermeiro Especialista, suportado uma prática clínica reflexiva, objetiva e contextualizada de todo o trabalho realizado, por forma a garantir a qualidade e o desenvolvimento dos cuidados de Enfermagem.

Deste modo, o Enfermeiro Especialista Perioperatório assume um papel preponderante na prestação dos cuidados tendo em conta a aquisição, aprofundamento e desenvolvimento de competências no cuidar par pessoa em situação perioperatória e respetiva família, assim como, na maximização da segurança do cliente em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica através de uma reflexão crítica e objetiva capaz de mobilizar conhecimentos científicos, técnicos e relacionais, baseados na mais recente evidência científica. Deve ser possuidora de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, no domínio da melhoria contínua da qualidade, no domínio da gestão dos cuidados e no domínio das aprendizagens profissionais, que lhe permitem complementar e coordenar programas de qualidade.

O presente relatório permitiu-me descrever o desenvolvimento, aprofundamento e aquisição de competências científicas, técnicas, humanas e relacionais, assim como, a evolução a nível da reflexão crítica, de tomada de decisão, e autonomia, tendo em conta os domínios de atuação do Enfermeiro Especialista.

Embora apresente uma vasta experiência profissional considero que os locais de estágio são verdadeiros centros de oportunidades de aprendizagem, capazes de dar resposta às exigências do grau de Mestre que pretendo obter. É importante ressaltar que são serviços bem organizados, altamente diferenciados, com protocolos e normas

instituídos, e onde há uma constante preocupação na atualização contínua dos conhecimentos, de modo a elevar os cuidados a um nível de excelência.

No que concerne às equipas de enfermagem, estas apresentam profissionais acessíveis, que auxiliam no processo de aprendizagem, e como tal, todo o percurso a desenvolver tornou-se mais fácil.

Na prática dos cuidados, referente às competências comuns do Enfermeiro Especialista pautei a minha prática por uma atitude responsável, de profissional seguro e ético, respeitando sempre os direitos humanos e a dignidade humana, e procurei responder às questões e necessidades do cliente e família em situação perioperatória, usando uma linguagem adequada ao nível sociocultural e estado emocional, com o intuito de esclarecer e minimizar a ansiedade e os medos.

Procurei orientar a minha prática tendo em conta o direito do cliente à autodeterminação, intimidade, confidencialidade, o consentimento informado com o intuito de fundamentar decisões, atendendo às evidências científicas e às responsabilidades sociais, éticas e deontológicas, tendo por base a legislação existente sobre estas temáticas. Intervi ativamente em situações de promoção da melhoria contínua da qualidade através da mudança de comportamentos e conseqüente melhoria da prestação dos cuidados perioperatórios, através da realização da norma da tricotomia e dos pensos cirúrgicos.

Aprofundi a capacidade de trabalhar de forma articulada com a equipa multidisciplinar e incentivei à discussão de assuntos relacionados com a prevenção da infeção do local cirúrgico com vista a uma mudança de paradigma. Por último, nível do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, consolidei os meus conhecimentos em contexto perioperatorio, e adquiri conhecimentos na área da consulta pré operatória de enfermagem.

No que concerne às competências específicas do Enfermeiro Especialista Perioperatório baseei a minha prática na relação de ajuda, promovendo o exercício da autodeterminação e a capacitação do cliente e família/pessoa significativa num momento de elevada vulnerabilidade a que está sujeito, mantendo o mais elevado padrão de segurança dos cuidados prestados. A consulta pré-operatória é de facto uma ferramenta crucial no empoderamento, motivação e capacitação do cliente e família/pessoa significativa.

A cultura de segurança é um pilar fundamental no processo cirúrgico de um cliente. A promoção de um ambiente seguro através de um planejamento adequado e sistematizado dos cuidados intraoperatórios, assegurando os princípios de assepsia progressiva e assepsia cirúrgica com vista a liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados de saúde perioperatório são premissas para a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória.

A prevenção da infeção do local cirúrgico é um tema extremamente vasto e complexo, com múltiplas variáveis e que obriga ao Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória estar permanentemente focado, que tem início já no pré operatório culminando no pós operatório. A própria organização dos blocos operatórios tem influência na prevenção da infeção, passando pelo cumprimento dos feixes de intervenção de acordo com o estabelecido pela Norma da DGS e culminando na manutenção constante da técnica asséptica em todos os procedimentos a realizar no cliente cirúrgicos até a sua recuperação.

Ao longo deste estágio muitos foram os momentos enriquecedores para a consolidação de conhecimentos, não só, porque como já referi, sendo detentora de alguns conhecimentos na área em estudo, estes facilitam a compreensão do processo vivenciado pelo cliente em situação perioperatória, assim como, a presença no internamento e consulta de ortopedia ofereceram uma visão mais alargada de todo o percurso perioperatorio do cliente submetido a intervenção cirúrgica. É importante salientar que o serviço de ortopedia e bloco operatório, de forma global, prestam cuidados aos seus clientes atempadamente, com qualidade, alicerçado nos conhecimentos mais recentes nas diferentes especialidades, utilizando meios técnicos e humanos adequados, de forma a obter uma melhor recuperação e a satisfação do cliente, visando a segurança como pilar dos cuidados.

Desenvolvi também competências na área da comunicação e, no relacionamento com o cliente, família e colegas, nos três momentos do perioperatório.

A elaboração deste Relatório permitiu-me evidenciar as atividades realizadas na consecução dos objetivos, previamente traçados nos projetos de estágios, e dar realce à minha atitude crítica e reflexiva na aquisição de competências de Enfermeiro Especialista Perioperatório, no respeito da dignidade humana do cliente em situação de vulnerabilidade em todo o percurso de desenvolvimento.

Considero também ter capacidade para integrar conhecimentos, comunicar com outros sobre os mesmos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem. Desta forma possuo competências para a aprendizagem ao longo da vida, de um modo auto-orientado ou autónomo, dando dessa forma resposta ao exigido para a obtenção do grau de Mestre.

Para finalizar pode-se assumir que a segurança é o maior valor que o Enfermeiro Perioperatório pode assegurar ao cliente num momento de vulnerabilidade, como o processo perioperatorio, a que está sujeito.

Como limitação encontrei a experiência que, por um lado, me permite ser interventiva no meu dia-a-dia procurando cada vez mais a prestação e melhores cuidados de enfermagem e, por outro lado, a distância entre o local onde resido e o local de estágio, que promove o cansaço, pelas inúmeras horas de trabalho que e torna este caminho mais duro, mas desafiante.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Akbuga, G.; Surme, Y.; Esenkaya, D. (2023). *Compliance With and Barriers to Implementing the Surgical Safety Checklist: A Mixed- Methods Study*. AORN Journal, Vol. 117, nº 2, p. e1- e10.

<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.13861>

ACSS. (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. RT 05/2011.

https://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf

Amaral, L. (2011). *A forte adesão do nosso Serviço ao registo explica-se pelo conhecimento da importância do RPA*. Registo Português de Artroplastias, <http://www.rpa.spot.pt/>

AORN (2023). *Keep PONV Under Control*. AORN.

<https://www.aorn.org/outpatient-surgery/article/keep-ponv-under-control>

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações. (2006). *Enfermagem Perioperatória: as filosofias à prática dos cuidados*. Lusodidacta.

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. (2012). *Recomendações Portuguesas para a profilaxia e tratamento de náuseas e vômitos em cirurgia de Ambulatório*. Grupo de trabalho com redação final de Vicente Vieira.

https://www.apca.com.pt/documentos/recomendacoes/recomendacoes_nauseas.pdf

Associação Portuguesa de Cirurgia de Ambulatório. (2020). *Recomendações Nacionais | Retorno da atividade cirúrgica na era covid-19 Cirurgia de Ambulatório*. Diventos.

<http://www.spanestesiologia.pt/webstspa/wp-content/uploads/2020/05/apca-recomendaes-cirurgia-ambulatrio.pdf>

Barroso, F.; Sales, L.; Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. Lidel.

Breda, L.; Cerejo, M. (2021). *Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente*. Revista de Enfermagem Referência 2021, Série V, nº5: e20088, p.1-8.

<https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/25537/186999>

Brigas, D.; Madeira, M.; Abrantes, C.; Santos, F.; Mendes, G.; Marques, S.; Pedroso, E. (2020). *Cateterização vesical no cliente internado: reduzindo as complicações associadas ao procedimento*. Revista de Medicina Interna, Vol.27, nº 3.

<https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/117/63>

Budib, M.; Hashiguchi, M.; Oliveira-Junior, S.; P Martinez, P. (2020). *Influência da reabilitação física sobre aspectos funcionais em indivíduos submetidos à artroplastia total de quadril: uma revisão sistemática*. Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia, 23(2), p. 2-16.

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/wwBkr9LXx5XkXvgxF6JkVDw/?lang=pt&format=pdf>

Cabral, R. (2008). *Avaliação biomorfológica dos descolamentos asséticos de prótese total da anca*. [Tese de Doutoramento em Medicina]. Universidade de Coimbra

<https://estudogeral.uc.pt/handle/10316/844?mode=full>

Caseiro, J. (2009). *Critérios de admissão e alta em cirurgia de ambulatório - a perspetiva do anestesiológista*. Revista portuguesa de cirurgia. II série, nº8, p.2-8.

<https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/2233>

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2017). *Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals. HAI-Net SSI protocol, version 2.2: Technical document*. European Centre for Disease Prevention and Control.

<https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/HAI-Net-SSI-protocol-v2.2.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention – CDC (2023). *Surgical Site infections*. European Centre for Disease Prevention and Control.

<https://www.cdc.gov/hai/ssi/ssi.html>

Cruz, D (2018). *Gestão e Valorização de Equipamentos de Proteção constituídos por Polipropileno em Meio Hospitalar*. [Dissertação para obtenção do Grau Mestre em Engenharia do Ambiente]. Instituto Superior Técnico de Lisboa, 2018.

<https://fenix.tecnico.ulisboa.pt/cursos/meambi/dissertacao/1972678479054663>

Decreto lei nº 65/2018. *Presidência do conselho de ministros*. Diário da República, 1º série, nº157: p.4147-4182.

https://sigarra.up.pt/feup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F-

[1614745945/Decreto-](https://sigarra.up.pt/feup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F-1614745945/Decreto-)

[Lei%2062018_Altera%20o%20regime%20jur%EDdico%20dos%20graus%20e%20diplomas%20do%20ensino%20superior.pdf](https://sigarra.up.pt/feup/pt/web_gessi_docs.download_file?p_name=F-1614745945/Decreto-Lei%2062018_Altera%20o%20regime%20jur%EDdico%20dos%20graus%20e%20diplomas%20do%20ensino%20superior.pdf)

Despacho n.º 1400-A/2015. *Plano Nacional para a Segurança do Doente 2015-2020*.

Diário da República, 2.ª série, nº 28, p. 3882 (1-9).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2015/PlanoNacionalSegurancaDoentes.pdf>

Despacho n.º 9390/2021. *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*.

Diário da República, 2.ª série, nº187, p. 96-104.

<https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>

Direção Geral da Saúde (2010). *Manual implementação da lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS: Cirurgia segura salva vidas*. DGS.

<https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de->

[Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf](https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf)

Direção Geral da Saúde (2011). *Orientação da DGS 018/2011: Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca de doentes em instituições de saúde*. Direção Geral da Saúde.

https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Mai_o/Orient_018_2011.pdf

Direção Geral da Saúde (2011). *Estrutura conceptual da classificação internacional sobre a segurança do doente: relatório técnico final*. Departamento da qualidade na saúde. Direção Geral da Saúde.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2011/ClassificacaoISegDoente_Final.pdf

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma 02/2013: Cirurgia segura*. Direção Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma 15/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Direção Geral da Saúde.

https://www.ucp.pt/sites/default/files/2019-03/DGS%20Consentimento%20Informado%20DGS_atualizado%204Nov2015.pdf

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma 014/2013: Artroplastia total da anca*. Direção Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/artroplastia-total-da-anca.pdf>

Direção Geral da Saúde (2013). *Norma 024/2013: Prevenção da infeção do local cirúrgico*. Direção Geral da Saúde.

https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-DGS-024_2013-Prevenc%CC%A7a%CC%83o-da-Infec%CC%A7a%CC%83o-do-Local-Ciru%CC%81rgico.pdf

Direção Geral da Saúde (2015). *Avaliação da situação Nacional dos Blocos operatórios: relatório final*. Direção Geral da Saúde.

https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Direção Geral da Saúde (2017). *Norma 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. Direção Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde (2018). *Norma 005/2018: Avaliação da cultura de segurança dos doentes nos hospitais*. Departamento da qualidade na saúde. Direção Geral da Saúde.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Direção Geral Saúde (2018). *Infeções e Resistências aos Antimicrobianos: Relatório Anual do Programa Prioritário, 2018*. Direção Geral da Saúde.

<https://www.arscentro.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2020/05/Relatorio-Anual-do-Programa-Prioritario-2018.pdf>

Direção Geral da Saúde (2019). *Norma 007/2019: Higiene das mãos nas Unidades de Saúde*. Direção Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde (2020). *Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção Geral da Saúde.

<http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Direção Geral da Saúde (2021). *Infeções e resistências a antimicrobianos. Relatório do programa prioritário PPCIRA.*

<https://www.dgs.pt/programa-nacional-de-controlo-da-infeccao/relatorios/infecoes-e-resistencias-aos-antimicrobianos-2021-relatorio-anual-do-programa-prioritario-pdf.aspx>
qualidade em saude 2022

Direção Geral da Saúde (2022). *Norma 019/2015 atualizada em 29/08/2022. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção Urinária Associada a Cateter Vesical.* Direção Geral da Saúde.

Direção Geral da Saúde (2022). *Norma 020/2015 atualizada em 17/11/2022. “Feixe de intervenções” de prevenção de infeção do local cirúrgico.* Direção Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-de-local-cirurgico/>

Direção Geral da Saúde (2022). *Norma 031/2015 atualizada em 17/11/2022. “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica da criança e no adulto.* Direção Geral da Saúde.

<https://normas.dgs.min-saude.pt/2013/12/31/profilaxia-antibiotica-cirurgica-na-crianca-e-no-adulto/>

Direção Geral da Saúde (2023). *Consentimento informado, esclarecido e livre dado por escrito.* DGS.

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/consentimento-informado-esclarecido-e-livre-dado-por-escrito.aspx>

Duarte, A.; Martins, O. (2014) *Enfermagem em Bloco Operatório: Edições Lidel.*

Entidade Reguladora da Saúde - ERS (2021). Precauções Básicas do Controlo da Infeção em estabelecimentos prestadores de cuidados de saúde. Entidade Reguladora da Saúde.

https://www.ers.pt/media/wgydlhj0/sessao_-de_esclarecimento_pbcj.pdf

European Operating Room Nurses Association (2020). *EORNA Best Practice for Perioperative Care.* 2ª Edição EORNA.

<https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

Espírito Santo, I.; Fontes, F.; Espírito Santo, P.; Santos, E.; Santos, A.; Oliveira, E.; Mendes, S.; Velozo, N.; Silva, B.; Oliveira, I.; Santos, B.; Fernandes, W.; Sousa, J.; Silva, Lu.; Nascimento, R.; Júnior, A. & Carvalho, L. (2019). *Aspectos relevantes da visita pré-operatória de Enfermagem: benefícios para o paciente e para a assistência*. Revista Eletrónica Acervo Saúde. Volume Suplementar nº 25, p.1-6.

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/559>

Ferreira, M.; Teixeira, J.; Camarinha, S.; Monteiro, A.; Monteiro, J. (2020). *Intervention beam in prevention of local surgical infection*. Suplemento digital Revista ROL Enfermagem. Volume 43(1): p. 335-341.

<https://e-rol.es/wp-content/uploads/2020/01/Intervention-beam-in-prevention-of-local-surgical-infection.pdf>

Galvan, C.; Paczek, R.; Noschang de Brum, B.; Espírito Santo, D.; Tanaka, A.; Brito, D. (2020). *A efetividade do tratamento da dor no pós-operatório de cirurgias ortopédicas*. REAS/EJCH: study Pain, Vol.12 (10), 1-7.

<https://acervomais.com.br/index.php/saude/article/view/4875/2880>

Garção, A.; Grilo, E. (2019). *A importância das atividades de ensino e treino nos cuidados de enfermagem ao doente submetido a artroplastia da anca*. Journal of aging and Innovation,8 (1): p. 127-140.

<http://www.journalofagingandinnovation.org/wp-content/uploads/9JAIV8E1.pdf>

Giudice, D.; Trimarchi, G.; Fauci, V.; Squeri, R.; Calimeri, S. (2019). *Hospital infection control and behaviour of operating room staff*. Cent Eur J Public Health, Nº 27(4): p. 292-295.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31951688/>

Goldberg, B.; Elazar, A.; Glatt, A.; Camins, B.; Datta, R.; Takahashi, H.; Seitelman, E. (2021). *Perioperative Interventions to reduce surgical site infections*. AORN Journal, Vol.114, nº 6: p.587-596.

<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.13116>

Gonçalves, L. (2017). *Dor Crónica Pós-cirúrgica: Revisão bibliográfica do estado da arte in Dor*. Associação Portuguesa para o Estudo da dor. Permanyer Portugal, Vol 25, nº 1, p: 24-28.

https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2017_01.pdf

Hospitais SA: Unidades de missão (2005). *O desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório como objetivo estratégico do Hospital*.

<https://www.associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/gestao-hospitalar/HOSPITAIS%20SA%20Desenvolvimento%20da%20cirurgia%20ambulat%C3%83%C2%B3ria%20como%20objetivo%20estrat%C3%83%C2%A9gico.pdf>

Institute of Medicine (2000). *To err is human*. National Academies Press. Comittée on Quality of Health Care in America.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25077248/>

INE (2021). *Estatísticas da Saúde 2021*. Edição 2023. Instituto Nacional de Estatística.

[https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2#:~:text=Publica%C3%A7%C3%A3o-,ESaude2021.pdf,-\(4087%C2%A0Kb\)](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_publicacoes&PUBLICACOE_Spub_boui=11677508&PUBLICACOESmodo=2#:~:text=Publica%C3%A7%C3%A3o-,ESaude2021.pdf,-(4087%C2%A0Kb))

International Council of Nurses (2023). CIPE Browser.

<https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>

Joint Commision Accreditation Internacional (2011). *Padrões de Acreditação da Joint Comission Internacional para Hospitais*. 4ª Edição.

<https://www.jointcommission.org/standards/standard-faqs/hospital-and-hospital-clinics/medication-management-mm/000002114/>

Joint Commission Accreditation Internacional (2023). *Nacional Patient Safety Goals. Effective July 2023 for the Hospital Program*. JNC.

<https://www.jointcommission.org/standards/national-patient-safety-goals/hospital-national-patient-safety-goals/>

Journal of wound Care (1993). *Comparing non-woven, filmated and woven gauze swabs*. January, vol.2, N°1.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27911576/>

Joshi, Girishi; Kehlet, Henrik (2019). *Postoperative pain management in the era of ERAS: An overview*. Best Practice & Research Clinical Anaesthesiology. Volume 33, Issue 3: p. 259-267.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1521689619300643>

Kagoma. Y.; Stall, N.; Rubinstein, E.; Naudie, D. (2012). *People, planet and profits: the case for greening operating rooms*. CMAJ, November 20, 184 (17), p. 1905-1911.

CMAJ, November 20, 184(17), p: 1905-1911.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3503903/pdf/1841905.pdf>

Kanematsu, J.; Atanzio, B.; Cunha, B.; Caetano, L.; Arada, D. (2022). *Impacto da dor na qualidade de vida do paciente com dor crónica*. Revista Medica, São Paulo, vol. 101, n° 3, p:1- 8.

<https://www.revistas.usp.br/revistadc/article/view/192586>

Kang, M.; Andrew, M.; Farishta, A.; Oltmann, S.; Sreeramoju, P.(2023). *Best Practices and a business Case for Surgical Site Infection Prevention*. AORN Journal, vol.117, n° 5: p. 277-290.

<https://aorn.mycrowdwisdom.com/diweb/catalog/launch/document/sid/161536905>

Liu, Z.; Dumville, J.; Norman, G.; Westby M.J.; Blazeby J.; McFarlane, E.; Welton, N.J.; O'Connor, L.; Cawthorne, J.; George, R.P.; Crosbie, E.J.; Rithalia, A.D.; Cheng H.Y. (2018) *Intraoperative interventions for preventing surgical site infection: an overview*.

Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 2.

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD012653.pub2/epdf/full>

Lourenço, I.; Gonçalves, M.; Sequeira, M.; Melo, M.; Gouveia, M. (2022). *A tomada de decisão na gestão de cuidados de enfermagem: uma narrativa da literatura*. Gestão e desenvolvimento, 30: p.557-578.

<https://doi.org/10.34632/gestaoedesenvolvimento.2022.11696>

Lopes, A.; Menezes, M.; Barros, G.A. (2021). *Dor crónica pós-operatória- frequente e pouco valorizada: revisão narrativa*. Brazilian Journal of Anesthesiology 2021; 71(6): 649-655.

<https://bjan-sba.org/article/10.1016/j.bjane.2020.10.014/pdf/rba-71-6-6036d443a9539573217aeea2-trans1.pdf>

Martins, M.; Fernandes, A.(2019). *Implementação de bundles na prevenção da infeção após prótese total da anca*. Revista de Enfermagem Referência Série IV, n.º 21: p. 101 – 108

https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_artigo=3135&id_revista=24&id_edicao=179

Martins, T.; Nazareth Amante, L.; Vicente, C.; Maciel de Sousa, G.; Pozzebon Caurio, E.; Echevarría Guanilo, M.; Balbinot Reis Girondi, J. (2020). *Nursing interventions to reduce surgical site infection in potentially contaminated surgeries: an integrative review*. Revista Estima: Vol. 18, p1-12.

<https://www.revistaestima.com.br/estima/article/view/848>

Mendes, D. ; Ferrito, C. (2021). *Consulta de enfermagem pré-operatória: Implementação e avaliação*. Revista de Enfermagem Referência, Série V, nº8 (20216, p. 1-8).

<https://revistas.rcaap.pt/referencia/article/view/26777/19516>

Mourão, J.; Pereira, J.; Alves, C.; Andrade, N.; Cadilha, S.; Perdigão, L.(2018). *Indicadores de Segurança e Qualidade em Anestesiologia- Artigo de revisão. Revista da sociedade portuguesa de anestesiologia*. Volume. 27, nº 2, p. 1-5.

<https://revistas.rcaap.pt/anestesiologia/article/download/13568/11094/46109>

Nacional Institute for Health and Care Excellence - NICE (2020). *Surgical site infections: prevention and treatment*. NICE guidelines (NG 125).

<https://www.nice.org.uk/guidance/ng125/resources/surgical-site-infections-prevention-and-treatment-pdf-66141660564421>

Oliveira, M.; Mendonça, M. (2014). *Análise da visita pré-operatória de enfermagem: revisão integrativa*. Revista SOBECC; 19(3): p. 164-172.

<https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/109/pdf>

Oliveira, T; Aranha, A.; Leal, L.; Barbieri , B.; Lopes, A. & Fiorin, B. (2022). *Nursing actions in the treatment of perioperative hypothermia: a literature review*. Research, Society and Development, v. 11, n. 8.

<https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/31193>

OMS (2009). Guidelines for Safe Surgery 2009: Safe Surgery Saves Lives. WHO Library Cataloguing.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_eng.pdf;jsessionid=FB7A1659E5AFBD99D6210B0C43C37E08?sequence=1

OMS (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. World Health Organization.

<http://www.who.int/infection-prevention/publications/ssi-web-appendices/en>

Ordem dos Enfermeiros (1998). *Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro*. Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de Setembro (com alterações introduzidas pelo Decreto Lei nº 104/98 de 21 de abril).

<https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AEnfermagem/Documents/REPE.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento conceptual enunciados descritivos*. Conselho de Enfermagem.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise dos casos*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2007). *Enunciado de posição: consentimento informado para intervenções de enfermagem*. EP02/07. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
<https://website.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao15Mar2007.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2009). *Parecer CJ 160/2009: participação de enfermeiros em processos de formação de profissionais não enfermeiros*. Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8032/parecer-cj-160-2009-ensino-outros-t%C3%A9cnicos-por-enfermeiros_mb.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2014). *Parecer CJ 196/2014*. Conselho Jurisdicional. p.1-5.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Edição da Ordem dos Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem é Pessoa em situação*

Perioperatória. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (2017). *Parecer n.º 42/2017: Realização de penso em centro de saúde sem prescrição médica*. Conselho de Enfermagem 2016-2019.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/CE_Parecer_42_2017_RealizacaoPensosCS_semPrescricaoMedica.pdf

Ordem de Enfermeiros (2018). *Parecer do conselho de enfermagem n.º 119/2018*. Conselho de Enfermagem 2016-2019.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10775/parecer-n%C2%BA-119-ce-09022018-prepara%C3%A7%C3%A3o-de-medica%C3%A7%C3%A3o.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (2021). *Parecer do conselho de enfermagem N.º 53/2021*. Ordem dos Enfermeiros.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21447/parecer-n%C2%BA-53_ce_13012021_consulta-enfermagem-e-teleconsulta-de-enfermagem.pdf

Parvizi, J.; Gehrke, T. (2018). *Anais do segundo consenso internacional em infeções músculo-esqueléticas*. Volume 1. Internacional Consensus Group LLC.

https://www.researchgate.net/publication/336799267_Anais_do_II_Consenso_Internacional_em_Infeccoes_Musculoesqueleticas_Traducao_para_o_Portugues_Brasil_VOLU_ME_1_pdf

Pina, B.; Baixinho, C.(2020). Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: Revisão Integrativa da Literatura. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação. Vol.3, nº1. p.40-47.

<http://rper.aper.pt/index.php/rper/article/view/120/72>

Pinto, J.; Matias, A.; Sarnadas, L. (2020). *Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de scoping review*. Revista de Enfermagem Referência. Volume V, nº4, p.1-11.

<https://www.redalyc.org/journal/3882/388265454016/388265454016.pdf>

Pogatzki-Zahn, E., Lavandhomme, P. (2020). Prevention of Chronic Post-Surgical Pain <https://www.iasp-pain.org/resources/fact-sheets/prevention-of-chronic-post-surgical-pain/>

Ramos, S. (2021). *Bloco Verde: Sustentabilidade ambiental*. [Dissertação de mestrado]. ISCTE Business School.

<https://repositorio.iscte-iul.pt/handle/10071/23479>

Registo português de artroplastias (2023).

<http://www.rpa.spot.pt/Quick-Links/Home.aspx?lang=pt-PT>

Registo Português de Artroplastias (n.d). *O registo de Artroplastias da anca de Genebra*. Departamento de cirurgia ortopédica e traumatológica. Hospitais de Genebra.

<http://www.rpa.spot.pt/getdoc/d45dfa8d-e3d2-4071-b1f6-ed6865bbdb8e/Manual-EAR-4.aspx>

Regulamento 190/2015, (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Diário da República, 2.ª série, N.º 26 (23 de abril), pp.10087 – 10090.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/04/079000000/1008710090.pdf>

Regulamento nº 429/2018, (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória* (artigo 5º, anexo IV, pp. 19366 - 19368). Diário da República: II série, nº 135 (16 Julho), Ordem dos Enfermeiros.

<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Regulamento n.º 140/2019, (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Diário da República, 2.ª série, N.º 26, pp. 4744-4770. Ordem dos Enfermeiros.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 613/2022, (2022). *Regulamento que define o ato do enfermeiro*. Diário da República. 2.ª série, n.º 131, p. 179-182

<https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Regulamento n.º 743/2019 (2019). *Regulamento da Norma para calculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Diário da República. 2.ª série, n.º 184, p. 128-155.

<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Rosa, R.; Sposato, K.; Abbo, L. (2023). *Preventing Surgical Site Infections: Implementing Strategies Throughout the Perioperative Continuum*. AORN Journal, volume 117, n.º 5: p.300-311.

<https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.13913>

Seidelman, J.; Anderson, D. (2021). *Surgical site Infections*. Elsevier, volume 35, Issue 4: p.901-929.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0891552021000672?via%3Dihub>

Silva, J.; Martins, M.; Trindade, L.; Ribeiro, O.; Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review*. Journal Health NPEPS. Volume 6 (2), p.278-295.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Silva, C.; Soares, I.; Ferreira, M.A.; Jesus, S.; Príncipe, F.; Mota, L. (2019). *Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos*. Revista de Investigação & Inovação em Saúde, 2(2), 47-57.

<https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/58>

Sociedade portuguesa de literacia em saúde (2023). Sociedade portuguesa de literacia em saúde.

<https://www.splsportugal.pt/>

Sousa, F.; Silva, S.; Silva, A.; Silva, A.; Silva, L. & Silva, C. (2021). *Prevenção das infecções no período Perioperatório: Participação da equipe de enfermagem*. Brazilian Journal of Health Review. Volume.4, n.3, p. 11813-11823.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/index>

Stucky, C; Jomg, M; Liu, Y (2022). *Military Surgical Team Performance: The Impact of Familiarity, Team Size, and Nurse Anesthesia Students*. Journal of PeriAnesthesia Nursing. 37, p.86-93.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1089947221000836>

Stryja, J.; Sandy- Hodgetts, K.; Collier, M.; Probst, S.; Wilson, J. & Xuereb, D. (2020). *Surgical site infection: Prevention and Management across Health-care sectores*. EWMA.

https://ewma.org/fileadmin/user_upload/EWMA.org/EWMA_Documents_PDF/Surgical_Site_Infections.pdf

Thapa, P., Euasobhon, P. (2018). *Chronic Postsurgical Pain: current evidence for prevention and management*. The Korean Journal of Pain, Vol.31, nº3,155-172.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6037807/pdf/kjpain-31-155.pdf>

Treadwell, J.; Lucas, S.; Tsou, A. (2014). *Surgical Checklist: a systematic Review of impacts and implementation*. BJM Quality & satefy. 23 (4): p. 299-318.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3963558>

Tostes, M.; Galvão, C. (2019) *Processo de implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica: revisão integrativa*. Revista latino-Americana de Enfermagem, nº 27, e3104.

<https://www.scielo.br/j/r/lae/a/jcvSxc9YSXqCZ9TFbqVTWvt/?lang=pt&format=pdf>

Venneri, F.; Brown, L.; Cammelli, F.; Haut, E. (2021) *Safe Surgery Save Lives in Texbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. eBook: Springer.

<https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9>

<https://link.springer.com/book/10.1007/978-3-030-59403-9>

Ventura-silva, J.; Martins, M.; Trindade, L.; ribeiro, O.; Cardoso, M. (2021). *Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review*. Journal Health NPEPS. 2021 julho; 6(2):278-295.

<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2021/12/1349325/document-7.pdf>

Wang, L.; Chang, Y.; Kennedy, S.; Hong, P.; Chow, N.; Couban, R.; McCabe, R.; Bieling, P.; Busse, J. (2018). *Perioperative psychotherapy for persistent post-surgical pain and physical impairment: a meta-analysis of randomised trials*. British Journal of Anaesthesia. 120 (6),1304-1314.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29793597/>

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. p. 21:248.

<https://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-022-01027-5>

ANEXOS

ANEXO I – NORMA PARA APRESENTAÇÃO NO PPCIRA REFERENTE Á
TRICOTOMIA



Tipo de documento: Instrução de Trabalho		Data 13 de Março de 2023
Nome: Tricotomia pré-operatória		
Elaborado em	Aprovado em	Doc. Revogados ___/___/___
Enf. Helena Moreira Enf. Sérgio Lopes Enf. Jorge Coelho		

1. Âmbito

Este documento insere-se no Plano de Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico, publicado na Norma da DGS, que integra como feixes de intervenção o banho com clorexidina a 2%, a administração profilática de antibioterapia cirúrgica, manter a normotermia e a glicemia e evitar a tricotomia. Tendo em conta a importância da tricotomia na prevenção da Infeção do Local Cirúrgico torna-se necessário estabelecer todos os cuidados a ter com a pele do doente antes da intervenção cirúrgica.

2. Objetivos

Desenvolver e protocolar as intervenções de enfermagem referentes à tricotomia pré-operatória;

Uniformizar procedimentos tendo em conta a evidência científica.

3. Referências

- o Direção Geral da Saúde (2013). *Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma 024/2013*
- o Direção Geral da Saúde (2022). "Feixe de intervenções" de Prevenção de Infeção de local cirúrgico". Norma 020/2015 atualizada a 17/12/2022.
- o [WHO](#)(201.). *Global Guideline for the prevention of surgical site infection. World Health Organization.2018*
- o [Parvizi, J.; Gehrke, T.](#)(2018.) *Anais do Segundo Consenso Internacional em Infeções Musculoesqueléticas. Volume 1. SBOT.*

4. Fundamentação

A tricotomia é um indicador para a Prevenção da Infeção do local Cirúrgico (ILC) e constitui uma recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) nas últimas guidelines em 2018. Esta recomendação quando implementada salva vidas, reduz danos, diminui custos e ajuda a limitar a propagação da resistência aos antimicrobianos, e deste modo deve ser seguida e cumprida por todos os profissionais de saúde.

A pele com pêlos é o principal órgão do corpo humano que protege o organismo contra agentes externos, e não constitui um risco aumentado de ILC quando comparada a uma pele sem pêlos desde que não haja agressão da mesma. No entanto, em algumas intervenções cirúrgicas, a sua presença pode dificultar a técnica cirúrgica sendo necessária a sua remoção antes do procedimento. A remoção através de métodos invasivos, através do uso de lâminas de



bisturi ou de barbear podem produzir feridas ou erosões na pele que aumentam a colonização microbiana.

Assim sendo, em contexto cirúrgico a tricotomia não deve ser banalizada, mas sim adequada e protocolada em cada instituição. Neste sentido, a DGS atualizou a NORMA 020/2015 em Novembro de 2022 na qual refere que não se deve “realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la antes da intervenção com máquina de corte de uso único”. Mais acresce a Organização Mundial de Saúde que a tricotomia deverá ser feita o mais próximo possível da cirurgia, imediatamente antes e fora da sala operatória. Se os pêlos ao redor do local da incisão cirúrgica não interferirem com a cirurgia, não devem ser removidos devido aos potenciais riscos de contaminação da pele e da ferida.

5. Descrição

A tricotomia deve ser realizada com máquinas com lâminas descartáveis, no momento mais próximo antes do procedimento e fora da sala cirúrgica. Os motivos para remover os pelos incluem:

- Interferência com a incisão cirúrgica;
- Interferência na aderência de campos cirúrgicos e campos incisionais;
- Interferência na aderência de placas de eletrodo neutro;
- Dificuldade de adesão dos curativos pós-operatórios.

Este procedimento deverá ser realizado na **sala de indução** das salas operatórias do Bloco Operatório.

5.1. Preparação para a tricotomia

- Providenciar os materiais necessários (máquina, lâmina descartável, luvas e resguardo);
- Identificar o doente;
- Confirmar com o doente qual o procedimento a que vai ser submetido e desta forma avaliar o local ou área corporal a ser tricotomizada;
- Informar o doente sobre o procedimento a ser realizado e a área a ser preparada;
- Providenciar a iluminação adequada, se necessário, para execução da técnica de tricotomia;
- Manter a privacidade do paciente, expondo somente a área a ser tricotomizada;
- Proteger a marquesa operatória com resguardo para descartar após a técnica de tricotomia.

5.2. Realização da tricotomia

- Adaptar a lâmina descartável na máquina e testar o seu funcionamento;
- Esticar a pele, manter a máquina num ângulo de 15 a 30 graus em relação à superfície da pele e fazer a tricotomia. **Cuidado para não pressionar a máquina contra a pele do doente** (tomar extremo cuidado para não causar lesões à pele, pois os microrganismos multiplicam-se rapidamente sobre a pele traumatizada e o doente pode ficar predisposto à ILC);



- Remover os pelos ~~tricotomizados~~;
- Rejeitar a lâmina de tricotomia e providenciar a limpeza da máquina para uma futura utilização.
- Registrar a realização da técnica de tricotomia.

5.3. Considerações importantes

Em situações de fraturas expostas ou doentes emergentes deve-se estar desperto para a eventual necessidade de realizar a tricotomia na sala operatória.

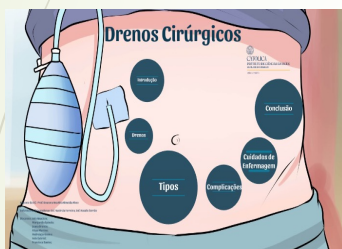
6. Destinatários

Todos os Enfermeiros do Centro Hospitalar entre Douro e Vouga.

ANEXO II – FOLHETO SOBRE PENSOS A FERIDA CIRÚRGICAS

Feridas Cirúrgicas

Uma **ferida cirúrgica** consiste num corte ou numa incisão geralmente efetuada com um bisturi durante uma cirurgia (DGS, 2013). As feridas cirúrgicas são geralmente fechadas através da aplicação de pontos, agrafos ou eventualmente cola cirúrgica. Os cuidados das feridas pós-operatórias envolvem a limpeza, proteção e controlo da pele, sendo o seu objetivo evitar a ocorrência de complicações e permitir a cicatrização rápida da ferida.



Se for necessário colocar drenos, utilizar drenagem em **circuito fechado**. Colocar o dreno através de incisão separada, **distante da incisão operatória**. Remover o dreno logo que possível (DGS, 2013).

○ penso dos drenos e da ferida cirúrgica **devem ser individualizados**.



Segundo a DGS (2013 e 2017) deve-se proteger a incisão encerrada primariamente, com penso estéril e técnica assética, durante as **primeiras 48 horas**, evitando a manipulação da mesma antes desse período.

Para mudar ou remover os pensos de ferida cirúrgica **usar técnica assética**, incluindo técnica **no touch**.

ANEXO III- POSTER: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO PERIOPERATORIO
NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO

Intervenção do Enfermeiro Especialista Perioperatório na Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico

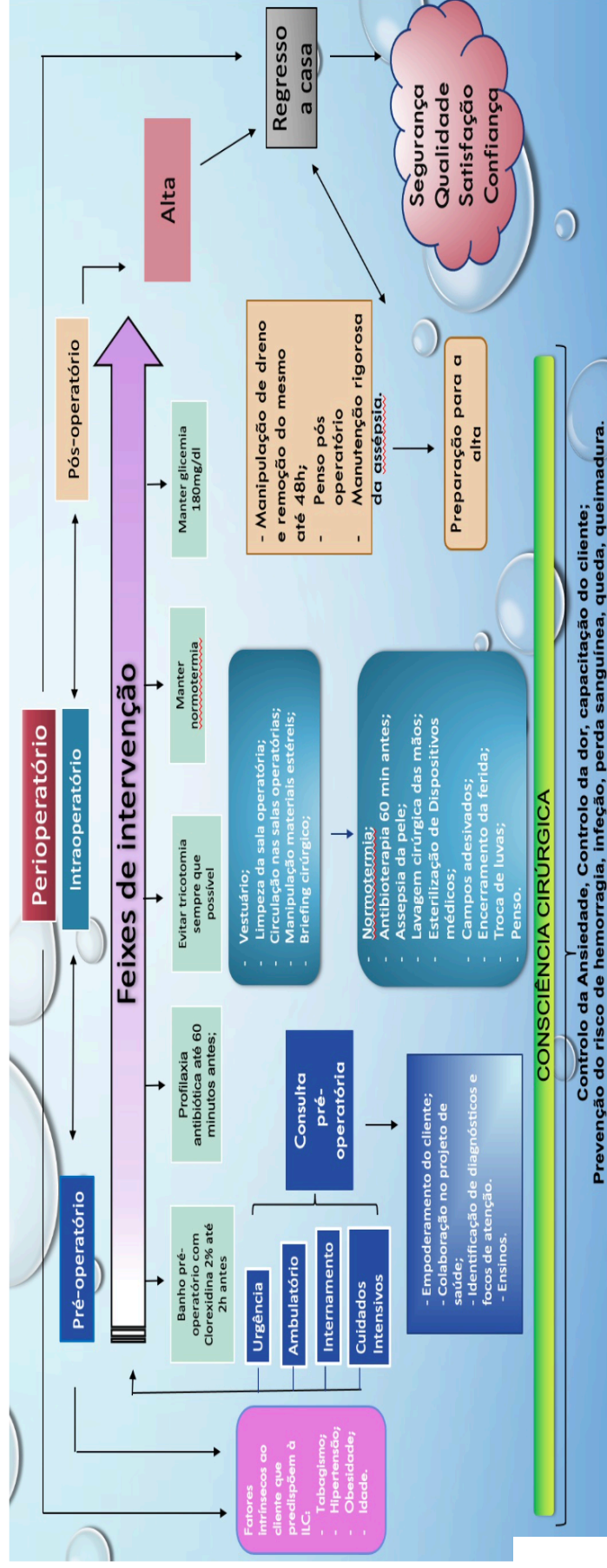
Helena Moreira^{1,2}, Sérgio Lopes^{3,4}, Cristina Pestana^{5,6}
¹ Mestranda em Enfermagem Médico Cirúrgica à pessoa em Situação Perioperatória; ²Enfermeira no Hospital Pedro Hispano; ³Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica; ⁴Enfermeiro no Centro Hospitalar entre Douro e Vouga; ⁵Professora Adjunta da Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny; ⁶Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria

Introdução:

A intervenção especializada de enfermagem na prevenção da Infecção do Local Cirúrgico (ILC) no percurso perioperatório contribui para a melhor recuperação e qualidade de vida do cliente, através da resposta integrada às necessidades identificadas e da promoção da saúde. A articulação das várias fases do percurso perioperatório requer a intervenção do enfermeiro perioperatório como o profissional de referência que garante o aumento da segurança do cliente (PNSD, 2021/2026).

Enquadramento:

O relatório do programa prioritário PPCIRA (2021) indica que as taxas de ILC entre 2015 e 2019 apresentaram uma diminuição da taxa de infecção nas cirurgias de artroplastia do joelho em 30% e artroplastia da anca em 38,1%. No entanto, entre 2019 e 2020, no mesmo grupo procedimentos verificou-se que aumentou a taxa de ILC nas artroplastias do joelho em 14,3% e artroplastia da anca em 76,9%, salientando que em 2020 foram realizados menos atos cirúrgicos eletivos. Neste sentido urge a necessidade de alicerçar os serviços na implementação e monitorização das *blindades* de prevenção da ILC (DGS, 2022). Por forma a sistematizar a pesquisa realizada foi utilizado como metodologia o recurso a um mapa conceptual, sendo abaixo esquematizado.



conclusão:

Sendo os enfermeiros perioperatórios, elementos fulcrais na segurança dos doentes num momento de tanta vulnerabilidade como o momento cirúrgico, cabe-lhes a responsabilidade de contribuir para a prevenção do risco de infeções associadas ao contexto perioperatório, salvaguardando as condições ideais do ambiente cirúrgico, fomentando as boas práticas da equipa multidisciplinar e exigindo qualidade na prestação dos cuidados, não obstante dos fatores intrínsecos ao cliente que por si só já são preditivos de aumentar o risco ILC.

Referências Bibliográficas:



