



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
PARA O PERIOPERATÓRIO – CONTRIBUTO PARA A
MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE**

Relatório de Estágio de Natureza Profissional

Marisa Elisabete Cardoso Carneiro

Julho, 2022

Escola Superior de Saúde



Instituto Politécnico
de Viana do Castelo

Marisa Elisabete Cardoso Carneiro

**PADRÃO DOCUMENTAL DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM PARA
O PERIOPERATÓRIO – CONTRIBUTO PARA A MELHORIA
CONTÍNUA DA QUALIDADE**

VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Estágio de Natureza Profissional efetuado sob a orientação da
Professora Mara Rocha

2022

RESUMO

A prestação de cuidados de saúde de qualidade surge, cada vez mais, aliada à especialização dos profissionais de saúde. A Enfermagem, como ciência e profissão, tem vindo a acompanhar esta evolução através do desenvolvimento de especialidades cada vez mais direcionadas aos problemas sentidos pelas pessoas. Atualmente vive-se mais tempo, mas, nem sempre, com maior qualidade, sendo a longevidade acompanhada de diversas situações de doença aguda e crónica que exigem cuidados diferenciados. Os enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica procuram dar resposta às necessidades sentidas pelas pessoas submetidas a processos médicos e cirúrgicos complexos, sustentando a sua prática na evidência científica.

Com vista ao desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, realizou-se o estágio de natureza profissional no serviço de bloco operatório central do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., no período compreendido entre o dia 11 de janeiro de 2021 a 30 de junho de 2021, no âmbito do VII curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. Ao longo do estágio foram desenvolvidas diversas atividades, nomeadamente: no âmbito da prestação de cuidados diretos à pessoa e família durante todo o perioperatório; da gestão dos cuidados, dos recursos materiais e humanos através da colaboração com a enfermeira gestora do serviço; da formação de pares com o desenvolvimento de formações em serviço que respondessem às necessidades sentidas pela equipa; na promoção da melhoria da qualidade dos cuidados através do desenvolvimento de um projeto de melhoria dos carros de anestesia, aumentando, desta forma, a segurança dos procedimentos e no desenvolvimento de um trabalho de investigação que respondeu a uma necessidade do serviço.

O trabalho de investigação versou sobre uma necessidade premente do serviço: a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. De forma a contribuir para a melhoria dos registos de Enfermagem, facilitando a avaliação da qualidade propôs-se o **Desenvolvimento de um Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem para o Perioperatório**. Assim, com recurso à pesquisa bibliográfica, foram identificados os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática de cuidados de qualidade no perioperatório, tendo sido identificados todos os diagnósticos e intervenções associados a esses mesmos fenómenos constantes do sistema informático de registos em uso no serviço. Com recurso a um painel de peritos,

utilizando a técnica de Delphi, foi definida uma versão de consenso composta por 97 itens (diagnósticos e intervenções de enfermagem). Graças à definição deste Padrão Documental será, agora, possível implementar, no serviço, uma rotina de registros sistematizados que possam fornecer dados à monitorização de indicadores.

Com a realização do estágio foi possível desenvolver competências especializadas em enfermagem médico-cirúrgica, graças à observação dos enfermeiros do serviço, à prestação de cuidados especializados, à partilha de experiências, à reflexão e à pesquisa bibliográfica com vista à resposta às questões que se foram levantando. Adquiriram-se competências técnicas, científicas e relacionais, assim como, um pensamento mais crítico e reflexivo. Compreendeu-se, também, a importância que a investigação tem no desenvolvimento do conhecimento e na prática de cuidados de qualidade. O projeto desenvolvido tem implicações na prática dos cuidados no Bloco Operatório, com a previsão da sua implementação a breve prazo e com contributos para a produção de indicadores no futuro.

Palavras-chave: Assistência Perioperatória; Competência Clínica; Registos de Enfermagem; Papel do Profissional de Enfermagem; Garantia da qualidade dos cuidados de Saúde.

ABSTRACT

The provision of quality health care is increasingly allied to the specialization of health professionals. Nursing, as a science and a profession, has been following this evolution through the development of specialties increasingly directed to the problems felt by people. Currently, people live longer, but not always with higher quality, and longevity is accompanied by various situations of acute and chronic illness that require differentiated care. Nurses specializing in Medical-Surgical Nursing seek to respond to the needs felt by people undergoing complex medical and surgical processes, sustaining their practice on scientific evidence.

With a view to developing specialized skills in medical-surgical nursing, an internship of a professional nature was carried out in the central operating room service of Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E., in the period between January 11, 2021 and 30 of June 2021, within the scope of the VII Master's course in Medical-Surgical Nursing at the Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo. During the internship, several activities were developed, namely: in the scope of providing direct care to the person and family throughout the perioperative period; care management, material and human resources through collaboration with the nurse managing the service; peer training with the development of in-service training that responded to the needs felt by the team; in promoting the improvement of the quality of care through the development of a project to improve anesthesia carts, thus increasing the safety of procedures and in the development of research work that responded to a service need.

The research work was about a pressing need of the service: the evaluation of the quality of the care provided. In order to contribute to the improvement of Nursing records, facilitating the assessment of quality, the Development of a Documentary Standard of Nursing Care for the Perioperative was proposed. Thus, using the literature, the most relevant nursing phenomena for the practice of quality care in the perioperative period were identified, having been identified all diagnoses and interventions associated with these same phenomena contained in the computer system of records in use in the service. Using a panel of experts, using the Delphi technique, a consensus version consisting of 97 items (diagnoses and nursing interventions) was defined. Thanks to the definition of this Documentary Standard, it will now be possible to implement, in the service, a routine of systematized records that can provide data for the monitoring of indicators.

With the completion of the internship, it was possible to develop specialized skills in medical-surgical nursing, thanks to the observation of the nurses of the service, the provision of specialized care, the sharing of experiences, the reflection and the bibliographic research in order to answer the questions that were raised. lifting up. Technical, scientific and relational skills were acquired, as well as more critical and reflective thinking. It was also understood the importance that research has in the development of knowledge and the practice of quality care. The project developed has implications for the practice of care in the Operating Room, with the forecast of its implementation in the short term and with contributions to the production of indicators in the future.

Keywords: Perioperative Care; Clinical Competence; Nursing Records; Nurse's Role; Quality Assurance, Health Care.

AGRADECIMENTOS

À Professora Mara Rocha, orientadora deste estágio de natureza profissional, por toda a sua disponibilidade, apoio, orientação, tranquilização e ensinamentos ao longo deste percurso.

À Enfermeira Paula Guimarães, mestre e gestora do serviço de Bloco Operatório Central do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, por aceitar tutorar este estágio, pela paciência, disponibilidade e abertura que sempre demonstrou ao longo de toda esta jornada.

À equipa de enfermagem do Bloco Operatório Central, pela compreensão, apoio, incentivo, disponibilidade e conhecimentos partilhados.

Ao Conselho de Administração e direção de serviço que permitiram a realização deste estágio bem como a recolha de dados para a investigação levada a cabo.

Aos meus colegas de trabalho que me incentivaram a nunca desistir.

A todos os que contribuíram para a realização deste trabalho e para a chegada a bom porto desta viagem, muito OBRIGADA!

Ao meu marido Bruno e ao meu filho José, pelo carinho e amor que me dedicaram. Pela paciência e compreensão pelas minhas ausências, mais frequentes durante a realização do estágio.

Aos meus pais, Fátima e Martinho, por me terem guiado e conduzido à pessoa e profissional que hoje sou. A eles devo não só o amor de pais que me dedicaram, mas também o amor de avós que votam ao meu filho e o apoio incondicional que dão à minha família.

OBRIGADA!

INDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

Figuras:

Figura 1 – O Modelo Perioperatório Centrado no Doente	35
Figura 2 – Carro de Anestesia	56
Figura 3 – Representação Esquemática das fases do estudo de investigação	79

Gráficos:

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por categoria profissional	61
Gráfico 2 – Formação Pós-Graduada	61

Quadros:

Quadro 1 – Caracterização dos Participantes	60
Quadro 2 – Perguntas 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18)	62
Quadro 3 – De que forma a qualidade em saúde deve ser medida? (Pergunta 11)	63
Quadro 4 – Na sua opinião, qual a utilidade dos indicadores de qualidade? (pergunta 13).....	64
Quadro 5 – De que projetos de melhoria contínua, em desenvolvimento no serviço, tem conhecimento? (Pergunta 17)	65
Quadro 6 – Quais as áreas de intervenção no serviço que considera mais urgentes?	65
Quadro 7 – Respostas às questões de avaliação da sessão de formação com escala de Likert.....	68
Quadro 8 - Resposta à questão 2.3	69
Quadro 9 – Caracterização do Painel de Peritos quanto à idade, experiência profissional e experiência em Bloco Operatório.....	83
Quadro 10 – Caracterização do Painel quanto à formação académica.....	83
Quadro 11 – Critérios de determinação do grau de consenso	85
Quadro 12 – Resultados da 1.ª Ronda	89
Quadro 13 – Resultados da 2.ª Ronda	94
Quadro 14 – Proposta de Padrão Documental de Enfermagem para o Perioperatório.....	96

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Art.º- Artigo

et al. - Et allis (e outros)

n.º - Número

p. – Página

ACSA – Agência de Calidad Sanitaria de Andalucía

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

AO – Assistente Operacional

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CHTS – Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

DGS – Direção Geral da Saúde

DR – Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EMC - Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENP – Estágio de Natureza Profissional

EPI – Equipamento de Proteção Individual

EORNA – European Operating Room Nurses Association

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

MPD – Modelo Perioperatório Centrado no Doente

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE – Prática Baseada na Evidência

PDCEP – Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem para o Perioperatório

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

SNS – Sistema Nacional de Saúde

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

AGRADECIMENTOS

INDICE DE FIGURAS, GRÁFICOS E QUADROS

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

INTRODUÇÃO..... 19

PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA – O PERCURSO REALIZADO 19

1. BLOCO OPERATÓRIO: O CONTEXTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 24

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO 24

1.2. ESPECIFICIDADES DO BLOCO OPERATÓRIO 25

2. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: HISTÓRIA E CONCEITOS 32

3. CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA 37

3.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA..... 39

3.2. COLABORAÇÃO NA GESTÃO DOS CUIDADOS..... 46

3.3. ATIVIDADE – IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA A PADRONIZAÇÃO DOS CARROS DE ANESTESIA..... 51

3.4. FORMAÇÃO EM SERVIÇO..... 55

3.5. ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO 68

PARTE II – CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DOCUMENTAL DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA 70

1. A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM..... 71

2. DESENHO DO ESTUDO 73

1.1. TÉCNICA DE DELPHI..... 76

1.2. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE PERITOS..... 77

1.3. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS 80

1.4. PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS..... 81

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS 83

4. RESULTADOS OBTIDOS..... 85

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS..... 96

CONCLUSÃO.....	101
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	103
ANEXOS	114
ANEXO I – Formulário de avaliação da sessão de formação em serviço	115
ANEXO II – Parecer Comissão de Ética.....	120
APÊNDICES	122
APÊNDICE I – Proposta de Norma para a elaboração dos carros de anestesia	123
APÊNDICE II – Questionário de Diagnóstico de Necessidades de Formação.....	136
APÊNDICE III – Planificação da Sessão de Formação em Serviço	141
APÊNDICE IV – Apresentação da Sessão de Formação em Serviço	143
APÊNDICE V – Representação Esquemática da Revisão da Literatura	152
APÊNDICE VI – Artigos Para a Revisão da Literatura.....	154
APÊNDICE VII – Convite aos Peritos	157
APÊNDICE VIII – Consentimento Informado – 1ª Ronda	159
APÊNDICE IX – 1.º Questionário Padrão Documental de Cuidados	161
APÊNDICE X – Consentimento – 2.ª Ronda	167
APÊNDICE XI – Questionário – Padrão Documental – 2.ª Ronda.....	169

INTRODUÇÃO

A evolução da ciência e das tecnologias conduziram ao desenvolvimento de diagnósticos e tratamentos médicos e cirúrgicos para situações anteriormente fatais. Graças a este progresso, hoje as pessoas vivem mais tempo, mas isso nem sempre significa que vivam melhor. A Enfermagem assume-se como uma profissão inerente ao cuidado humano, procurando melhorar a qualidade de vida ao longo de todo o ciclo vital. O paradigma atual não está mais centrado na cura, mas em cuidados que visem a adaptação da pessoa às suas circunstâncias e a capacidade de efetuar transições saudáveis.

Na sua atuação, o enfermeiro deve ter em consideração quatro conceitos fundamentais: a Saúde, a Pessoa, o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem (OE, 2001). É neste metaparadigma que se enquadram os cuidados de enfermagem gerais e especializados. De facto, a crescente evolução dos cuidados em saúde e conseqüente aumento da exigência por parte das pessoas, impõe aos enfermeiros a prestação de cuidados cada vez mais rigorosos e especializados, baseados em conhecimentos técnicos e científicos altamente diferenciados. A Enfermagem desenvolveu-se, assim, em especialidades distintas, onde o Enfermeiro Especialista (EE) se constitui como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem”. (Regulamento n.º 140/2019, p. 4744) No sentido de dar resposta a esta exigência crescente, a Ordem dos Enfermeiros (OE) contempla, atualmente, seis áreas de especialidade distintas.

Uma dessas especialidades, a de Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), tem como objetivo a resposta às necessidades de cuidados experienciadas pelas pessoas que se encontram a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos. Por ser bastante abrangente, subdividiu-se em quatro áreas de atuação distintas: cuidados à pessoa em situação crítica, em situação perioperatória, em situação crónica e em situação paliativa. Cabe ao EE nesta área conceber, implementar e avaliar planos de intervenção com vista à deteção precoce, estabilização, manutenção e recuperação da pessoa/família a vivenciar situações de doença em diversos contextos de ação (OE, 2017).

Os cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação perioperatória dirigem-se às necessidades específicas sentidas pela pessoa que se submete a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Estes cuidados atravessam todo o período perioperatório, isto é, no pré-operatório, no intra-operatório e no pós-operatório. No seu exercício profissional, o EE identifica necessidades, planeia intervenções e avalia os resultados em todas as áreas de

atuação do perioperatório: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias (OE, 2017).

O EE baseia a sua atuação num conjunto de competências comuns e específicas bem como no respeito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados. Segundo a OE (Regulamento n.º 140/2019), o EE deve ser dotado de competências dos domínios da Responsabilidade profissional, ética e legal; da Melhoria contínua da qualidade; da Gestão dos cuidados e do Desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Por sua vez, o EE em EMC na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, de acordo com as alíneas a) e b) do artigo 5.º do Regulamento n.º 429/2018, deve ser também dotado das competências específicas: “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa; Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.” (2018, p.19360)

No seguimento de todo o percurso já efetuado no âmbito do VII Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, decorreu o Estágio de Natureza Profissional (ENP), com a duração de um semestre, entre os dias 4 de janeiro e 30 de junho de 2021, num total de 390 horas presenciais, no Bloco Operatório Central (BOC) do Hospital Padre Américo do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. (CHTS). A escolha deste contexto de estágio prende-se com o facto de se tratar de uma unidade onde se prestam cuidados de enfermagem diferenciados capaz de proporcionar todas as condições para a concretização dos objetivos propostos.

O principal objetivo do estágio prende-se, assim, com o desenvolvimento de competências comuns e específicas do EE em EMC, em particular no atendimento da pessoa em situação perioperatória.

Na sequência do objetivo geral foram definidos objetivos específicos que permitiram desenvolver as diferentes competências especializadas, nomeadamente:

- Desenvolver competências em EMC na área da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver uma prática profissional, ética e legal;
- Desenvolver o autoconhecimento e a assertividade;
- Identificar necessidades na área da gestão de cuidados e da governação clínica;
- Desenvolver um papel dinamizador na resposta da equipa de enfermagem e seus colaboradores, e articulação na equipa multiprofissional;

- Conceber/colaborar em programas de melhoria contínua da qualidade de cuidados;
- Desenvolver aprendizagens profissionais, nomeadamente, no diagnóstico de necessidades de formação, gestão de programas formativos e intervenção como formador;
- Desenvolver competências na prática de investigação em Enfermagem.

O presente relatório procura descrever todas as atividades, pesquisas, aprendizagens e reflexões realizadas com o intuito de alcançar os objetivos supracitados. Estruturalmente encontra-se dividido em duas partes:

A primeira parte procura descrever todo o percurso efetuado para o desenvolvimento das competências em EMC. Esta encontra-se, por sua vez, dividida em três capítulos: o primeiro contextualiza o estágio quer do ponto de vista teórico, onde se reflete acerca das especificidades do trabalho em Bloco Operatório (BO), quer do ponto de vista mais prático, onde se descreve sucintamente o contexto de estágio; no segundo capítulo são apresentados, de forma breve, a história e os conceitos da enfermagem perioperatória; por último, o terceiro capítulo descreve as principais atividades desenvolvidas ao longo do estágio com vista ao cumprimento dos objetivos propostos. Para cada uma destas atividades são apresentados objetivos mais específicos e quais as estratégias utilizadas para os alcançar.

Na segunda parte deste relatório apresenta-se a componente de investigação realizada com vista ao desenvolvimento de um Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem para o Perioperatório. Esta parte encontra-se subdividida em quatro capítulos: o primeiro apresenta o desenho do estudo, que se pode definir como um estudo metodológico com recurso à Técnica de Delphi aplicada em determinação de consensos em duas rondas, que contou com a participação de uma seleção de peritos; o segundo capítulo apresenta todas as considerações éticas subjacentes ao estudo realizado; no terceiro capítulo são apresentados os resultados obtidos com o instrumento de recolha de dados previamente elaborado com base em pesquisas bibliográficas nas principais bases de dados; no quarto capítulo procede-se a uma análise dos resultados obtidos, comparando-os com a evidência científica. Por último, apresentam-se as conclusões do ENP.

A realização deste relatório constituiu, também, um momento privilegiado de análise e reflexão sobre o ENP, sobre as competências desenvolvidas, sustentadas nas atividades realizadas, e de que forma estas se mobilizam e se interligam nas diferentes áreas de atuação do EE.

**PARTE I – DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA –
O PERCURSO REALIZADO**

1. BLOCO OPERATÓRIO: O CONTEXTO PARA O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A escolha pelo serviço de BOC do CHTS para a realização do ENP deve-se ao facto de, para além de aí ter desenvolvido grande parte da experiência profissional como enfermeira, considerar que esta instituição de saúde tem uma cultura organizacional de procura da melhoria contínua da qualidade, já que se encontra em processo de certificação pelo Programa Nacional de Acreditação em Saúde da Direção Geral da Saúde (DGS) através do modelo da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA). Este serviço encontra-se também em processo de certificação da Idoneidade Formativa por parte da OE, sendo um local privilegiado para a aquisição de experiências na prática de enfermagem promotoras do desenvolvimento de competências específicas do EE em EMC.

1.1. CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

O CHTS integra duas unidades hospitalares: o Hospital Padre Américo situado no concelho de Penafiel e o Hospital de S. Gonçalo situado no concelho de Amarante; e abrange uma população muito numerosa, cerca de 507 000 habitantes, distribuídos por doze concelhos. Criado a 28 de setembro de 2007 integra o Serviço Nacional de Saúde e tem como missão “a prestação de cuidados de saúde à população da sua área geodemográfica de influência, sem prejuízo do direito de livre preferência dos doentes originários de outras áreas geográficas, desenvolvendo funções de assistência e de ensino pré e pós graduado e estimulando a investigação e o desenvolvimento científico, em articulação com os centros de saúde e os demais hospitais integrados no Serviço Nacional de Saúde (SNS). O CHTS desenvolve ainda ações de investigação, formação e ensino, em benefício dos seus profissionais, em cooperação com as diversas instituições de ensino, outros hospitais e instituições de saúde.” (<https://www.chts.min-saude.pt/instituicao-2/>).

O BOC está sediado no Hospital Padre Américo, ocupando parte do 4º piso contíguo à central de esterilização, ao Bloco de Partos, à Imagiologia, à Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, à Unidade de Neonatologia e com acesso direto ao Serviço de Urgência. É composto por sete salas operatórias às quais precedem 4 salas de indução; uma unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA) com 10 unidades devidamente equipadas; instalações administrativas e de secretariado e áreas de apoio como armazém, sala de reuniões, entre outros.

A equipa de Enfermagem é constituída por 54 enfermeiros: dois EE em EMC; um EE em EMC – Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; um EE em Enfermagem Comunitária; um EE em Enfermagem de Reabilitação; um enfermeiro gestor e 48 enfermeiros de cuidados gerais.

Para além da equipa de enfermagem existe uma equipa de assistentes operacionais (AO) e uma equipa de assistentes técnicas em trabalho dedicado ao BO.

Neste serviço são prestados cuidados a doentes do foro cirúrgico no âmbito das seguintes especialidades: cirurgia geral, ortopedia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia, cirurgia vascular, urologia e apoio cirúrgico ao serviço de urgência. Pelo que no BO existem diversos equipamentos adequados às diferentes técnicas cirúrgicas.

A pessoa é admitida no BO pela sala de acolhimento onde é recebida pelo enfermeiro. Aqui é efetuada a *checklist* pré-operatória que garante as condições de segurança para a cirurgia, como por exemplo: a correta identificação; o consentimento informado; o jejum pré-operatório, a ausência de próteses ou adornos, entre outros. De seguida o enfermeiro de acolhimento transfere a pessoa para a marquesa operatória e encaminha-a para a sala de indução. A permanência nesta sala de indução espera-se que seja curta pelo que é da competência do enfermeiro de acolhimento controlar os tempos de chamada e transferência. É nesta sala que a equipa de anestesia recebe a pessoa e se apresenta. É discutido o plano anestésico, já anteriormente acordado na consulta de anestesia, e se prestam alguns esclarecimentos adicionais que possam ser solicitados. É também neste local que o cirurgião efetua a marcação do local cirúrgico, quando aplicável.

Após a cirurgia o doente é encaminhado, pela equipa de enfermagem, para a UCPA, onde permanece até ao final do recobro de onde segue posteriormente para a enfermaria.

1.2. ESPECIFICIDADES DO BLOCO OPERATÓRIO

O BO é um local onde se prestam cuidados de grande risco e complexidade, podendo ser definido como “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” sendo a sala de operações a “unidade imobiliária e mobiliária destinada às intervenções cirúrgicas” (Bilbao, in Gomes, 2010, p.67).

É um serviço onde se desenvolvem atividades de grande diferenciação afetas a diversas especialidades. Aqui podem realizar-se intervenções cirúrgicas urgentes ou programadas ou mesmo alguns exames que requeiram um elevado grau de assepsia e anestesia. No que diz respeito às condições físicas, técnicas e estruturais é de uma grande exigência. A Administração Central do Sistema de Saúde, IP (ACSS) emitiu, em 2011, um documento que visa normalizar as instalações e equipamentos de um BO, de forma a garantir a segurança e qualidade dos serviços aí prestados (Portugal, 2011)

Assim, o BO deve encontrar-se num espaço fechado, com circuitos de pessoas e materiais bem definidos e entradas e saídas restritas. Deve encontrar-se na proximidade de serviços complementares, como a esterilização ou a radiologia, mas isolado destas, funcionando como unidade independente, evitando a circulação de pessoas e materiais alheios ao BO.

A sua organização divide-se em compartimentos cujo acesso deve respeitar normas diferentes de acordo com a zona de acesso:

- Área livre: esta área pode ser interpretada como de circulação não limitada, compreende a receção e acolhimento das pessoas a serem submetidas a cirurgia, área de pessoal como vestiários e wc, corredores de circulação, gabinetes, biblioteca / sala de reuniões.
- Área Semi-restrita: nesta área a circulação é restrita a profissionais e doentes do BO. Compreende todas as áreas de suporte às salas de operações como armazéns de material limpo e esterilizado, salas de trabalho, corredores de circulação entre salas, laboratório, sala de relatórios, entre outros. Para a circulação nesta área todos os profissionais devem usar fardamento específico e de uso exclusivo do BO, cabelos protegidos com touca e calçado antiestático. Entre a área livre e a área semi-restrita devem existir áreas de transição constituídas pelos transferes de doentes, de materiais e outros, onde se deve proceder à descontaminação de tudo o que entra na área semi-restrita.
- Área Restrita: esta é a área nobre do BO e onde devem ser mantidos os mais altos padrões de assepsia e controle de infeção, dela fazem parte as salas de operações, as salas de indução anestésica e as salas de desinfeção. Para circular nesta área os profissionais devem utilizar o mesmo fardamento que na área semi-restrita mais a utilização de máscara cirúrgica. (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses, 2006).

As entradas no BO obedecem a regras restritas devendo existir circuitos de pessoas e

materiais bem definidos, assim como sistemas de circulação e de renovação do ar. A limpeza e desinfecção das salas de operação e de todos os compartimentos adjacentes devem obedecer a regras previamente definidas tendo em conta as recomendações nacionais e internacionais e do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Esta manutenção é, normalmente, efetuada pelas AO e/ou por empresas externas especializadas em limpeza e desinfecção deste tipo de espaços. Cada procedimento deve estar protocolado e deve ser executado sob a supervisão dos enfermeiros. O EE em EMC, atendendo às suas competências no controlo de infeção, tem um papel fundamental na elaboração destes protocolos, no treino e supervisão dos AO, sendo um elemento de referência no esclarecimento de dúvidas e na atualização de procedimentos tendo em conta a melhor evidência científica.

A sala de operações é o cerne de um BO, pois é ali que se executam as intervenções cirúrgicas e onde os enfermeiros desenvolvem a maior parte do seu trabalho. É certo que os enfermeiros desempenham inúmeras funções fora da sala de operações, como no controlo dos materiais, no acolhimento dos doentes, nos serviços de gestão ou mesmo na UCPA, no entanto, todas essas funções concorrem para o que acontece no interior da sala de operações.

Já foi referida a complexidade do contexto de trabalho do BO, o que implica a existência de uma equipa multidisciplinar treinada, altamente qualificada e que exerça a sua atividade de forma complementar visando a prestação dos melhores cuidados de saúde à pessoa. Há evidência de que as dotações seguras de profissionais estão diretamente relacionada com a qualidade dos resultados em saúde, bem como a qualificação e motivação desses mesmos profissionais e os ambientes de trabalho favoráveis (Portugal, 2015^h)

Quanto à equipa cirúrgica, isto é, aquela que se encontra diretamente envolvida no procedimento cirúrgico esta é composta por, no mínimo: um cirurgião principal; um primeiro ajudante cirurgião; um anestesiológista; enfermeiros no número adequado tendo em consideração o tipo de procedimento, as necessidades do doente e a regulamentação acerca das dotações seguras em enfermagem (Regulamento n.º 743/2019); assistente operacional, que poderá estar afeto a mais do que uma sala operatória e outros técnicos de saúde conforme a especificidade técnica (Imagiologista, Perfusionista, etc.).

O grupo profissional de enfermagem é o maior diretamente afeto ao BO, já que os cirurgiões e anestesistas são afetos aos seus serviços específicos, podendo prestar atividade assistencial noutros locais, como as consultas, o internamento ou a unidade de ambulatório.

Segundo o Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro, a equipa de enfermagem deve ser constituída por EE em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. No entanto, sendo esta área de especialidade muito recente (criada em 2018), não existem ainda EE em número suficiente para assegurar o funcionamento dos BO. Assim, transitoriamente, o mesmo regulamento, considera que os BO podem integrar enfermeiros de cuidados gerais e EE das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente especialistas em EMC. Os BO que assistem população pediátrica devem contemplar a existência de um EE em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

Normalmente o funcionamento das salas operatórias compreende 3 enfermeiros com as funções de anestesia, circulação e instrumentação, já a UCPA deve possuir o rácio de 1 enfermeiro para cada 2 doentes, podendo este rácio ser ajustado de acordo com necessidades específicas. O EE deve ser capaz de prestar cuidados especializados nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro perioperatório, devendo, para isso, conhecer cada uma das funções e as competências necessárias ao seu desempenho.

O enfermeiro circulante é a pedra basilar de toda a equipa cirúrgica sendo responsável pela promoção de um ambiente seguro para o doente e profissionais na atenção às necessidades destes, baseando a sua prática em conhecimentos científicos e técnicos (OE, 2004). Deste modo deve prever, organizar, gerir e controlar todo o material e equipamentos necessários à cirurgia, coordenar toda a atividade na sala e fazer a ligação com o exterior (AESOP, 2006; Rebelo, 2013). Por este motivo compreende-se a recomendação da Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2006) para que este seja o elemento mais experiente da equipa.

É a este elemento da equipa que compete:

- Identificar as necessidades específicas da pessoa;
- Planear e organizar as atividades da equipa;
- Gerir e partilhar a informação necessária e pertinente, salvaguardando a privacidade da pessoa;
- Controlar e limitar a circulação de pessoas e equipamentos dentro da sala operatória;
- Providenciar todos os materiais e equipamentos necessários ao procedimento cirúrgico, garantindo a sua funcionalidade e esterilidade;
- Promover um ambiente seguro quer para a pessoa, quer para os profissionais (OE, 2004), através da implementação de protocolos, *ckecklist* e "*briefings*" antes de cada cirurgia (Fragata, 2010).

- Mobilizar e posicionar a pessoa para o procedimento, procurando manter o alinhamento corporal e o conforto, prevenindo complicações como: as úlceras de pressão, incidente frequente no BO, devido à grande suscetibilidade dos doentes que permanecem muito tempo imóveis, numa superfície dura e impossibilitados de sentir o estímulo da dor (devido à anestesia) para alternar o posicionamento; as quedas, que, apesar de raras em contexto perioperatório, podem acontecer, devido à anestesia, à remoção de próteses auditivas e visuais (óculos), ao ambiente e ao reduzido espaço das macas operatórias, bem como aos posicionamentos extremos, que, por vezes, são necessários às intervenções cirúrgicas e trazer consequências gravíssimas para os doentes (Mota, Castilho e Martins, 2021).

O enfermeiro de anestesia trabalha em articulação com o anestesiológico na indução, manutenção e vigilância do procedimento anestésico. O termo anestesia surgiu pela primeira vez em 1846, e tem origem no grego que significa perda de sensação. No entanto, atualmente, o objetivo do ato anestésico, não é apenas a perda de sensação, já que o *stress* cirúrgico desencadeia inúmeras respostas fisiológicas nefastas. Assim, a anestesia procura promover um estado de conforto, relaxamento neuromuscular e analgesia com ou sem perda de consciência. Para isso são várias as técnicas anestésicas atualmente ao dispor, no entanto, elas são normalmente classificadas em anestesia geral, regional, local e sedação (Pardo e Miller, 2018).

Durante o procedimento anestésico a pessoa encontra-se num estado de grande vulnerabilidade, muitas vezes com alterações do estado de consciência, e dependência. Perante este cenário é compreensível que o ato anestésico se configure como propício à ocorrência de erros e eventos adversos. Estudos indicam que a maioria destes eventos envolvem principalmente o sistema respiratório, o sistema cardiovascular, erros na execução de bloqueios regionais, falhas de equipamentos e dispositivos, reações adversas a medicamentos e lesões relacionadas com o posicionamento cirúrgico (Lemos, Povedra e Peniche, 2017).

Graças aos avanços tecnológicos e à preocupação crescente com a segurança do doente, o risco de mortalidade associado ao procedimento anestésico-cirúrgico diminuiu drasticamente nos últimos cinquenta anos. Esta melhoria deveu-se sobretudo à consciencialização da importância do treino entre os profissionais, à certificação e educação dos mesmos e à otimização do trabalho em equipa, para além dos avanços tecnológicos na monitorização do doente ou nos fármacos utilizados. Para isso contribuíram igualmente os

trabalhos desenvolvidos pelo Institute of Medicine, pelas associações de anesthesiologistas e pela OMS no sentido de minimizar os erros associados às falhas humanas e aumentar a qualidade dos cuidados prestados. (idem)

Ao desempenhar a função de anestesia, o enfermeiro perioperatório tem o dever de mobilizar todos os seus conhecimentos nas áreas da fisiologia, patologia, farmacologia e de se manter atualizado em relação às mais recentes tecnologias. Espera-se que o enfermeiro seja capaz de manter uma atitude vigilante, no sentido de detetar precocemente possíveis complicações e atuar em conformidade. É também da responsabilidade do enfermeiro de anestesia a verificação de todo o material anestésico antes da entrada do doente na sala de operações. Estas verificações devem ser sistematizadas e auxiliadas por *checklist* de forma a garantir que nada falha e que se encontram garantidas todas as condições de segurança. De facto, estudos demonstram que os profissionais reconhecem as *checklist* como ferramentas importantes na prevenção do erro, aumento da segurança do doente e garantia de uma melhor comunicação entre a equipa multidisciplinar (idem).

De entre as funções do enfermeiro de anestesia podem ainda enumerar-se a preparação da sala e dos equipamentos para o procedimento anestésico, acolhimento do doente, visita pré-operatória, quando esta está presente, monitorização intraoperatória, administração de fármacos e hemoderivados, auxílio no posicionamento cirúrgico, entre outros.

Do enfermeiro instrumentista espera-se que atente às necessidades da equipa cirúrgica e do doente, baseando a sua tomada de decisão em conhecimentos técnicos e científicos. (OE, 2018) Cabe ao enfermeiro instrumentista, integrado na equipa cirúrgica, instrumentar de forma eficaz e segura, diminuindo os riscos de infeção, de hemorragia e de “retenção” de corpos estranhos, tendo ainda a preocupação de que a pessoa sofra o mínimo possível com a agressão cirúrgica considerando as suas necessidades específicas. A manutenção de um ambiente seguro, quer para o doente, quer para a equipa cirúrgica através da gestão dos riscos cirúrgicos e a manutenção de uma assepsia progressiva complementam as funções do instrumentista (AESOP, 2006).

A tarefa de instrumentar é uma função que exige elevada destreza técnica e conhecimentos diferenciados acerca dos procedimentos, técnicas, instrumentos e equipamentos cirúrgicos (Martins, 2014). Para isso é exigido ao instrumentista que detenha conhecimentos vastos acerca das técnicas cirúrgicas, do controlo de infeção e da segurança dos equipamentos e procedimentos de modo a poder controlar a assepsia do campo operatório, da mesa de instrumentos e dos dispositivos estéreis, antecipar as necessidades do cirurgião diminuindo

desta forma o tempo cirúrgico e consequente exposição do doente aos riscos anestésicos e de infeção. É também da sua competência, em conjunto com o enfermeiro circulante, controlar de forma escrupulosa a contagem de compressas, instrumentos e cortos perfurantes utilizados durante a cirurgia evitando a retenção intracorporal inadvertida destes dispositivos (Teixeira, 2018; Martins, 2014; Portugal, 2013^a; Rebelo, 2013)

A UCPA é o local para onde a pessoa é transferida depois de terminado o procedimento anestésico-cirúrgico e onde deve permanecer até regresso ao seu estado pré-anestésico (AESOP, 2006). Espera-se ainda que durante a permanência neste local a pessoa seja constantemente monitorizada até ao retorno da consciência e homeostase (Campos, 2018). Desta feita é importante que o enfermeiro que desempenha funções nesta unidade seja capaz de planear intervenções de enfermagem direccionadas, minimizando os riscos e a ansiedade inerentes ao procedimento. Exige-se que o enfermeiro possua conhecimentos acerca dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, acerca dos fármacos utilizados durante a anestesia e seus efeitos colaterais tardios, que tenha boa capacidade de observação, organização e resposta a situações inesperadas. (Araújo, 2011; AESOP, 2006)

2. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: HISTÓRIA E CONCEITOS

A história da enfermagem perioperatória confunde-se com a história dos blocos operatórios - desde que existem BO existem enfermeiros perioperatórios. Uma das primeiras referências a BO data do século V a.C., onde Hipócrates descreve, detalhadamente, as salas de operações (Cabral, 2004). Na idade média, as cirurgias eram realizadas nas enfermarias, sem qualquer tipo de proteção para os doentes e foi no século XIX que surgiram as primeiras salas de operações onde existia já uma preocupação com o isolamento da pessoa e o controle de infecção fruto dos estudos desenvolvidos por Pasteur e por Florence Nightingale (Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006 in Cambotas, 2014)

A enfermagem perioperatória, surge identificada como uma especialidade da enfermagem em 1889, quando um grupo de médicos contacta a Johns Hopkins University em Baltimore com a finalidade de formar médicos e enfermeiras em simultâneo, para trabalharem em equipa nas cirurgias (Clemons, 1976 in Cabral, 2004). No início do século XX é publicado, no American Journal of Nursing, um artigo onde são descritas as funções das enfermeiras de sala de operações nos diferentes papéis que desempenha: (instrumentação, circulação e anestesia) (Pinheiro, Costa e Rodrigues., 2006, in Cambotas, 2014).

A criação da American Association of Operating Room Nurses (AORN), nos Estados Unidos da América, em 1949, constitui um marco no desenvolvimento da enfermagem perioperatória, sendo editadas, em 1965, as primeiras orientações para a prática de cuidados aprovadas pelo Departamento Federal da Saúde dos Estados Unidos da América (Pinheiro, Costa e Rodrigues, 2006, in Cambotas, 2014), e em 1978 é definido, pela primeira vez, o conceito de enfermagem perioperatória (Cabral, 2004)

Na Europa é fundada a European Operating Room Nurses Association (EORNA), em 1980, por um grupo de enfermeiras perioperatórias europeias inovadoras e lançada, formalmente, em Copenhaga, na Dinamarca, em 1992. Já em Portugal, surge, em 1986, a AESOP, que visa unificar e padronizar a atuação dos enfermeiros perioperatórios, através de guias de boas práticas que devem nortear o trabalho na perspetiva da prestação de cuidados de excelência.

Recentemente, a OE reconheceu a importância dos cuidados de Enfermagem perioperatórios, definindo-a como uma área específica da Especialidade de EMC considerando o papel fundamental destes EE na promoção de cuidados de excelência e o seu contributo para a qualidade em saúde. Assim, em novembro de 2017, o Colégio da Especialidade de EMC emanou um documento onde estão plasmados os Padrões de

Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC, cujos enunciados “estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em Enfermagem Perioperatória e servem como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem Perioperatória” (OE, 2017 p.26).

Os cuidados de enfermagem devem assentar num modelo conceptual ou teoria que oriente as práticas dos enfermeiros. As teorias oferecem estrutura e organização ao pensamento, permitindo aos enfermeiros orientar as suas práticas para o que é essencial deixando de parte os dados irrelevantes que podem confundir o seu verdadeiro objetivo. Foi graças ao desenvolvimento de teorias de Enfermagem que esta se afirmou como profissão independente, não subordinada à medicina, com um corpo de conhecimentos e um campo de atuação autónomo. (Ribeiro, 2018)

Assim, em 1998 a AORN reuniu um grupo de trabalho, a “*Project Team*” por sentir a necessidade de definir um modelo conceptual adequado ao Perioperatório. Este grupo começou por analisar os modelos teóricos existentes na busca daquele que melhor respondia à prática de enfermagem perioperatória, após o que selecionou 10 teorias. Em fevereiro de 1999 este grupo de trabalho apresentou à AORN o Modelo Perioperatório Centrado no Doente (MPD).

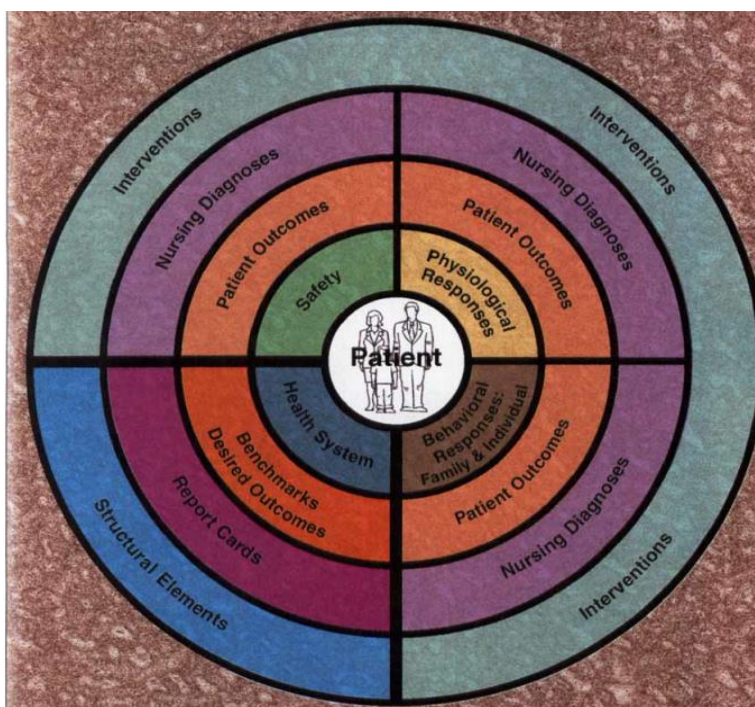
Esta teoria tem como conceitos centrais o Doente Perioperatório; o Enfermeiro Perioperatório; a Enfermagem Perioperatória; as Respostas Fisiológicas; as Respostas Comportamentais; o Sistema de Saúde; as Intervenções de Enfermagem; os Resultados (*Outcomes*) e os Diagnósticos de Enfermagem. Assenta também nas seguintes proposições teóricas:

- O MPD é a estrutura conceptual para o Perioperative Nursing DataSet e o modelo para a prática da enfermagem no contexto do BO;
- O doente é o centro do cuidado de enfermagem perioperatória, nada é mais importante do que o doente (Figura 1)
- O modelo centra-se nos resultados, isto é, toda a atividade de enfermagem é com vista a um determinado *outcome*, ou seja, os diagnósticos são elaborados com vista a um resultado e as intervenções implementadas para o atingir. Por exemplo no *outcome*: “ausência de lesão pelo posicionamento cirúrgico (cardiopulmonar, neurovascular, tegumentar)”, os diagnósticos são levantados tendo em conta as

especificidades do doente e as intervenções realizadas com vista a este resultado específico;

- O modelo representa a realidade da enfermagem perioperatória e é aplicável na prática dos cuidados, no ensino e na investigação; (Beya, 2011 in Azevedo, 2016; Rothrock e Smith, 2000)

Figura 1 – Modelo Perioperatório Centrado no Doente, Adaptado de: “The Perioperative Patient Model” (Kleinbeck, 1999)



O Perioperative Nursing DataSet é a terminologia de enfermagem que tem por base o MPD e que permite a documentação dos cuidados de enfermagem no BO. Esta linguagem foi criada especificamente para ser utilizada no BO e porque se considerava que as terminologias existentes não respondiam às necessidades e especificidades deste serviço. O objetivo era que esta linguagem classificada pudesse documentar e ao mesmo tempo quantificar, codificar e representar o trabalho de enfermagem num sistema informático (Azevedo, 2016).

Apesar deste modelo ser específico para o BO e se centrar no doente como prática dos cuidados de enfermagem, há muito pouca bibliografia recente acerca desta temática, pelo que, analisando as diferentes escolas de enfermagem é possível verificar que todas elas podem oferecer contributos para a enfermagem perioperatória. Da pesquisa bibliográfica

realizada foi possível verificar que não existe um consenso sobre qual a que melhor se adapta à enfermagem perioperatória. Talvez por se tratar de uma área pouco estudada são várias as opções sugeridas sendo que os diferentes autores defendem cada uma das escolas com argumentos igualmente válidos. No entanto, de entre todas as escolas de enfermagem, as mais citadas como aplicáveis ao período perioperatório são a Escola das Necessidades de Virginia Henderson, a Escola do Cuidar de Jean Watson e a Escola dos Resultados de Betty Neuman.

Para Henderson, o cuidado centra-se na aquisição da independência da pessoa e na satisfação das suas necessidades humanas básicas, assistindo-a na execução das atividades que este realizaria sozinho caso fosse capaz de o fazer. O objetivo da enfermagem é ajudar a pessoa a adaptar-se através da promoção de respostas adaptativas e controlo dos fatores que influenciam a necessidade de adaptação. Procura ajudar a pessoa a restabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou preservar a energia.

A Escola do Cuidar centra-se no “como” da enfermagem. O cerne desta escola é o “*caring*” ou cuidado, característica humana que, segundo Roach, se expressa nos cinco “c”: Compaixão, competência, confiança, consciência e compromisso. Cuidar é um ideal ético e moral da enfermagem, que protege a dignidade humana. Inclui práticas de assistência, apoio ou facilitação dirigidos à pessoa/família com o intuito de melhorar e aumentar a qualidade de vida. Cuidar no BO implica uma relação afetiva entre cuidador e cuidado, pelo que o trabalho rotineiro, com ênfase na doença e não no doente não se compatibiliza com a visão holística que se espera de um enfermeiro especialista. (Ferreira, 2010; Cabral, 2004).

A Escola dos Resultados foi defendida por um grupo de vários enfermeiros, dos quais se destacam M. Levine, C. Roy (1991) e B. Neuman. O foco da Enfermagem centra-se no “porquê” e tem como principal objetivo ajudar a pessoa a adaptar-se ao meio, de forma a restabelecer o equilíbrio, a estabilidade, a homeostasia ou preservar a energia. Saúde é definida como um estado de equilíbrio entre os processos de adaptação do indivíduo a fatores internos e externos motivadores de *stress*. (Cabral, 2004) Também denominado Modelo dos Sistemas, este preconiza um modelo de sistemas abertos que interagem entre si, através da troca de energia e cujo objetivo é a estabilidade. Quando algo destabiliza o sistema e o organismo não consegue satisfazer as suas necessidades pode surgir a doença. Do ponto de vista do enfermeiro perioperatório a cirurgia é vista como um tratamento que afeta todos os sistemas orgânicos constituindo, por si só, uma ameaça, pois desencadeia reações de *stress* fisiológico, com respostas neuroendócrinas; psicológico, causando medo e insegurança; e

social, com necessidades de alterações temporárias ou mesmo permanentes às rotinas. Efetivamente a intervenção cirúrgica constitui um momento gerador de grande *stress* afetando vários aspetos da vida da pessoa como a doença, o afastamento da família, as alterações do quotidiano ou a ausência no emprego.

A pesquisa e reflexão sobre os modelos teóricos que podem enquadrar o cuidado perioperatório, vieram enfatizar uma necessidade percebida de maior investimento e investigação nesta área. A enfermagem perioperatória continua um pouco esquecida e a sua identidade ainda por definir completamente.

3. CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA NA ÁREA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A prestação de cuidados perioperatórios seguros não se prende apenas com as dotações seguras em termos quantitativos, mas também em termos qualitativos, sendo fundamental a formação, qualificação e competências dos enfermeiros perioperatórios. Deste modo, é essencial que os enfermeiros perioperatórios compreendam quais as suas funções e responsabilidades e que saibam apoiar a sua tomada de decisão na melhor evidência científica disponível.

Os cuidados de Enfermagem perioperatórios exigem uma abordagem holística da pessoa, que permita identificar as suas necessidades e conseqüentemente a elaboração de um plano de cuidados personalizado. O enfermeiro deve ser capaz de antecipar e identificar problemas reais ou potenciais que ponham em risco a saúde e a segurança da pessoa. A prestação de cuidados no perioperatório assenta em cinco pilares fundamentais, nomeadamente:

- O reconhecimento do Outro e a Capacitação, isto é, o enfermeiro deve ser capaz de estabelecer uma relação interpessoal reconhecendo o outro como um ser único, complexo e aprendente.
- A vulnerabilidade da pessoa a todos os riscos, desproteção e impossibilidade de defesa face aos riscos inerentes aos procedimentos anestésico-cirúrgicos.
- A Responsabilidade de cuidado, que traduz a meta do enfermeiro perioperatório em produzir resultados positivos para a pessoa, ajudando-a a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar.
- A Prudência e a gestão de risco, como atributos fundamentais num ambiente propício à ocorrência de erros e eventos adversos.
- A Consciência Cirúrgica, princípio ético-moral que deve nortear a atuação do enfermeiro perioperatório no sentido da defesa da pessoa sob o seu cuidado, (OE, 2017).

O exercício da enfermagem perioperatória desenrola-se no decorrer de todo o período transoperatório. O “antes” compreende todo o período desde que a pessoa sabe que necessita da cirurgia até à sua entrada na sala de operações. Este período reporta-se quer à consulta pré-operatória de enfermagem ou, caso ela não ocorra, ao momento da visita pré-operatória no serviço de internamento. Este é o momento privilegiado para que a pessoa possa expor de forma calma e sem pressão as suas dúvidas e inquietações, onde lhe deve ser explicado tudo o que envolve a cirurgia, desde as especificidades do local onde será feita a intervenção

(Bloco Operatório) a todos os procedimentos necessários, como o uso de roupa adequada, a tricotomia, o jejum pré-operatório, entre outros. Nesta consulta poderão ser fornecidas informações importantes para o pós-operatório para que a pessoa/família se possa preparar para algumas alterações necessárias às suas rotinas. É ainda durante esta fase de pré-operatório que os enfermeiros desempenham funções que, não se tratando de cuidados prestados diretamente à pessoa, são fundamentais para o sucesso da intervenção como a preparação da sala operatória, verificação da presença e correto funcionamento de todos os materiais e equipamentos necessários.

O “durante” reporta-se ao chamado período intraoperatório e compreende o intervalo entre a entrada na sala de operações e a transferência para a UCPA. Durante este período são prestados cuidados de enfermagem que visem o apoio emocional da pessoa, a vigilância dos sinais vitais, a prevenção de acidentes e eventos adversos, no fundo, a prestação de cuidados inerentes às funções de enfermeiro de anestesia, circulante e instrumentista.

O “após” refere-se ao período compreendido desde a admissão na UCPA até à sua transferência para o internamento podendo, em alguns casos, englobar a visita pós-operatória a realizar nas primeiras 24 a 72 horas após o procedimento. (Cambotas, 2014)

Os enfermeiros do BO devem estar preparados para prestar cuidados de enfermagem em todas as áreas de atuação de enfermagem perioperatória: anestesia, circulante, instrumentista e UCPA, mobilizando, para isso, conhecimentos e competências adquiridas com a formação académica e profissional e com a experiência profissional, como a consciência cirúrgica, a motivação, o espírito de equipa, o rigor, o autodomínio, a destreza, a rapidez, a facilidade de adaptação a situações urgentes e inesperadas, o espírito crítico, a facilidade de concentração e o controlo de *stress* (Pinheiro, 2003 in Cabral, 2004), bem como os saberes específicos como prestador de cuidados, advogado do doente, líder, investigador, educador e gestor.

As quatro funções desempenhadas pelos enfermeiros perioperatórios (anestesia, circulante, instrumentista e enfermeiro de UCPA) são distintas e ao mesmo tempo complementares. Cada uma comporta funções e competências específicas, mas todas partilham um conjunto de pressupostos comuns. Assim, espera-se que todos os enfermeiros perioperatórios:

- Mantenham um ambiente seguro para a pessoa e para toda a equipa, favorável à prevenção da infeção e ao conforto físico, emocional e psicológico da pessoa;
- Apliquem todos os seus conhecimentos e competências perioperatórias na avaliação e implementação de cuidados de enfermagem segundo o processo de enfermagem;

- Organizem e giram os cuidados atendendo aos recursos disponíveis;
- Previnam complicações, através da antecipação de problemas e atuação eficaz em situações inesperadas;
- Comuniquem eficazmente com a pessoa/família alvo dos cuidados bem como os restantes elementos da equipa multidisciplinar;
- Apresentem uma conduta ética e legal considerando os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem e do código deontológico;
- Contribuam para o evoluir da profissão através da formação e da investigação, (AESOP, 2006)

O EE em EMC na área da pessoa em situação perioperatória deve possuir competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e competências específicas da área do perioperatório. De forma a dar resposta aos objetivos já enunciados, na persecução da aquisição das referidas competências, foram desenvolvidas atividades específicas que se passam a descrever nos subcapítulos seguintes.

3.1. PRESTAÇÃO DE CUIDADOS À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

Ser capaz de prestar cuidados especializados à pessoa, e respetiva família, em situação perioperatória maximizando a sua segurança, bem como da equipa pluridisciplinar, em congruência com uma consciência cirúrgica são competências específicas do EE em EMC na área da pessoa em situação perioperatória. Para isso, este deve mobilizar conhecimentos e habilidades, promovendo a adaptação da pessoa e família ao processo cirúrgico vivenciado bem como a sua segurança (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho).

Com o objetivo geral de desenvolver competências na área da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória foi realizada a seguinte atividade:

Prestação de cuidados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica no âmbito das diferentes funções no perioperatório: anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos.

Com esta atividade procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na capacitação da pessoa e família para a gestão da experiência cirúrgica;

- Desenvolver competências na promoção de cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver atividades inter-profissionais;
- Desenvolver uma consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos (pessoa e profissionais);
- Promover estratégias na prevenção e controlo de infeção;
- Gerir e controlar dispositivos médicos;
- Desenvolver uma prática baseada nos princípios éticos e morais;
- Desenvolver práticas baseadas na evidência.

De forma a dar cumprimento a estes objetivos, a principal estratégia utilizada foi a realização de turnos, com EE e enfermeiros de cuidados gerais de referência, onde foi possível observar, experimentar e refletir sobre a prestação de cuidados.

O trabalho no BO é extremamente tecnicista e os profissionais de saúde adotam, muitas vezes, uma postura metódica, rotineira e, por vezes, desumanizada. A associação entre os benefícios da tecnologia a uma assistência humanizada deve ser o objetivo do EE, já que nenhuma máquina ou equipamento pode substituir o cuidado, mas sim complementá-lo. A humanização dos cuidados é muito mais do que apenas chamar a pessoa pelo nome ou demonstrar empatia, é compreender os seus medos, angústias e incertezas, é compreender a sua linguagem corporal e mostrar-se disponível para o ouvir e atender às suas necessidades (Mendonça, 2016).

O CHTS tem em curso um projeto de humanização denominado “Humanizar +” e que tem como principal dinamizadora a enfermeira gestora do BO, que tem promovido e apoiado inúmeros projetos, quer no BO quer noutros serviços. Durante o período de estágio foi possível colaborar com os enfermeiros dinamizadores do programa, na implementação de dois projetos de humanização no BO. O primeiro, dirigido às crianças, e que se denomina “Uma aventura sobre rodas”, consiste na disponibilização de dois carrinhos elétricos nos quais as crianças são transportadas até à sala operatória. Este projeto, fruto do esforço e empenho de alguns enfermeiros do BO, permitiu minimizar o sofrimento e angústia das crianças que serão submetidas a procedimentos cirúrgicos, bem como dos pais/acompanhantes, que se sentem muito mais tranquilos e confiantes ao constatar a alegria e satisfação das suas crianças ao dirigirem-se para a cirurgia. Este projeto vem de encontro ao preconizado pela OE, nos seus guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde

infantil e pediátrica (OE, 2011), ao reconhecer que as situações de medo são comuns nas crianças que vão ser submetidas a cirurgia, e que é dever do EE ajuda-las a superar esse sentimento restabelecendo a sua autoconfiança e autoestima. A participação neste projeto permitiu constatar como o brincar é uma necessidade das crianças e esta pode ser um excelente instrumento na diminuição da ansiedade. Este projeto foi desenvolvido e implementado pelos enfermeiros especialistas do BO e já se encontrava em fase de aprovação no início do estágio. No entanto, a sua implementação no serviço ocorreu durante o estágio e foram dados alguns contributos na operacionalização do mesmo, como o treino dos profissionais na “condução” do carrinho, a motivação e reflexão com a equipa para a sua utilização e contributos desta iniciativa na diminuição da ansiedade nas crianças. Constatou-se que a maioria das crianças demonstrava vontade de entrar no carrinho e que isso diminuía a expressão do medo, o que também se refletia nos pais.

Outro projeto de humanização, que foi implementado durante o período de estágio, relaciona-se com o direito dos pais no acompanhamento da grávida durante todas as fases do trabalho de parto. Todas as mulheres grávidas têm o direito de ser acompanhadas pelo futuro pai, ou pessoa significativa, desde que ambos expressem a sua vontade e estejam reunidas todas as condições necessárias, tal como é descrito no Despacho n.º 5344-A/2016 de 19 de abril. Segundo o mesmo, o BO deve assegurar determinadas condições para que o acompanhamento durante a cesariana possa ocorrer. O BO do CHTS, infelizmente, não reúne todas as condições exigíveis, pelo que, não é permitido à grávida ter acompanhamento durante o parto por cesariana. Assim, com vista a minimizar o distanciamento do pai, a equipa de enfermagem implementou um projeto denominado “Foto Humanize” que consiste na oferta de uma fotografia instantânea, de mãe e filho no momento imediatamente a seguir ao parto. Com esta fotografia, o momento fica eternizado e o pai pode, de imediato, ver mãe e filho juntos. A utilização de uma camara fotográfica instantânea garante também que nenhuma imagem é guardada.

Durante o estágio foi possível colaborar na implementação deste projeto, nomeadamente através da motivação da equipa, do esclarecimento das questões éticas e de proteção de dados, bem como na reflexão sobre a importância deste momento para o envolvimento do pai no nascimento do seu filho. A sua implementação trouxe à discussão a necessidade de criar condições para que este direito possa ser exercido por grávidas e acompanhantes. Foi feito um levantamento de necessidades de alterações à estrutura física do BO, em conjunto com a direção de serviço, tendo sido efetuada uma proposta de obras ao conselho de

administração. Até à data do final do estágio não tinha havido uma resposta do conselho.

A prestação de cuidados humanizados vai muito para além de promoção de um ambiente agradável, menos hostil e tranquilizador para a pessoa, exige o estabelecimento de uma relação terapêutica com a pessoa, através da utilização de estratégias de comunicação facilitadoras à expressão de sentimentos e promotoras de esperança e alívio da ansiedade e medo.

O EE tem um olhar diferente sobre a pessoa e, através da mobilização de competências na área da comunicação interpessoal, estabelece com esta uma relação de proximidade. As preocupações do EE centram-se no medo e ansiedade vividos pelo doente e sua família, que se prendem com o medo da infeção do local cirúrgico, de complicações inerentes ao procedimento ou mesmo preocupações que se referem ao pós-operatório como o processo de cicatrização ou alterações ao estilo de vida, o medo da dor e por último, o medo mais visceral de todos, o medo da morte (Machado, 2016). É certo que todos estes medos que envolvem a cirurgia devem ser desmistificados numa consulta pré-operatória de enfermagem, como já acontece em vários centros do nosso país. Infelizmente, no CHTS, essa consulta não existe, pelo que o primeiro contacto da pessoa com a equipa perioperatória de enfermagem acontece apenas à entrada no BO. Assim, é facilmente compreensível a importância que o enfermeiro de acolhimento assume como primeiro contacto e promotor da diminuição da ansiedade. Este acolhimento assume uma importância ainda maior quando se trata de cirurgias urgentes, em que a situação é mais inesperada e a incerteza do que sucederá aumenta a ansiedade. A resposta do enfermeiro nestas situações é muito importante, pois este deve ser capaz de articular todos os seus conhecimentos e capacidades técnicas sem nunca descurar a humanização dos seus cuidados.

O ENP é um momento privilegiado para a reflexão sobre este aspeto, pois, sendo o estagiário um elemento externo à equipa, tem maior disponibilidade para estar atento a pormenores que poderão fazer toda a diferença. Para citar um exemplo concreto, durante o estágio, enquanto se desempenhavam funções como enfermeira de anestesia no bloco de urgência, foi admitida uma jovem de 20 anos para ser submetida a uma osteossíntese da tibia e perónio após trauma. Aquando do acolhimento a jovem verbalizou que se encontrava ansiosa e com medo em relação à cirurgia. O primeiro passo para a sua tranquilização deu-se no acolhimento, aqui foram prestadas todas as informações e esclarecidas todas as dúvidas. É fundamental que a pessoa esteja bem informada e consciente do procedimento ao qual vai ser sujeita. O artigo 84.º do Código Deontológico dos Enfermeiros exprime a importância dada à informação como pilar fundamental para a autodeterminação. Da leitura deste artigo emergem conceitos

essenciais como o dever de informar, o consentimento informado, a responsabilidade e os recursos existentes. O direito à informação está contemplado na Carta dos Direitos do Doente internado (Portugal, s.d.) e é um dever do Enfermeiro informar o “indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de Enfermagem.” (Nunes, 2005, p.111).

Já dentro da sala, e depois de discutido o plano anestésico entre a equipa de anestesia e a jovem, foi proposta a realização de uma anestesia loco-regional. A perspectiva de ficar acordada durante a cirurgia traz sentimentos ambíguos à pessoa. Pois, se por um lado esta mantém o controle sobre si, por outro, implica estar consciente do procedimento cirúrgico. No sentido de minimizar esta angústia e promover o relaxamento durante a cirurgia foi proposto à jovem que escolhesse uma banda sonora, que, com recurso a um dispositivo móvel pessoal, tocou durante toda a cirurgia. Graças a esta pequena medida verificou-se, quer através dos parâmetros fisiológicos (frequência cardíaca e tensão arterial) quer mesmo pela verbalização da pessoa, uma diminuição da ansiedade e maior conforto.

Após este episódio propôs-se à equipa de enfermagem a implementação de um projeto de musicoterapia. Foi com agrado que se percebeu que tal projeto já havia sido pensado e que inclusive, já havia sido apresentado à direção por alguns enfermeiros da equipa do BO.

A segurança do doente é uma das grandes preocupações do enfermeiro especialista no contexto de BO, nomeadamente com a segurança na preparação e administração de fármacos. As técnicas anestésicas são cada vez mais diversificadas e complexas, envolvendo fármacos de diferentes naturezas e com mecanismos de ação muito díspares. No decorrer do ENP, como enfermeira de anestesia, foi necessário mobilizar e aprofundar conhecimentos e capacidades na área da farmacologia nomeadamente, mecanismos de ação e efeitos secundários dos fármacos, vias de administração e antídotos. Foi importante atualizar conhecimentos na melhor evidência científica e nas normas mais recentes. Efetivamente constatou-se que alguns procedimentos de segurança não estavam a ser utilizados, como a correta identificação dos fármacos ou os protocolos de atuação em caso de emergência. Assim, propôs-se a elaboração de uma instrução de trabalho para a normalização dos carros de anestesia, que será descrita no capítulo 3.3, bem como a realização de uma formação em serviço. Graças às aprendizagens realizadas durante o curso de mestrado, respeitantes à forma como obter a melhor evidência e como desenvolver uma prática baseada na evidência, percebeu-se que nem sempre se recorria às melhores fontes de conhecimento. Assim, procedeu-se à realização de uma reunião que contou com a presença de enfermeiros de anestesia e com a colaboração do serviço de anesthesiologia, onde se analisaram e discutiram

práticas e procedimentos, à luz da melhor evidência científica. Esta reunião integrou o II Curso de princípios básicos em anestesiologia para enfermeiros, que se dividiu em duas partes e se realizou durante o mês de junho.

O trabalho em equipa de enfermagem e multidisciplinar é fundamental no BO e, para que este trabalho resulte, é necessário que cada elemento da equipa saiba qual a sua função e a desempenhe de forma complementar a todos os outros, tendo por base o respeito mútuo e o reconhecimento pelo trabalho do outro (Ferreira, 2010). Saber-estar no BO é um elemento chave para o sucesso de toda a intervenção bem como a utilização de técnicas de comunicação assertivas e estruturadas quer na transmissão de cuidados quer na confirmação de prescrições que, no BO, são maioritariamente por via oral. Sabe-se que as falhas de comunicação são as principais responsáveis pela ocorrência de eventos adversos no BO, sendo os momentos de transição de cuidados momentos particularmente vulneráveis. Segundo a Joint Commission for the Accreditation of Hospital Organizations, os erros de comunicação estão na base de 70% dos eventos sentinela da Saúde, podendo ocorrer devido a conteúdo inapropriado, ocasião inapropriada ou propósito desacertado (Fragata, 2010). A utilização de ferramentas como a técnica ISBAR - identificação, situação atual, antecedentes, avaliação e recomendações (Portugal, 2017) pode ser bastante útil, principalmente na UCPA de forma a garantir que toda a informação relevante é transmitida (Mota, Castilho e Martins, 2021).

No BO do CHTS está implementada a técnica ISBAR na transmissão de cuidados da sala operatória para a UCPA. No entanto, constatou-se que a maioria dos enfermeiros não utiliza esta técnica, preferindo uma transição de cuidados não organizada nem estruturada mas que se encontra enraizada na equipa. Sendo esta uma técnica que se utilizava pouco, procurou-se, antes de mais, conhecer e aprofundar os conhecimentos sobre este instrumento. Para isso, recorreu-se não só à pesquisa bibliográfica sobre a melhor evidência e normas mais atuais, mas também o esclarecimento junto da enfermeira responsável pela sua implementação. Assim, e principalmente nos turnos que foram realizados na UCPA, procurou-se não só utilizar a técnica como fomentar a sua utilização por parte dos restantes enfermeiros, prestando alguns esclarecimentos aos colegas acerca das suas vantagens.

A promoção de um ambiente seguro adquire grande importância, principalmente porque a atividade cirúrgica é, atualmente, de grande complexidade e constitui um verdadeiro desafio para a manutenção da segurança do doente. Este facto é de tal importância que levou a Organização Mundial de Saúde (OMS) a criar, em 2009 o “Programa Cirurgia Segura Salva Vidas” que estabelece três momentos críticos onde devem ser verificados alguns itens

considerados de maior relevância. A DGS recomendou a implementação deste programa através da norma 02/2013 tendo-se constituído como uma mais-valia na manutenção de um ambiente seguro para o doente cirúrgico. A criação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica pela OMS vem no seguimento do reconhecimento do BO como um local desafiante à segurança do doente, devido a uma série de fatores, nomeadamente a interação de uma equipa multiprofissional com diferentes perspetivas sobre o cuidado ao doente, que ocorre num ambiente com elevado grau de incerteza, grande pressão e *stress* (Mota, Castilho e Martins, 2021)

Durante o estágio, enquanto enfermeira circulante, efetuou-se a lista de verificação da cirurgia segura em todas as cirurgias, tendo-se verificado a importância desta para a manutenção da segurança do doente. A responsabilidade do enfermeiro na lista de verificação não se prende apenas com o seu preenchimento, mas com a verificação de todas as questões de segurança. A reflexão e a intencionalidade com que se faz a lista de verificação não pode ser apenas o cumprimento de um ritual, mas deve ser empenhada a máxima atenção de toda a equipa. Procurou-se atribuir a esta intervenção toda a importância e responsabilidade que ela acarreta, não só do ponto de vista da garantia da segurança como também do ponto de vista legal.

A infeção do local cirúrgico é uma grande preocupação no contexto de BO e os cuidados quer com a preparação dos materiais, quer da pele do doente e mesmo dos profissionais intervenientes são fundamentais. Esta preocupação deve-se ao facto de esta ser uma das infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais frequentes, representando cerca de 18% das infeções hospitalares e sendo a mais frequente nos serviços de cirurgia (Portugal, 2013^b). Para além disso é a que representa um maior aumento nas complicações pós-operatórias, na necessidade de mais tempo de internamento e da mortalidade (Mota, Castilho e Martins, 2021).

A higiene das mãos é uma das medidas mais simples e mais efetiva na redução das IACS. Esta integra um grupo de precauções básicas que ainda se constituem como medidas poderosas e eficazes. No entanto, a preparação pré-cirúrgica das mãos reveste-se de algumas particularidades que, principalmente o enfermeiro instrumentista, deve conhecer. A utilização da técnica correta de paramentação e colocação das luvas cirúrgicas é muito importante para a manutenção da assepsia e os enfermeiros desempenham um papel muito importante neste aspeto, sendo reconhecidos por todos os elementos da equipa como os mais habilitados a este respeito.

A temática do controle de infeção originou alguns debates e discussões com a enfermeira tutora: qual a melhor técnica de preparação pré-cirúrgica das mãos; qual o melhor antisséptico na preparação da pele no local cirúrgico; qual o melhor momento para a realização da tricotomia pré-operatória, entre outros. Estas discussões motivaram uma aprofundada pesquisa acerca da melhor evidência científica e sua consequente apresentação e discussão em equipa, tendo dado o mote para o planeamento de um manual de princípios básicos de instrumentação a implementar no BO. Sabe-se que esta sugestão foi aceite por um grupo de enfermeiros do serviço que deu início à elaboração desse mesmo manual, bem como ao planeamento de uma sessão prática acerca da mesma temática. Infelizmente, dado o reduzido tempo de estágio não foi possível acompanhar a sua implementação durante esse período.

O ENP desenrolou-se durante um período muito particular: a pandemia de Sars-Cov-2. Este período foi muito difícil e exigiu, por parte de todos, um esforço adicional na atualização de conhecimentos, na procura das últimas recomendações emanadas pelas entidades governamentais e na adaptação a situações de trabalho árduas. Constatou-se que os conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado foram de grande valia neste período, pois permitiram perceber quais as melhores fontes de informação e de que forma estas poderiam ser partilhadas com toda a equipa.

3.2. COLABORAÇÃO NA GESTÃO DOS CUIDADOS

O EE deve ser detentor de competências no domínio da gestão dos cuidados, otimizando as respostas de toda a equipa, garantindo a segurança e a qualidade das tarefas delegadas através de uma adequação dos recursos existentes às necessidades específicas de cada pessoa e a cada situação particular (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho). Com o objetivo geral de desenvolver competências no domínio da gestão dos cuidados foi desenvolvida a seguinte atividade:

Colaboração com a enfermeira gestora e com o enfermeiro responsável de turno na gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais do serviço

Com esta atividade procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa;

- Desenvolver competências na adaptação da liderança e da gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

De forma a dar cumprimento a estes objetivos, a principal estratégia utilizada foi a realização de turnos, com a enfermeira gestora e com enfermeiros especialistas responsáveis de turno, onde foi possível observar, experimentar e refletir sobre a gestão dos cuidados e dos recursos humanos e materiais do serviço.

3.2.1. GESTÃO DE RECURSOS HUMANOS E MATERIAIS

A prestação de cuidados de saúde de qualidade deve aliar-se a uma gestão eficiente dos recursos e deve ser considerada a meta principal dos cuidados. Criar estratégias que visem a eficiência e a qualidade dos cuidados garantido a satisfação dos clientes e profissionais pode ser um verdadeiro desafio (Freitas, 2018). Do EE espera-se que seja capaz de gerir eficazmente os cuidados, “otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” (Regulamento n.º 743/2019, p. 4748). Deve, também, assumir um papel preponderante na liderança da equipa “favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos” (idem), através da implementação de métodos de organização do trabalho adequados e coordenação da equipa, considerando os recursos existentes, bem como, os diferentes papéis e funções de cada elemento.

No decorrer desta atividade foram desempenhadas diversas intervenções como:

- **Colaboração com a enfermeira gestora na elaboração do plano de trabalho semanal.** As intervenções de enfermagem realizadas no período perioperatório foram-se tornando cada vez mais complexas nos últimos anos, fruto dos avanços tecnológicos, das novas técnicas cirúrgicas e anestésicas e da maior diferenciação dos procedimentos cirúrgicos. Assim, é necessário que a equipa de enfermagem seja capaz de acompanhar esta diferenciação, através do treino e da atualização de conhecimentos baseando a prática na melhor evidência científica. (Possari, 2015). No BO onde se desenvolveu o ENP a maior parte dos Enfermeiros diferenciou-se numa área cirúrgica específica, para além das áreas de anestesia e Recobro. Desta feita o planeamento semanal da distribuição dos enfermeiros deve ter em conta as competências de cada um, de forma a garantir os melhores cuidados de enfermagem em cada turno. O conhecimento da equipa e das suas potencialidades é um requisito muito importante para uma gestão eficaz dos recursos humanos.

- **Colaboração com a enfermeira gestora na elaboração do horário e do plano de trabalho dos enfermeiros.**
- **Colaboração com a enfermeira gestora na elaboração do plano de trabalho dos Assistentes Operacionais.** É da competência do enfermeiro especialista a gestão da equipa de AO, pelo que a delegação de tarefas a estes profissionais deve ser acompanhada de orientações específicas e, preferencialmente, acompanhadas de guias ou instruções de trabalho. O trabalho das assistentes operacionais no BO direciona-se essencialmente para a garantia das condições de higiene e assepsia que são fundamentais neste contexto. Os enfermeiros devem orientar e clarificar estes profissionais acerca dos princípios de limpeza e desinfeção das salas cirúrgicas e dos equipamentos, servindo-se, para isso, de instruções de trabalho bem definidas e claras. No BO do CHTS existe um manual de normas e procedimentos para os AO que os enfermeiros devem conhecer de forma a melhor supervisionar as tarefas delegadas. Foi necessário aprofundar conhecimentos na área do controle de infeção de forma a melhor orientar o trabalho dos AO. Durante o estágio foi elaborada uma instrução de trabalho para as AO, em colaboração com o serviço de anestesia, de limpeza e desinfeção do broncofibroscópio que é habitualmente utilizado nos casos da abordagem de uma via aérea previsivelmente difícil. Para a elaboração desta instrução de trabalho foi necessário aprofundar os conhecimentos sobre as características específicas do equipamento existente no BO, sobre os diferentes tipos de desinfetantes e detergentes em uso no BO e sobre os princípios de reprocessamento de endoscópios. Após uma pesquisa bibliográfica sobre as temáticas citadas, a consulta do anestesiólogista responsável pela elaboração dos protocolos de abordagem da via aérea difícil e das AO, elaborou-se uma proposta de instrução de trabalho que seguiu posteriormente para apreciação pela PPCIRA e que se encontra, à data da conclusão deste relatório, a aguardar a respetiva aprovação.

O BO é um serviço com grande impacto a nível económico-financeiro quer para as instituições hospitalares, quer para o próprio Sistema Nacional de Saúde (SNS). Segundo o Relatório Final da Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios de 2015, os hospitais do SNS direcionam 29% dos recursos financeiros para a atividade cirúrgica (Portugal, 2015^h). Sendo os Enfermeiros os principais responsáveis pela gestão do material, pelos pedidos e controle de *stocks* é muito importante que toda a equipa de enfermagem seja capaz de compreender as necessidades do serviço, em particular os EE e de forma mais relevante o Enfermeiro Gestor.

No BO do CHTS os pedidos de material estão fragmentados pelas diferentes áreas de forma a dividir responsabilidades e evitar desperdícios. O facto de existirem vários enfermeiros responsáveis pela execução dos pedidos de material faz com que a gestão seja mais fácil, pois cada um controla uma parte, já que seria muito difícil para um só enfermeiro controlar todo o material existente num BOC. Durante o estágio foi possível acompanhar quer a Enfermeira Gestora, quer os EE nos pedidos de material, onde foi perceptível a importância na antecipação das necessidades semanais e o controle de *stocks*, para que nunca falte material essencial à atividade cirúrgica nem haja acumulação de material que se pode danificar ou mesmo ver o prazo de validade expirado. A gestão de recursos materiais no contexto de BO pode ser difícil devido à grande variedade e criticidade de produtos; ao facto de o consumo dos produtos ser aleatório, isto é, não existe um consumo constante dos mesmos produtos variando de acordo com o tipo de procedimentos; ao elevado valor unitário; à necessidade de controlo de prazos de validade e ao ciclo de vida dos equipamentos que vão sendo substituídos por outros mais evoluídos tecnologicamente ou por outros mais adequados às novas técnicas cirúrgicas e anestésicas (Lopes, 2012). A compreensão do padrão de consumos do serviço, de forma a melhor adequar os recursos às necessidades de cuidados garantindo a qualidade dos mesmos, pode contribuir para uma gestão mais eficiente. Os pedidos de material são da responsabilidade da enfermeira gestora, que procede, semanalmente à requisição dos materiais em falta para a semana de trabalho. Além disso é esta que confere e receciona os mesmos materiais no BO, aquando do seu fornecimento. Esta atividade permitiu a tomada de consciência dos custos dos materiais utilizados na atividade cirúrgica. Esta consciencialização levou a uma mudança de atitude na prática profissional, procurando uma rentabilização e utilização mais eficiente dos recursos existentes que, sabe-se, são finitos. Foi ainda proposta a realização de um levantamento dos materiais mais utilizados no BO e seu respetivo custo, de forma a que a restante equipa possa também tomar consciência e aumentar a sua preocupação com a gestão racional dos recursos.

3.2.2. GESTÃO DE CUIDADOS NA EQUIPA DO BLOCO DE URGÊNCIA

No BO é fundamental estar preparado para o imprevisto, principalmente no caso das cirurgias de urgência. As condições podem-se alterar rapidamente e é necessário tomar decisões de forma a dar uma resposta eficaz à situação emergente, garantindo sempre a segurança do doente e da equipa, não descuidando a qualidade dos cuidados. Estes momentos

são geradores de *stress* para toda a equipa, adquirindo uma grande importância na gestão destes episódios a capacidade de tomar decisões, de coordenar a equipa, de utilizar os recursos de forma eficiente e de reconhecer os diferentes papéis e funções de todos os elementos da equipa.

É o enfermeiro responsável de turno que distribui a equipa de urgência, tendo em conta as competências dos enfermeiros ao serviço, gere os materiais necessários para as diferentes cirurgias e tem o papel de mediador de conflitos, muitas vezes, surgidos no seio da equipa, fruto de um ambiente de trabalho *stressante* e de alto risco. O trabalho no BO faz-se, obrigatoriamente, em equipa multidisciplinar e esta proximidade pode levar a problemas de relacionamento causados por algumas preferências pessoais em trabalhar com algum profissional em particular, *stress* causado pela fadiga e sobrecarga de trabalho, agendamentos mal concebidos, má comunicação entre os elementos da equipa, ou mesmo diferentes visões dos problemas existentes.

Na realização de turnos com os enfermeiros responsáveis de turno foi possível desenvolver as seguintes intervenções:

- **Distribuição dos elementos da equipa de enfermagem pelas diferentes funções do perioperatório tendo em conta as competências de cada um.** Tal como já foi referido, o trabalho em BO é de extrema complexidade o que conduz os enfermeiros a uma especialização e diferenciação por áreas. Assim, na elaboração do plano de trabalho é importante ter em consideração quais os enfermeiros mais capacitados para cada uma das funções (anestesia, instrumentação, circulação e UCPA) considerando ainda as diferentes especialidades médicas, já que os enfermeiros do BO tendem a especializar-se também por especialidades, principalmente no desempenho da função de instrumentista. Para o desempenho desta função o EE deve conhecer bem os elementos da equipa multidisciplinar e deve adaptar o seu estilo de liderança às diferentes situações.
- **Supervisão das tarefas delegadas.** É também o enfermeiro responsável de turno que orienta e supervisiona o trabalho das AO. É importante que o enfermeiro conheça também a equipa de AO ao serviço e seja capaz de decidir e orientar as tarefas a delegar.
- **Basear a prática na melhor evidência científica.** O enfermeiro responsável de turno deve ser o mais experiente ou aquele a quem é reconhecida maior competência. Este deve mobilizar conhecimentos quer para a sua prática de cuidados diretos quer

atuando como referência para a equipa. No BO, particularmente nas situações de urgência, o trabalho é muitas vezes imprevisível, sendo necessária uma tomada de decisão rápida e assertiva. Assim, o conhecimento da melhor evidência científica e a atuação segundo a mesma são um garante da prestação de cuidados de qualidade. O enfermeiro responsável de turno tem um papel preponderante nesta matéria, constituindo-se como uma referência, o que o obriga a uma constante atualização de conhecimentos para uma prática baseada na evidência (PBE). Graças aos conhecimentos adquiridos ao longo do curso de mestrado, nomeadamente no que diz respeito às fontes de informação mais fidedignas, a procura de conhecimento e de informações pertinentes para a prática tornou-se mais sistematizada. No decorrer do estágio foram partilhados, com a restante equipa, estes conhecimentos, tendo promovido várias discussões, quer no âmbito da prática direta dos cuidados, quer em reuniões de serviço. Uma das temáticas mais discutidas prendeu-se com os cuidados a ter aos doentes portadores do vírus Sars-Cov-2, já que se trata de algo novo e cujas recomendações foram mudando ao longo do tempo, na medida em que se conhecia melhor este agente.

O conhecimento da equipa, é fundamental para uma gestão eficaz, sem este trabalho é impossível a prestação de cuidados de qualidade no BO. Enquanto responsável de turno, sentiu-se a necessidade da utilização de uma comunicação mais assertiva, da procura da melhor evidência científica que sustentasse a decisão, tendo sido de grande valia os conhecimentos adquiridos durante o curso de mestrado.

3.3. ATIVIDADE – IMPLEMENTAÇÃO DO PROTOCOLO PARA A PADRONIZAÇÃO DOS CARROS DE ANESTESIA

O BO é um local propício à ocorrência de erros e eventos adversos, como já foi referido, sendo a área da anestesia uma das que mais se tem debruçado sobre a temática da segurança do doente. Esta preocupação levou o European Board of Anaesthesiology /European Union of Medical Specialists e a Sociedade Europeia de Anestesiologia a apresentar, em 2010, no congresso Europeu de Anestesia, a Declaração de Helsínquia sobre a Segurança do Paciente em Anestesiologia. Esta declaração apresenta um consenso sobre o que deve ser feito em anestesiologia que promova a segurança do doente cirúrgico (Preckel [et. al.], 2020).

Esta declaração, conjuntamente com o programa Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS,

foram os precursores de uma série de medidas e propostas elaboradas pelas várias sociedades científicas e organismos públicos com vista à segurança do doente. A AESOP, em conjunto com a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA), elaborou, em janeiro de 2020, uma norma para a constituição dos carros de anestesia. Estes tratam-se de recursos onde são armazenados os dispositivos e medicamentos necessários às diferentes técnicas anestésicas.

No âmbito do estágio e em colaboração com a Enfermeira Gestora e com a Diretora do Serviço propôs-se a aquisição de novos carros de anestesia que permitissem a sua organização de acordo com a norma anteriormente citada. Assim, graças aos esforços encetados pela direção do BO, foram adquiridos 7 novos carros, um para cada uma das salas operatórias. Esta era uma reivindicação de muitos enfermeiros do serviço. De facto, os carros de anestesia existentes, eram já bastante antigos, não respeitavam as normas e alguns já se encontravam um pouco degradados.

Após a aquisição dos carros era necessário proceder à sua organização, colocação em funcionamento e elaboração da respetiva norma de procedimento / Instrução de Trabalho. Neste sentido propôs-se a realização das seguintes intervenções:

Elaboração da Instrução de trabalho: Organização dos Carros de Anestesia

Organização dos carros de anestesia segundo protocolo da AESOP/SPA

Apresentação da Instrução de Trabalho à equipa de Enfermagem

Com estas atividades procurou-se dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver um instrumento de trabalho prático, seguro e funcional na área da anestesia, respeitando as normas e protocolos em vigor;
- Elaborar um documento orientador (instrução de trabalho) para a organização dos carros de anestesia;
- Apresentar os carros de anestesia à equipa promovendo a manifestação de dúvidas e sugestões por parte desta;
- Desenvolver competências na gestão dos cuidados de enfermagem;
- Desenvolver competências na gestão de recursos materiais;
- Desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

- Desenvolver competências na garantia de um ambiente seguro quer para a pessoa submetida a procedimento anestésico quer para a equipa de anestesia.

De forma a dar cumprimento a estes objetivos, as principais estratégias foram:

- Pesquisa bibliográfica das normas e evidência relacionados com o tema;
- Familiarização com os equipamentos adquiridos para o serviço;
- Elaboração de um plano para a organização dos carros;
- Constituição dos carros de anestesia;
- Elaboração da instrução de trabalho: “Normalização dos Carros de Anestesia”;
- Apresentação, em reunião de serviço dos carros e da instrução de trabalho;
- Colocação dos carros de anestesia nas salas operatórias para utilização da equipa.

A segurança do doente submetido a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos é uma grande preocupação para os profissionais e organizações. Os procedimentos de rotina requerem uma série de tarefas e verificações que, se não forem executadas podem acarretar sérios riscos quer para o doente, quer para a equipa. (Krombach, 2015). Assim, o desenvolvimento de *checklist* detalhadas e direcionadas para a anestesia trazem inúmeros benefícios, quer se tratem de situações de rotina ou de situações de emergência. Estas “ajudas cognitivas” são particularmente importantes nas situações de emergência, pois orientam o pensamento e evitam a dispersão da equipa (Saxena, 2020).

Tal como referido anteriormente, as ajudas cognitivas são fundamentais para evitar o erro, assim, é muito mais fácil para a equipa de enfermagem trabalhar com carros padronizados, em que cada dispositivo ocupa o mesmo lugar em todas as salas operatórias. Carros de anestesia não padronizados podem contribuir para o aumento dos erros de medicação, armazenamento incorreto dos dispositivos e desperdício de material e de tempo (Shultz, 2010).

A elaboração da instrução de trabalho e a constituição dos carros baseou-se na pesquisa bibliográfica, na norma da AESOP/SPA “Normalização de um carro de anestesia”, bem como nas normas da DGS, nomeadamente na norma n.º 014/2015, de 6 de agosto onde são definidos os cuidados a ter com os medicamentos de alerta máximo (Portugal, 2015^a) e na norma n.º 020/2014, de 30 de dezembro com atualização de 14/12/2015 que estipula quais os medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes e quais os cuidados a ter no seu armazenamento, manipulação e preparação. (Portugal, 2015^s).

Depois de perceber a importância da normalização dos carros de anestesia e quais os princípios orientadores da sua organização, partiu-se para a elaboração de um plano de

execução. Procurou-se ter em conta as normas já referidas, mas também os hábitos da equipa, pois sabe-se que uma rutura total com o já estabelecido poderia trazer dificuldades no trabalho do dia-a-dia, bem como na adesão da equipa.

Tendo em conta a configuração dos carros adquiridos, a configuração dos carros ainda em utilização no BO e as sugestões quer da enfermeira gestora, da diretora de serviço, de enfermeiros de anestesia e de anesthesiologistas, planeou-se a distribuição do material nos novos carros, sendo o resultado final o que se pode observar na figura 2.

Depois de planificados, os carros de anestesia foram apresentados em reunião de serviço. Esta apresentação é importante para que todos os profissionais se possam familiarizar com ele e para que possam apresentar críticas e sugestões de melhoria. Foi também apresentada à equipa a Instrução de Trabalho proposta (Apêndice I). Previamente havia sido colocado, na sala de reuniões, um carro já concluído, que esteve disponível para que os enfermeiros manipulassem e se familiarizassem com o mesmo. No final da apresentação a equipa teceu os seus comentários, que foram na sua totalidade positivos, tendo ainda sugerido pequenas alterações com vista à melhoria do mesmo.

Figura 2: *Carro de Anestesia*



Depois do planeamento há que colocar em prática o respetivo plano. Assim, procedeu-se à identificação e rotulagem de todas as gavetas e divisórias do carro de anestesia; distribuição de todos os materiais, nas quantidades estipuladas, pelas gavetas; recolha dos carros antigos e acondicionamento dos materiais excedentários; colocação dos novos carros nas salas operatórias. Foi também elaborada uma *checklist* que contempla todos os materiais constantes do carro de anestesia com as respetivas quantidades e que deverá ser verificada no início e no final de cada turno pelo enfermeiro de anestesia, de forma a garantir quer a disponibilidade de material para o início do trabalho quer a reposição para o turno seguinte. Após a colocação em utilização dos carros prevê-se a realização de uma avaliação do impacto que esta alteração trouxe para o serviço. É importante perceber se esta mudança se traduziu de facto em melhoria e para isso é fundamental avaliar e refletir sobre os resultados, propondo, caso sejam necessárias novas melhorias dando início a um novo ciclo de melhoria contínua. Infelizmente, não foi possível, durante o período de estágio, concluir as duas últimas etapas (avaliar e modificar), no entanto prevê-se que este trabalho seja continuado pela equipa de enfermeiros de anestesia do serviço.

Com esta atividade, foi possível através da utilização do ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Act*) de Deming dar início a um ciclo de melhoria contínua. Efetivamente, depois de detetada uma necessidade expressa pela equipa, foi feito um planeamento e executado esse mesmo planeamento. Tal como referido, devido ao fato de os carros de anestesia apenas terem sido fornecidos no final do estágio, não foi possível concluir o ciclo efetuando a verificação e agindo em conformidade (Gomes, 2010). No entanto, com esta atividade desenvolveram-se várias competências de EE, principalmente nos domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados. Com a aquisição dos novos carros de anestesia e a elaboração da instrução de trabalho, contribuiu-se para o aumento da segurança quer dos cuidados prestados aos doentes quer dos profissionais envolvidos.

3.4. FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O conhecimento encontra-se em constante mudança e evolução e a disciplina de enfermagem não é exceção. Os enfermeiros devem procurar basear a sua prática na melhor evidência científica e isso implica uma renovação contínua dos conhecimentos (Tojal, 2014).

O EE, para além da responsabilidade na sua autoformação, tem também responsabilidades na formação dos seus pares e de outros profissionais, devendo, por isso, assumir um papel

dinamizador da formação em serviço.

Neste contexto foi proposto, pela enfermeira tutora, a apresentação de uma formação, no âmbito do plano anual de formação do serviço, acerca da temática dos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem (PQCE). Tal como referido, o serviço encontra-se em processo de acreditação da idoneidade formativa, e esta temática deve constar do plano anual de formação, sendo de caráter obrigatório. Assim, foi proposta, no âmbito do ENP, a realização da atividade:

Formação sobre os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem

Esta atividade teve como principais objetivos:

- Desenvolver competências como facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho;
- Planear uma formação em serviço inserida no plano anual de formação;
- Desenvolver competências na realização de diagnóstico de necessidades formativas;
- Desenvolver competências como formador em contexto de trabalho;
- Aprofundar conhecimentos no âmbito dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.

Para a concretização dos objetivos citados e operacionalização da atividade descrita utilizaram-se como estratégias:

- A pesquisa bibliográfica;
- A aplicação de um questionário de necessidades formativas no âmbito dos PQCE;
- O tratamento dos dados do questionário com recurso ao aplicativo informático *Excel*;
- O planeamento da sessão de formação;
- A apresentação da formação com recurso ao aplicativo informático *PowerPoint*.

3.4.1. CONTEXTUALIZAÇÃO: PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A Deontologia Profissional de Enfermagem, no artigo 109.º - da excelência do exercício, enfatiza que “O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;” (OE, 2015, p.91). Como referido, para a OE são quatro os conceitos base onde assenta o exercício profissional dos Enfermeiros – a Saúde, a Pessoa,

o Ambiente e os Cuidados de Enfermagem, dos quais emergem os enunciados descritivos da qualidade.

Deste enquadramento concetual emergem os enunciados descritivos que se dividem em seis categorias: A satisfação do cliente; A promoção da saúde, A prevenção de complicações; O bem-estar e o autocuidado; A readaptação funcional e a organização dos serviços de enfermagem. (OE, 2001) Em todos eles, o enfermeiro deve pugnar pela “procura permanente da excelência no exercício profissional”, o que remete, invariavelmente para a qualidade dos cuidados e para a sua melhoria contínua.

Implementar estratégias que permitam avaliar os serviços e os resultados em saúde pode concretizar-se através da construção de indicadores, atividade fundamental na procura da eficiência e da eficácia. A utilização de indicadores, além de permitir monitorizar a qualidade dos cuidados, fortalece a confiança das pessoas nos serviços, torna os serviços mais eficientes financeiramente, através da redução de custos, além de estimular o envolvimento dos profissionais. Os indicadores devem possuir uma série de atributos como a validade, a sensibilidade, a especificidade, a simplicidade, a objetividade e o baixo custo. (Silveira, 2015). Existem inúmeros autores dedicados a esta temática, e apesar de ser uma teoria já com alguns anos, a tríade de Donabedian continua a ser recomendada pela OMS como o modelo para a avaliação da qualidade (Portugal, 2010).

3.4.2. DIAGNÓSTICO DE NECESSIDADES FORMATIVAS

Os planos de formação devem ser adaptados aos serviços, aos participantes e aos objetivos pretendidos. A melhor forma de efetuar este levantamento é através de um diagnóstico de necessidades de formação, onde se identificam os problemas reais dentro das organizações, através da recolha e análise de dados por meio da aplicação dos métodos e técnicas de investigação (Tojal, 2014).

Para este caso em particular optou-se pela aplicação de um questionário à equipa de enfermagem do serviço com o objetivo de:

Conhecer a opinião dos enfermeiros acerca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e dos indicadores de qualidade, bem como identificar as necessidades de formação nesta área

Este questionário, que pode ser consultado no Apêndice II, foi elaborado tendo em conta os objetivos do Plano Anual de Formação em Serviço do BO bem como os objetivos do processo de acreditação da idoneidade formativa do Contexto da Prática Clínica. Contou com a colaboração da Enfermeira Gestora, do Enfermeiro responsável pela formação em serviço, dos Enfermeiros Dinamizadores dos PQCE e com a supervisão da Professora Orientadora.

Os questionários foram entregues, em formato papel, aos enfermeiros do serviço e foi-lhes solicitado que procedessem à entrega dos mesmos, depois de preenchidos, junto da Assistente Técnica da unidade, salvaguardando sempre a confidencialidade e o anonimato destes.

Os dados recolhidos foram tratados com recurso a um aplicativo informático no programa *Excel* e os resultados são apresentados de seguida:

a) Apresentação dos Resultados

Foram entregues 37 questionários tendo-se obtido 33 respostas o que representa uma taxa de adesão de 89,2%. O questionário dividia-se em duas partes: na primeira procurava fazer-se uma caracterização sociodemográfica dos participantes e a segunda apresentava 12 questões que visavam responder ao objetivo.

No que diz respeito à parte I - Caracterização sociodemográfica dos participantes, esta pode ser analisada no quadro 1.

Quadro 1 – *Caracterização dos Participantes*

	Mín.	Máx.	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	25	56	41,9	40,5	7,9
Experiência Profissional	4	34	19	18	7,6
Experiência em Bloco Operatório	0	34	15	17	10,1

Verificou-se que a maioria dos participantes são do sexo feminino (94%), sendo apenas 6% do sexo masculino. A média da idade encontra-se nos 41,9 anos, com máximo de 56 anos e mínimo de 25 e a experiência profissional vai desde os 4 aos 34 anos, sendo que no que diz respeito à experiência em BO, os valores encontram-se entre 0 e 34 anos.

Quanto à categoria profissional, a maioria são enfermeiros e apenas 3 são EE (Gráfico 1). No que diz respeito à formação acadêmica, 32 enfermeiros são licenciados e 1 é bacharel. Sete enfermeiros realizaram formação pós-graduada, 3 em anestesia, 2 em instrumentação, e 1 em tratamento de feridas, gestão, cuidados paliativos e emergência e trauma um enfermeiro em cada curso (Gráfico 2).

Gráfico 1 – Distribuição dos participantes por categoria profissional

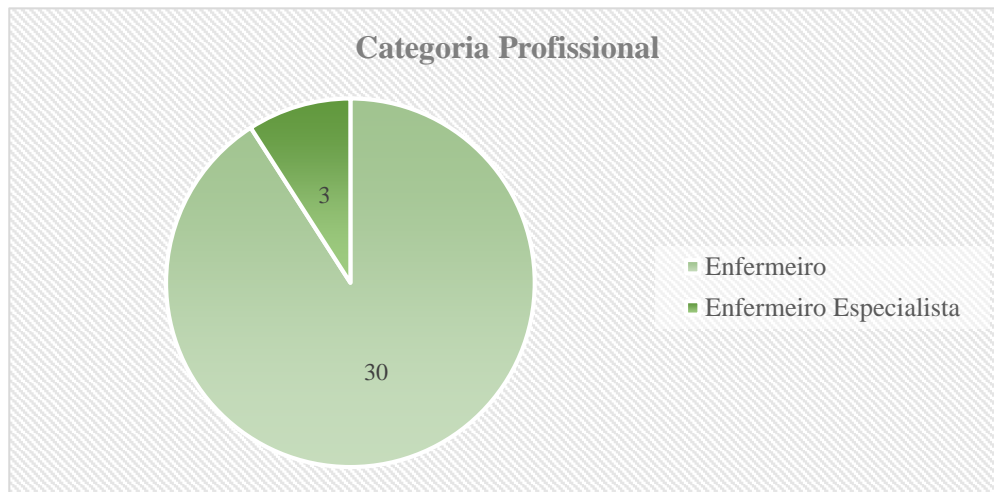
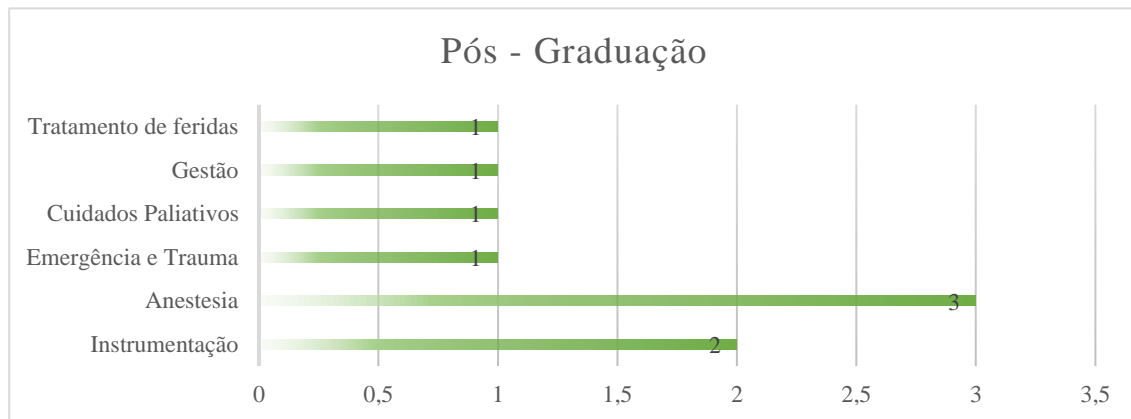


Gráfico 2 – Formação Pós-Graduada



Na parte II do questionário procurou-se conhecer quais os conhecimentos e percepções dos enfermeiros acerca da Qualidade em Enfermagem, bem como a importância por eles atribuída a esta temática. Os resultados encontram-se descritos nos quadros 2 e 3.

Quadro 2 – Perguntas 7, 8, 9, 10, 12, 14, 15, 16, 18

Pergunta	Sim		Não		Não Sei		Não Respondeu	
	N	%	N	%	N	%	N	%
7 - Está familiarizado com os PQCE?	17	51,5	10	30,3	3	9,1	3	9,1
8 - Os PQCE são importantes?	30	90,9	0	0	3	9,1	0	0
9 - Detém conhecimentos adequados sobre os PQCE?	11	33,3	18	54,5	4	12,1	0	0
10 - A qualidade em saúde deve ser medida?	28	84,8	3	9,1	2	6,1	0	0
12 - Tem conhecimento sobre a existência de indicadores de qualidade no BO?	21	63,6	9	27,3	2	6,1	1	3
14 - Seria importante a implementação de um sistema de avaliação e monitorização de indicadores no serviço?	29	87,9	0	0	4	12,1	0	0
15 - Seria importante a realização de ações de formação acerca dos PQCE e Indicadores de Qualidade?	32	97	0	0	0	0	1	3
16 – Conhece algum projeto de melhoria contínua em desenvolvimento no serviço?	12	36,4	12	36,4	8	24,2	1	3
18 - Considera que existem outras áreas de intervenção mais urgentes no serviço?	9	27,3	6	18,2	15	45,5	3	9,1

Da análise dos dados é possível verificar que a maioria dos enfermeiros do serviço, 51,5%, está familiarizado com os PQCE (pergunta 7) o que representa uma percentagem baixa quando se observa que 90,9 % considera que os PQCE são importantes para a definição de uma prática de cuidados de qualidade (pergunta 8). Verifica-se também que a maioria dos enfermeiros, 54,5 %, considera que não detém conhecimentos adequados acerca dos PQCE, sendo que apenas 33,3 % consideram deter os conhecimentos adequados (pergunta 9). No que respeita à avaliação da qualidade 84,8 % dos enfermeiros são da opinião de que a qualidade deve ser medida (pergunta 10).

À questão “Tem conhecimento sobre a existência de indicadores de qualidade no Bloco Operatório?” (pergunta 12), 63,6% dos enfermeiros respondeu que sim. Segundo informações obtidas junto da enfermeira gestora do serviço, este BO não possui nenhum indicador de qualidade dos cuidados de enfermagem, o que significa que, ou os inquiridos desconhecem o verdadeiro âmbito da questão ou referem-se a outros indicadores de qualidade. As respostas à pergunta 14 ajudam a clarificar esta questão, já que 87,9 % consideram que seria importante a implementação de um sistema de avaliação e

monitorização de indicadores no serviço, o que poderá significar que não existe coerência nas respostas, pois se a maioria considera que existem indicadores de qualidade no serviço então não seria de esperar que a grande maioria detetasse a necessidade de implementar indicadores de qualidade.

Quanto à necessidade de formação no âmbito dos PQCE e dos Indicadores de Qualidade (pergunta 15) 97% dos enfermeiros reconheceu que seria importante a realização de ações de formação. Apenas 1 dos inquiridos respondeu que não considera importante a realização de formação sobre esta temática.

A última questão (pergunta 18) procurava ajudar a perceber se haveria alguma área de intervenção considerada mais urgente para o serviço. A maior percentagem dos inquiridos respondeu não saber, sendo que apenas 10 enfermeiros apresentaram sugestões (Quadro 6).

Ao analisar o quadro 3, que ilustra as respostas dadas à pergunta 11, percebe-se que apenas se obtiveram 16 respostas, o que representa uma taxa de resposta de 33,3 %, ou seja, a maioria dos enfermeiros não respondeu a esta questão. Das respostas dadas, 8 referem a palavra “indicadores” o que significa que metade dos enfermeiros que responderam a esta questão, classifica os indicadores como uma boa ferramenta para a avaliação da qualidade. Três enfermeiros referem-se à utilização de escalas ou instrumentos de avaliação, enquanto os restantes, apesar de não utilizarem as palavras indicadores ou escalas, descrevem formas de avaliação que remetem para estes conceitos.

Quadro 3 – *De que forma a qualidade em saúde deve ser medida? (Pergunta 11)*

Respostas à Pergunta 11
<i>De forma a que indicadores nos traduzam a prática clínica</i>
<i>Através de indicadores que nos deem dados sobre as práticas de enfermagem</i>
<i>Através de indicadores que traduzam o trabalho de enfermagem</i>
<i>Avaliar qualidade; humanização; Competências</i>
<i>Através de <u>instrumentos</u> de avaliação</i>
<i>Selecionar critérios para avaliar o desempenho da equipa e para avaliar os custos/paciente</i>
<i>Selecionando critérios para julgar e comparar a adequação, os benefícios, os efeitos adversos e custos de tecnologias dos cuidados prestados</i>
<i>Avaliar através de <u>escalas</u> / questionários</i>

<i>De forma a perceber em que medida podemos melhorar os cuidados prestados</i>
Indicadores de Processo e de Resultado
<i>Através da aplicação de indicadores de resultado</i>
<i><u>Escala</u> numérica de avaliação de boas práticas</i>
<i>Qualificação ou mensuração de vários indicadores de enfermagem nomeadamente a satisfação dos enfermeiros vs parâmetros</i>
Indicadores de saúde
<i>Avaliações contínuas; formação; "investimento"; integração adequada</i>
<i>Indicadores de Qualidade</i>

Na pergunta 13 procurou-se perceber qual a opinião dos enfermeiros acerca da utilidade dos indicadores de qualidade, através de uma questão de escolha múltipla. Os resultados encontram-se ilustrados no quadro 4 onde se pode verificar que a maioria dos enfermeiros identifica uma ou mais utilidades para os indicadores de qualidade, o que revela que os inquiridos reconhecem importância aos mesmos, aspeto também reforçado pelas respostas obtidas na alínea h. “Não servem para nada” (0%). Os itens que obtiveram maior percentagem foram as alíneas g) “Implementar melhorias com base na reflexão das práticas” e d) “Medir as mudanças e apreciar os progressos” com 87,9 % e 75,8% respetivamente.

Quadro 4 – Na sua opinião, qual a utilidade dos indicadores de qualidade? (pergunta 13)

<i>Pergunta 13 (Alíneas)</i>	N	%
a. Mensurar o trabalho e definição de rácios	23	69,7
b. Avaliar as práticas	25	75,8
c. Avaliar o desempenho dos enfermeiros	22	66,7
d. Medir as mudanças e apreciar os progressos	25	75,8
e. Auxiliar na gestão de recursos	20	60,6
f. Dar visibilidade aos cuidados de enfermagem	20	60,6
g. Implementar melhorias com base na reflexão das práticas	29	87,9
h. Não servem para nada	0	0
i. Não Sei	0	0

Quadro 5 – De que projetos de melhoria contínua, em desenvolvimento no serviço, tem conhecimento? (Pergunta 17)

<i>Pergunta 17</i>
<i>Processo de acreditação da idoneidade formativa em contexto de Prática Clínica</i>
<i>Prevenção de hipotermia inadvertida perioperatória</i>
<i>Implementação de uma unidade de supervisão clínica no BOC. Criação de um manual de normas para o BOC. Humanização no nascimento por cesariana.</i>
<i>Qualidade, integração de novos elementos na equipa de enfermagem, implementação do programa informático B-simple</i>
<i>Idoneidade formativa, integração de novos elementos no bloco operatório</i>
<i>Padrões de qualidade emanados pela ordem dos enfermeiros</i>
<i>O projeto da idoneidade formativa</i>
<i>Photo Humanize; Integração de novos elementos</i>
<i>Projeto de humanização; Manual de integração de novos elementos; Formalização de normas e procedimentos</i>
<i>Âmbito da idoneidade formativa (integração, protocolo prevenção hipotermia perioperatória inadvertida</i>
<i>Este questionário é a prova disso; investimento na formação</i>
<i>Humanização, Manual de normas e Procedimentos</i>

No que diz respeito aos projetos de melhoria contínua em desenvolvimento no serviço as respostas positivas e negativas obtiveram valores iguais, no entanto 24,2% dos enfermeiros revelaram desconhecimento acerca deste item. Assim, considera-se que, este tema deverá ser abordado na formação em serviço, de forma a colmatar o desconhecimento da maioria da equipa. Dos enfermeiros que reconhecem a existência de projetos de melhoria contínua apenas 12 os enunciaram. O projeto mais identificado foi o da Integração de Novos Elementos no serviço, obtendo 5 respostas, seguindo-se do Projeto de Humanização, com 4 respostas, tal como é ilustrado no quadro 5.

Quadro 6 – Quais as áreas de intervenção no serviço que considera mais urgentes?

<i>Pergunta 18</i>
<i>Prevenção e controle de infeção</i>
<i>Sensibilização para a criação de uma cultura de segurança entre as equipas multidisciplinares que passa pela partilha de experiências do dia a dia entre colegas</i>
<i>Integração de novos elementos no bloco operatório com protocolos definidos de integração</i>
<i>Protocolos de atuação nas diferentes funções dos enfermeiros</i>
<i>Qualidade e conhecimento nos cuidados prestados; integração</i>
<i>Dor; Queda; Úlceras de Pressão; Prevenção HIPO; Cateter Vesical</i>

<i>Promoção do alto desempenho dos enfermeiros associados à motivação da equipa</i>
<i>Considerando os que estão a ser desenvolvidos no âmbito da idoneidade formativa</i>
<i>A prática de enfermagem, o cuidar, a ética profissional, o brio profissional (exemplo de má prática: preparação de anestésias, propofol, "a granel")</i>
<i>Motivação</i>

b) Análise dos resultados

Da análise e interpretação dos dados, podemos concluir que a maioria dos enfermeiros do serviço são do sexo feminino, detentores de licenciatura e de cuidados gerais. O número de especialistas é muito reduzido e dos que detêm formação pós-graduada não conferente de grau também. As idades e anos de experiência são diversificados revelando uma equipa heterogénea, com elementos muito experientes e outros menos experientes.

A maioria dos inquiridos revela pouco conhecimento acerca dos temas em discussão, sejam os PQCE, sejam os indicadores de enfermagem ou mesmo os projetos de melhoria contínua a decorrer no serviço. No entanto a maioria reconhece a sua importância e as necessidades formativas nestes temas.

Através da aplicação deste questionário foi possível identificar 3 temas fundamentais a abordar na ação de formação em serviço proposta:

- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- Indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem;
- Projetos de melhoria contínua.

Identificam-se como lacunas neste diagnóstico de necessidades formativas, a ambiguidade de algumas questões, podendo levar a respostas incoerentes, o que foi mais evidente nas questões 12 e 14. Também não foi possível aplicar o questionário a todos os enfermeiros do serviço, uma vez que apenas foi aplicado aos enfermeiros que estavam ao serviço, ficando excluídos todos os que se encontravam ausentes, seja por baixa médica ou por férias, o que poderia ser útil, uma vez que a formação em serviço se destina a toda a equipa.

Propõe-se a realização de mais atividades de diagnóstico de situação pois verificou-se, pela reação de alguns enfermeiros aquando da entrega do questionário, que a equipa não está habituada à utilização destes instrumentos que são uma mais-valia e promovem o envolvimento e motivação dos profissionais nos processos formativos.

3.4.3. PLANEAMENTO DA FORMAÇÃO

Depois de analisados os resultados do diagnóstico de formação, procedeu-se à planificação da sessão de formação, tendo como foco os temas referidos como fundamentais e os seguintes objetivos:

- Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a importância dos PQCE e a sua integração nas práticas diárias;
- Dar a conhecer os PQCE e quais as suas implicações nos cuidados;
- Alertar para a importância da definição de indicadores dos cuidados de enfermagem e de que forma estes podem contribuir para a melhoria contínua dos cuidados.

O plano da formação (Apêndice III) foi elaborado e estruturado de acordo com o formulário em vigor no serviço e foi apresentado aos responsáveis pela formação em serviço e aprovado pelo Serviço de Ensino, Formação e Investigação do CHTS.

É fundamental que os enfermeiros percecionem a formação como algo que contribuirá para dar visibilidade à sua prática, refletindo-se numa maior satisfação por parte dos formandos, dos formadores, das chefias e da instituição empregadora (Relvas, 2018). A temática dos PQCE, inserida no processo de acreditação da idoneidade formativa é uma das bandeiras da direção de enfermagem, tendo sido abraçada por todos os serviços. É notório o empenho da Enfermeira gestora neste processo o que se reflete na preocupação dos enfermeiros do serviço em se inteirarem acerca deste mesmo processo. Assim foi grande a adesão da equipa à formação, que foi apresentada, no serviço, com recurso ao aplicativo informático *PowerPoint* (Apêndice IV) e que, além da participação presencial dos enfermeiros que se encontravam no serviço, foi transmitida *on-line*, através da plataforma CISCO, para todos os que não pudessem estar presentes, dada a limitação da ocupação da sala de reuniões devido às recomendações da DGS pela situação pandémica atual.

3.4.4. AVALIAÇÃO

Toda a sessão formativa deve ser sujeita a avaliação, quer por parte dos formadores, quer por parte dos formandos. A avaliação da qualidade da sessão é fundamental para a correção de erros futuros, ajudando a melhorar os próximos programas de formação (Tojal, 2014). Para dar cumprimento a este item foi solicitado a todos os participantes que preenchessem o formulário de avaliação da sessão, através da plataforma eletrónica *Googleforms* (ANEXO

D). Este formulário é comum a todas as sessões de formação do hospital e é constituído por 15 questões, sendo 13 associadas a uma escala de Likert de 5 pontos, sendo “1” o valor mínimo e “5” o valor máximo atribuído a cada questão. Uma questão era de escolha múltipla e uma questão de resposta aberta para apresentação de sugestões de melhoria. Foram obtidas 15 respostas ao questionário, encontrando-se os resultados nos quadros 7 e 8.

Quadro 7 – Respostas às questões de avaliação da sessão de formação com escala de Likert

<i>Questão de avaliação</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>Média</i>
1. Competências Pedagógicas:						
1.1 - Comunicou bem, apresentando os temas com sistematização, clareza e sequência lógica?	0	0	0	9	6	4,4
1.2 - Despertou o interesse dos formandos, motivando a participação?	0	0	0	8	7	4,5
1.3 - Demonstrou disponibilidade?	0	0	0	6	9	4,6
1.4 - Criou oportunidades para colocar questões?	0	0	0	7	8	4,5
1.5 - Estabeleceu uma relação dinâmica e interativa com o grupo?	0	0	1	7	7	4,4
2. Conteúdo Programático:						
2.1 - Tratado com a profundidade adequada?	0	0	0	9	6	4,4
2.2 - De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?	0	0	0	8	7	4,5
3. Documentação Distribuída:						
3.1 - Permite aprofundar os conhecimentos adquiridos?	0	1	2	8	4	4,0
3.2 - Complementa a exposição do formador?	0	1	2	9	3	3,9
3.3 - Foi distribuída no momento oportuno?	1	0	4	7	3	3,7
4. Como considera este módulo relativamente a:						
4.1 - Duração	0	1	1	9	4	4,1
4.2 - Ritmo	0	0	1	12	2	4,1
4.3 - Pontualidade	0	0	1	9	5	4,3

Quadro 8 – Resposta à questão 2.3

2.3. Na sua opinião o curso foi dado de uma forma predominantemente:	N.º de respostas	% de respostas
Teórica	10	66,7
Prática	0	0
Teórico-Prática	5	33,3

Com base nas respostas obtidas foi possível verificar que a avaliação do formador foi positiva, pois obteve uma pontuação superior a 4 em todos os itens, sendo a competência mais destacada a capacidade em demonstrar disponibilidade. No que diz respeito à temática abordada, os participantes consideraram-na de grande utilidade e interesse (4,5 pontos) e tratada com a profundidade adequada (4,4 pontos) de uma forma maioritariamente teórica (66,7 %). A avaliação da documentação distribuída foi o item que obteve menor pontuação, sendo que o momento da sua distribuição foi o que menos agradou aos participantes. Isto pode dever-se ao fato de não ter sido distribuída qualquer bibliografia antes da formação e de ser uma temática pouco conhecida pela equipa, tal como já se havia apurado com o diagnóstico de necessidades formativas. Quanto à duração, ritmo e pontualidade a formação foi considerada adequada com pontuações entre 4,1 e 4,3. A última questão: “5. Comentários e/ou sugestões”, não obteve nenhuma resposta por parte dos participantes.

3.4.5. REFLEXÃO

O EE deve constituir-se como uma referência trazendo para a discussão a melhor evidência científica fomentando a sua aplicação nas práticas. A formação em serviço é uma oportunidade única de partilha de conhecimentos, de discussão e de avaliação das práticas. Planear e executar uma formação em serviço útil, que vá de encontro às necessidades do serviço e às expectativas dos profissionais é uma atividade que exige conhecimento, planeamento e capacidades comunicacionais. Com a realização desta atividade foi possível desenvolver competências de enfermeiro especialista, nomeadamente: no âmbito da formação em serviço, na realização de diagnóstico de necessidades formativas e no favorecimento da aprendizagem por parte dos enfermeiros do serviço.

3.5. ATIVIDADES DE INVESTIGAÇÃO

A prática da investigação em enfermagem é uma das competências comuns a todos os EE, sendo não só uma área de intervenção de enfermagem como um dever de todos os enfermeiros (Nunes, 2020). O EE deve, tal como referido no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), ser capaz de educar os clientes e os pares, orientá-los e aconselhá-los e ter a responsabilidade de liderança, incluindo a descodificação, disseminação e execução de investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem.

A investigação é a principal fonte de evidência científica e o enfermeiro especialista deve ser capaz de consultar e integrar a melhor evidência nas suas práticas, como também gerar nova evidência, através do desenvolvimento de práticas de investigação (Cambotas, 2014). Assim, e tendo em conta o contexto particular em que se desenvolveu o estágio, que se encontrava no início da implementação de um novo sistema informático de registos de enfermagem, emergiu a oportunidade de avaliar os cuidados através da implementação de indicadores de qualidade que refletissem esses mesmos cuidados e que espelhassem o trabalho realizado pela equipa.

Tal como referido anteriormente neste relatório, a avaliação da qualidade está intimamente ligada aos indicadores de qualidade que, por sua vez, dependem dos dados obtidos através dos registos de enfermagem. A implementação de um sistema de registos, numa equipa que não tinha esse hábito pode trazer dificuldades, mas também oportunidades. Assim, após consulta da enfermeira tutora, da equipa de enfermeiros dinamizadores dos sistemas de informação do serviço e da professora orientadora, propôs-se a realização de um trabalho de investigação que procurasse estabelecer um Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem para o Perioperatório (PDCEP)

O que se pretendia não era a enumeração exaustiva de todos os diagnósticos e intervenções possíveis para o perioperatório, até porque o próprio sistema informático já possui uma base de dados com todas essas possibilidades, mas procurar aqueles que melhor refletem o trabalho e que são mais relevantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Esta atividade procurou dar resposta aos seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências como investigador;
- Desenvolver competências na área da qualidade dos cuidados de enfermagem;

- Desenvolver conhecimentos na área dos registos de enfermagem;
- Compreender a importância do desenvolvimento de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Planear um trabalho de investigação.

Para a concretização dos objetivos citados e operacionalização da atividade descrita utilizaram-se como estratégias:

- A pesquisa bibliográfica;
- O planeamento do trabalho de investigação;
- O desenvolvimento de instrumentos de recolha de dados;
- A aplicação de técnicas de investigação;
- A reflexão sobre os dados obtidos.

O trabalho desenvolvido na definição deste padrão documental encontra-se descrito na Parte dois deste relatório

.

**PARTE II – CONSTRUÇÃO DE UM PADRÃO DOCUMENTAL DOS
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA**

1. A QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

A prestação de cuidados de qualidade exige que estes se baseiem na melhor evidência científica, promovendo a melhoria contínua da qualidade, isto é, o enfermeiro, deve ser capaz de incorporar os resultados da investigação na sua prática diária proporcionando cuidados adequados e diferenciados a cada pessoa (OE, 2006).

Como referido no capítulo 3.5., a problemática em estudo centrou-se na definição de um padrão documental de cuidados de enfermagem para o perioperatório.

Para melhor compreender a importância da avaliação da qualidade e o porquê da necessidade do desenvolvimento de indicadores de qualidade e de um padrão documental de registos que os sustente, é necessário abordar os conceitos de qualidade, qualidade em saúde e mais concretamente a noção de qualidade dos cuidados de enfermagem. Neste sentido, procedeu-se a uma pesquisa bibliográfica acerca desta temática, que já havia sido iniciada para dar resposta à atividade descrita no subcapítulo 3.4. Assim, de seguida, apresentam-se alguns conceitos que complementam o descrito no ponto 3.4.1. – Contextualização sobre os Padrões de Qualidade de Enfermagem.

A noção de qualidade é inerente ao ser humano, que procura sempre o melhor para o objetivo que deseja. O estudo e a reflexão sobre a qualidade, por sua vez, surgem, inicialmente, associados à gestão empresarial e aos processos de fabricação industrial. Com a revolução industrial, o conceito de qualidade ganhou nova ênfase, evoluindo progressivamente até aos dias de hoje, estando atualmente associado ao conceito de sustentabilidade (Gomes, 2010). É consensual a dificuldade em definir qualidade, quer pelo seu carácter multifatorial quer pela subjetividade inerente (Potra, 2015).

O conceito de qualidade em saúde, por sua vez, surge mais tarde, por volta dos anos 60 do século XX (Potra, 2015) e vem refletir a preocupação das organizações com os cuidados de saúde. Esta pode definir-se, segundo a DGS, como “a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão” (Portugal, 2015^f, p.16).

A avaliação da qualidade é outro ponto fundamental, pois sem isso a reflexão sobre a mesma torna-se vazia e sem propósito. A avaliação e a qualidade estão intimamente ligadas e só este dúplice pode conduzir àquilo a que se chama de melhoria contínua. Por vezes pensa-se que, para avaliar a qualidade, basta analisar a opinião e a satisfação dos clientes, mas, sendo a

qualidade um conceito tão abrangente, subjetivo e multifatorial esta dimensão não é suficiente, pois como afirmava Donabedian a qualidade não se define apenas pelos processos, mas pela relação destes com a estrutura e os resultados. (Machado, 2014)

A utilização de indicadores de qualidade é uma estratégia de avaliação que permite apreciar o progresso de uma determinada atividade e conseqüentemente promover a reflexão sobre as práticas (Portugal, 2010). São inúmeros os indicadores que podem ser apontados para uma avaliação da qualidade, quer a nível da estrutura, quer a nível do processo e dos resultados e no BO, tal como acontece nos outros serviços, os registos de Enfermagem devem ser a principal fonte de dados para a geração de indicadores.

Para a construção de indicadores de qualidade é fundamental a existência de dados passíveis de serem tratados e analisados. Esses dados emergem dos registos de enfermagem que devem, não só refletir os cuidados de enfermagem, como documentá-los e permitir a construção de indicadores. No sentido de facilitar a integração dos enfermeiros nos registos, propôs-se a definição de um Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem Perioperatórios que integrasse os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática de cuidados de qualidade. De seguida serão apresentadas as várias etapas do estudo que conduziram à elaboração do PDCEP.

2. DESENHO DO ESTUDO

No BO onde decorreu o estágio, não existia, até janeiro de 2021, nenhum sistema de registos específico para os cuidados de enfermagem, que abrangesse toda a dimensão dos mesmos e permitisse uma verdadeira continuidade de cuidados. De facto, a equipa não estava familiarizada nem com a linguagem classificada nem com a prática dos registos informáticos. Com a implementação de um novo sistema, voltado para os cuidados de enfermagem, baseado na taxonomia CIPE®, surgiram dificuldades inerentes quer às questões meramente informáticas quer também às questões da linguagem classificada. A implementação deste sistema encontrou uma equipa de enfermagem motivada e interessada, mas ao mesmo tempo, sem qualquer prática nos registos de enfermagem.

O *PatientCare*®, sistema que foi implementado, possui uma base de dados de diagnósticos, intervenções e atitudes terapêuticas que advêm da experiência adquirida noutros hospitais onde já se encontra implementado. Este sistema tem a particularidade de ser bastante versátil, permitindo a predefinição de quadros (*dashboard*) com diagnósticos, intervenções e atitudes terapêuticas que surgem automaticamente em todos os episódios. A construção de um PDCEP, que pudesse integrar um desses *dashboard* iria facilitar a prática dos registos, levando a uma maior motivação e envolvimento da equipa nesta nova etapa.

Assim, com o propósito de construir e validar um PDCEP, desenvolveu-se um estudo metodológico, com recurso à Técnica de Delphi, aplicado na determinação de consensos em duas rondas. Os estudos metodológicos levam à construção e validação de protocolos e instrumentos, combinando abordagens qualitativas e quantitativas de uma determinada problemática (Moraes, et. al., 2018). Este tipo de estudo desenvolve-se em várias etapas nomeadamente: a definição do quadro conceptual; a definição de objetivos e a população envolvida; a Construção, seleção e estruturação dos itens a integrar o instrumento / protocolo e a validade de conteúdo (Coluci, Alexandre e Milani, 2015).

A definição da problemática em estudo e o estabelecimento de objetivos são dois pontos fundamentais no percurso metodológico. Neste caso em particular, e tal como foi referido, o estudo centra-se na definição de um conjunto de diagnósticos e intervenções de enfermagem

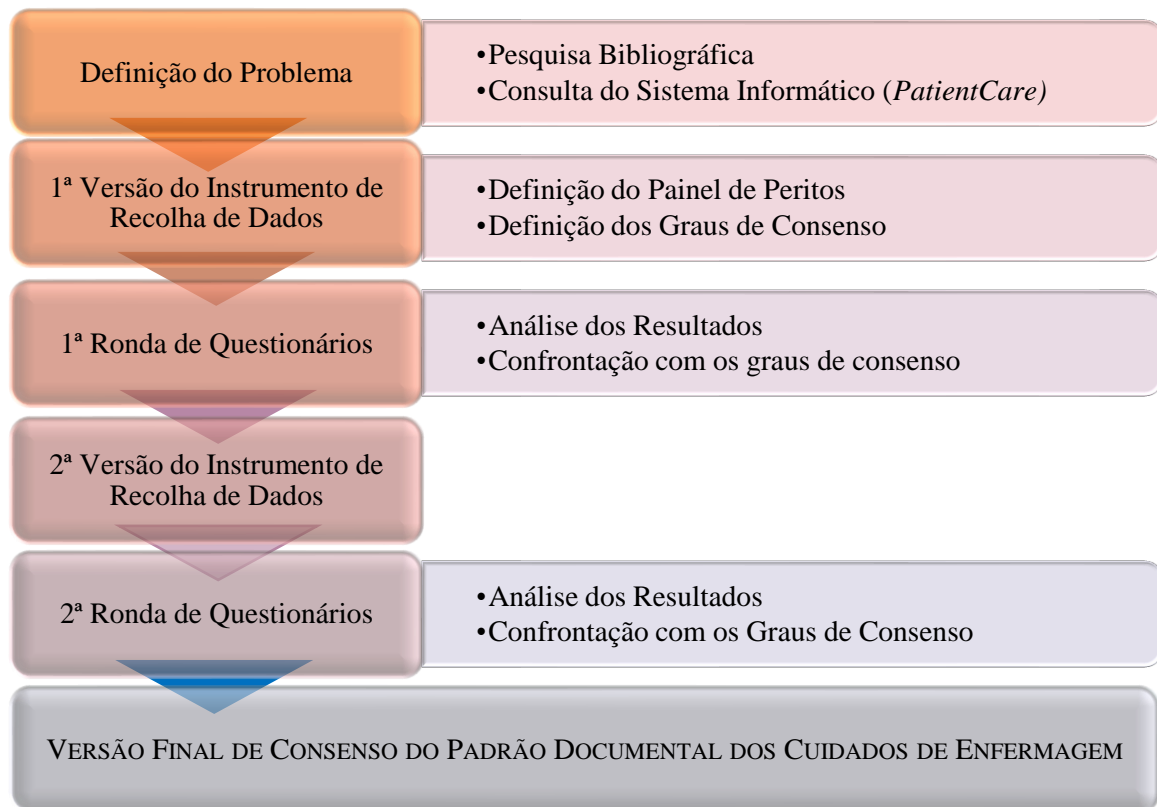
que visem integrar um PDCEP. Assim, estabeleceram-se dois objetivos principais: Identificar os fenómenos de enfermagem mais relevantes para a prática no perioperatório e Construir e Validar uma proposta de PDCEP.

Assim, este estudo iniciou-se com uma revisão da literatura de forma a definir o quadro conceptual e os objetivos, bem como a seleção e estruturação dos itens a integrar no Padrão Documental. De seguida procedeu-se à elaboração do instrumento de recolha de dados, com a integração dos itens selecionados na fase anterior associados a uma escala de respostas tipo Likert. Este instrumento foi depois submetido a um painel de peritos, através da utilização da técnica de Delphi, para a obtenção de um consenso. Finalmente, e com base na avaliação dos peritos, foi contruída uma proposta de PDCEP que integrará o programa informático. As fases do estudo encontram-se esquematizadas na figura 3 e descritas de forma detalhada nos subcapítulos que se seguem.

A literatura refere que a realização de um pré-teste pode ser muito útil para verificar se todos os itens são compreensíveis a todos os utilizadores (Coluci, Alexandre e Milani, 2015). Assim, propôs-se à equipa responsável pelos sistemas de informação do serviço do BO, a integração deste mesmo padrão documental no sistema informático, com avaliação por parte da equipa da sua utilidade e compreensão. Caso seja detetada alguma inconformidade ou apresentadas sugestões por parte da equipa, estas podem ser integradas na versão final do Padrão Documental a implementar no serviço.

Dado o espaço temporal do estágio não foi possível, durante o período de realização do mesmo, proceder à implementação, na prática, do Padrão Documental. Pelo que, foi sugerido à equipa, a continuidade do trabalho, sendo que demonstramos total disponibilidade para colaborar mesmo após o término do estágio.

Figura 3: Representação Esquemática das fases do estudo de investigação



No sentido de identificar os fenómenos considerados mais relevantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem no BO, procedeu-se a uma revisão da literatura com recurso a várias bases de dados bibliográficas (Pub Med, B-On e Scielo). As palavras-chave utilizadas para a pesquisa, de acordo com a taxonomia do Medical Subject Headings (MeSH), foram as seguintes: *Perianesthesia OR Perioperative OR Operating Room AND Nursing – Sensitive Indicators OR Nursing Quality Indicators OR Nursing Interventions OR Nursing Diagnosis*. Foi ainda realizada uma pesquisa manual no Google Académico, no sentido de permitir a identificação de outras publicações que correspondessem aos objetivos do estudo, bem como a integração de trabalhos da literatura cinzenta. Circunscreveu-se a pesquisa aos últimos 10 anos. Foram também incluídas na pesquisa recomendações e normas de atuação clínica relevantes para a prática de enfermagem no BO.

Esta revisão da literatura permitiu ultrapassar a primeira fase da técnica de Delphi onde, habitualmente, se consulta um grupo de peritos, através de um questionário de questões abertas, solicitando aos participantes que exponham livremente as suas opiniões (Scarparo, [et. al.], 2012).

Da pesquisa efetuada resultaram 64 artigos, tendo sido selecionados 19 após a leitura do

título e 12 após a leitura do resumo (Apêndice V). Da leitura do texto integral resultaram 10 artigos cujo resumo se encontra descrito no Apêndice VI. Para complementar a pesquisa foram analisadas quatro dissertações de mestrado relacionadas com a temática: a) sobre a proposta de um padrão documental de cuidados de enfermagem para o período intraoperatório (Lopes, 2020); b) sobre os principais indicadores de qualidade no Bloco Operatório (Castro, 2018); c) sobre os principais diagnósticos de enfermagem para o período pós-operatório (Gomes, 2017); d) sobre uma nova linguagem classificada de enfermagem para o Bloco Operatório – o *Perioperative Nursing DataSet* (Azevedo, 2016). Algumas Normas de Orientação Clínica da Direção Geral da Saúde também foram integradas na pesquisa, nomeadamente:

- Norma 02/2013 – Cirurgia Segura Salva Vidas;
- Norma 019/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical;
- Norma 020/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico;
- Norma 021/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação;
- Norma 022/2015 - “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central.

1.1. TÉCNICA DE DELPHI

Para a obtenção de uma versão de consenso do PDCEP recorreu-se a uma técnica de Delphi. Esta técnica consiste na aplicação de questionários, de forma sequencial, a um grupo de peritos, com informações resumidas acerca das respostas aos questionários anteriores. Os resultados são sucessivamente analisados pelos pesquisadores e um novo questionário é construído, tendo por base as respostas do grupo, e novamente enviado. Assim, tomando conhecimento das respostas e argumentos dos outros participantes, cada um tem a oportunidade de alterar ou defender o seu ponto de vista. As respostas são novamente enviadas aos pesquisadores que as analisam e repetem o processo as vezes que forem necessárias até à obtenção de um consenso (Marques e Freitas, 2018).

A opção pela utilização da técnica de Delphi prende-se com o facto de ser uma técnica que apresenta inúmeras vantagens, nomeadamente:

- Pode gerar um debate entre um grupo de peritos sem que estes se tenham de encontrar fisicamente, o que atualmente consiste numa grande vantagem, dada a impossibilidade de juntar grandes grupos (Mokkink [et. al.], 2006);
- Garante o anonimato das respostas, eliminando desta forma as influências que uns participantes podem exercer sobre outros nas reuniões presenciais (Scarparo [et. al.], 2012);
- Permite a obtenção de opiniões especializadas, com interação entre o pesquisador e os participantes, em anonimato, de uma forma prática e fácil à distância (idem);

Esta técnica não é isenta de desvantagens, como é óbvio, podendo referir-se o tempo que pode demorar caso sejam necessárias muitas rondas de questionários, a possibilidade de existirem algumas desistências e o facto de os resultados não poderem ser amplamente generalizados, já que outro painel de peritos poderia chegar a outros resultados. (Scarparo [et. al.], 2012)

No entanto, tendo em consideração os objetivos desta pesquisa em particular, considerou-se que as vantagens superam claramente as desvantagens, pelo que a opção por este método tornou-se fácil.

1.2. SELEÇÃO E CARACTERIZAÇÃO DO GRUPO DE PERITOS

A primeira etapa para a realização da técnica de Delphi consiste na seleção dos peritos. Segundo Scarparo [et. al.] (2012) a seleção deve ter em conta a qualificação profissional e incluir peritos na temática em estudo. Por sua vez Powel (2003) citado por Marques e Freitas (2018) defende que um grupo heterogéneo produz tendencialmente resultados com maior qualidade e aceitação, até porque “se não existir variedade de informação a ser partilhada, pouco se tem a ganhar com um procedimento desse tipo” (Marques e Freitas, 2018, p.395).

O número de participantes a incluir também não é consensual, sendo aceite que não deve ser inferior a 10 participantes e não deve exceder os 30, por dificultar a análise dos dados e não acrescentar grande número de ideias novas (Marques e Freitas, 2018). A amostra deve ter em conta os objetivos do estudo e é, normalmente, não aleatória, de conveniência ou intencional, constituída por indivíduos que correspondam aos critérios de inclusão definidos no início da pesquisa (Scarparo [et. al.], 2012).

Assim, foram definidos como critérios de inclusão neste estudo:

- Enfermeiros com, pelo menos, 3 anos de experiência profissional no BO;
- Enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica;
- Enfermeiros detentores de pós-graduações na área do perioperatório;
- Enfermeiros detentores do grau de mestre;
- Enfermeiros com experiência/formação em registos de enfermagem utilizando a linguagem classificada.

Para além dos critérios enunciados definiram-se ainda dois critérios absolutos para inclusão no grupo de peritos:

- Ser licenciado em enfermagem;
- Trabalhar no BO.

Desta feita, selecionou-se um grupo de peritos constituído por 14 participantes cuja caracterização se pode observar nos quadros 9 e 10. O objetivo inicial seria que todos os enfermeiros selecionados para o grupo de peritos fossem especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, no entanto, constatou-se uma grande dificuldade em reunir enfermeiros especialistas a exercerem funções em BO. De facto, tal como acontece no BO onde decorreu o estágio, onde apenas existem três enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica num universo de 54 enfermeiros, o número de especialistas com experiência em BO é escasso, como demonstrado num estudo apresentado por Terras (2017), em que apenas 21% dos enfermeiros analisados tinham a especialidade EMC, o que vai de encontro aos dados fornecidos pela AESOP onde se pode verificar que, atualmente, apenas existem 82 EE em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória registados na OE (Freitas, 2021). Assim, optou-se por um painel misto, com enfermeiros especialistas e enfermeiros de cuidados gerais.

O primeiro contacto com os peritos foi efetuado através de um convite informal por via telefónica, correio eletrónico ou presencial. Tal como é referido por Marques e Freitas (2018, p.400), “as pessoas escolhidas para o painel devem estar comprometidas com todo o processo. Para tal, é muito importante explicar em detalhe em que consiste o estudo e o que é pedido”. Após aceitação foi enviado, através de correio eletrónico, um convite formal para a participação no estudo (Apêndice VII), com um *link* de acesso ao consentimento informado (Apêndice VIII) e ao 1º questionário (Apêndice IX) elaborado com recurso ao aplicativo *GoogleForms*, disponível na *internet*.

Quadro 9 – Caracterização do Painel de Peritos quanto à idade, experiência profissional e experiência em Bloco Operatório

	Min.	Máx.	Média	Mediana	Desvio Padrão
Idade	35	54	45,2	46	7,1
Experiência Profissional	13	31	22,7	24	6,4
Experiência em Bloco Operatório	1	30	17,3	20	10

O painel de peritos é constituído por uma maioria de enfermeiros do sexo feminino (72,7%), com idades compreendidas entre 35 e 54 anos e média de 45,2 anos. Quanto à experiência profissional, esta encontra-se entre os 13 e os 31 anos, com uma média de 22,7 anos, enquanto a experiência profissional no BO, em particular, variou entre 1 e 30 anos, sendo a média de 17,3 anos.

Quadro 10 – Caracterização do Painel quanto à formação académica

Formação Académica	N.	%
Especialidade	8	72,7
Médico – Cirúrgica	7	63,6
Saúde Comunitária	1	9,1
Pós-Graduação	6	54,5
Bioética e ética médica	2	18,2
Anestesia	2	18,2
Instrumentação Cirúrgica	2	18,2
Enfermagem em Bloco Operatório	1	0,9
Endoscopia	1	0,9
Supervisão Clínica	1	0,9
Mestrado	6	54,5
Bioética e Ética Médica	2	18,2
Pessoa em Situação Perioperatória	2	18,2
Medicina Veterinária	1	0,9
Gestão de Serviços de Saúde	1	0,9

Todos os peritos eram licenciados em enfermagem, sendo que 8 possuíam especialidade, 6 possuíam uma ou mais pós-graduações e 6 eram detentores do grau de mestre. Dos EE a maioria (7) eram especialistas em EMC e apenas 1 em enfermagem de saúde comunitária. As formações pós-graduadas mais frequentes são: Bioética e Ética Médica, Anestesia e

Instrumentação Cirúrgica com 2 enfermeiros detentores de cada uma destas formações, seguindo-se Enfermagem em Bloco Operatório, Endoscopia e Supervisão Clínica com 1 enfermeiro cada. Quanto aos cursos de mestrado, os de maior frequência são os de Bioética e Ética Médica e Pessoa em Situação Perioperatória com 2 enfermeiros cada, seguindo-se de Medicina Veterinária e Gestão de Serviços de Saúde com 1 enfermeiro cada.

1.3. PROCEDIMENTO DE RECOLHA DE DADOS

Com base na pesquisa bibliográfica foram selecionados 11 focos de enfermagem, considerados como sendo os mais relevantes para a avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem no BO. Posteriormente foram selecionados, no sistema informático *Patient.Care*[®], todos os diagnósticos e intervenções, relacionados com estes mesmos focos, passíveis de registo. Daqui surgiu a primeira versão do instrumento de recolha de dados que, após validação pela professora orientadora, ficou constituído por 112 itens (diagnósticos e intervenções), agrupados em 11 focos de enfermagem. Foi associada uma escala de *Lickert* de cinco opções de resposta, em que: 1- Discordo completamente; 2- Discordo; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo; 5- Concordo completamente. Cada participante teria de seleccionar a pontuação correspondente de acordo com a sua concordância em incorporar no padrão documental de cuidados os diagnósticos e as intervenções apresentados. Simultaneamente, em cada foco, estava disponível um campo onde os participantes poderiam deixar comentários e / ou sugestões livres (Apêndice IX).

O 2º questionário incluiu os itens que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo na 1ª ronda, bem como novos itens sugeridos pelos participantes e ainda 3 itens que devido a erros da aplicação não foi possível efetuar a análise de resultados. Assim, este questionário era composto por 17 itens que versavam sobre os seguintes focos de enfermagem: Complicação associada aos cuidados de saúde; Ferida cirúrgica; Infeção; Lesão perioperatória por posicionamento; Queda; Queimadura; Sangue; Temperatura corporal. O novo instrumento foi enviado aos participantes acompanhado pela informação estatística referente às respostas obtidas na 1ª ronda, para que cada participante analisasse a sua resposta à luz dos resultados anteriores, podendo mantê-la ou alterá-la (Apêndice X).

Os dados recolhidos na segunda ronda foram sujeitos à mesma análise estatística que os que haviam sido recolhidos durante a primeira ronda, tendo-se obtido uma versão final da proposta do PDCEP (Apêndice XI).

1.4. PROCEDIMENTO PARA ANÁLISE DOS DADOS

É fundamental que o nível de consenso seja estipulado pelo investigador no início do estudo. A literatura não define uma regra específica para este nível de consenso, sendo aceitáveis consensos entre 50 e 80% (Scarparo [et. al.], 2012). Outros autores defendem que “o consenso foi atingido quando pelo menos dois terços dos participantes classificaram um item com quatro ou cinco na escala de *Likert* de cinco pontos, e a estabilidade quando menos de um terço mudou as suas respostas entre rodadas.” (Marques e Freitas, 2018, p. 400).

Para Capelas (2018), o nível de consenso avalia-se através da análise de três medidas estatísticas: o grau de concordância, a mediana e o intervalo interquartil. Segundo este autor, o grau de concordância define-se como: “percentagem de sujeitos que concordavam ou concordavam muito”, a mediana apresenta o valor que se encontra no meio de uma fila ordenada de valores e o intervalo interquartil é a diferença entre o 3º e o 1º quartil, isto é, onde se situam 50 % dos valores centrais.

Para a análise do questionário neste estudo, adotaram-se os critérios definidos por Capelas (2018) e que se encontram ilustrados no Quadro 11.

Quadro 11 – *Critérios de determinação do grau de consenso*

Grau de Consenso	Concordância	Mediana	Intervalo Interquartil
Muito elevado	≥ 80 %	5	0
Elevado	≥ 80 %	≥ 4	1
Moderado	60 – 79 %	≤ 4	1
Baixo	< 60%	4	> 1

Fonte: Capelas [et. al.], 2018

Os dados recolhidos na 1ª ronda de questionários seriam analisados à luz dos critérios de determinação do grau de consenso já estabelecidos, tendo-se definido como critério para inclusão, um grau de consenso “Elevado” ou “Muito elevado” e como critério de exclusão aqueles que não obtivessem qualquer grau de consenso (Van Der Steen [et al.], 2014). Posteriormente, seriam incluídos na 2ª ronda de questionários apenas os itens que obtivessem um grau de consenso “Moderado” ou “Baixo”. (idem).

Quanto ao número de rondas a realizar, este não é definido objetivamente, sendo variável de acordo com o tipo de estudo, os questionários e os peritos selecionados. No entanto, a maioria das pesquisas tem entre duas a quatro rondas, uma vez que um número superior de

rondas não traz benefícios quanto à mudança de opiniões, além de exigir um grande espaço de tempo, podendo mesmo levar à desmotivação e desistência dos participantes. (Marques e Freitas, 2018)

Desta feita, prevê-se a realização de duas rondas de questionários uma vez que, com a técnica de Delphi realizada pela Internet consegue-se, na maioria dos casos, alcançar o consenso com apenas este número de rondas (Giovinazzo, 2001 *in* Gonçalves, 2017).

3. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

“Qualquer investigação junto de seres humanos constitui uma forma de intrusão na vida pessoal dos sujeitos.” (Nunes, 2020, p.13). Por este motivo o International Council of Nurses (ICN) emanou, em 1996 revista em 2003, uma tomada de posição acerca da relação dos enfermeiros com os Direitos Humanos, onde, entre outras temáticas, contempla as questões relativas à investigação em Enfermagem. De acordo com este são seis os princípios éticos que devem guiar a investigação: Beneficência, isto é, «fazer o bem»; Avaliação da maleficência, ou seja, «não causar dano»; Fidelidade, relação de confiança estabelecida entre o investigador e o participante; Justiça, princípio da equidade; Veracidade, os participantes devem ser sempre informados acerca dos riscos e benefícios da investigação; Confidencialidade, princípio da salvaguarda da informação de carácter pessoal. (Nunes, 2020).

Estes princípios estão diretamente relacionados com os direitos dos participantes, nomeadamente o direito a não sofrerem nenhum dano; o direito a receber informação completa sobre o estudo; o direito à autodeterminação, isto é à decisão livre de participar ou não no estudo; o direito à intimidade, onde se salvaguarda que o participante pode optar por não responder a algumas questões bem como a salvaguarda da identidade e confidencialidade de informação; direito ao anonimato e à confidencialidade (Nunes, 2020).

Para a realização deste trabalho de investigação foram também tidos em conta os pressupostos presentes na declaração de Helsínquia, na Convenção de Oviedo e ainda na Recomendação sobre Integridade na Investigação Científica do Conselho Nacional de Ética para as Ciências da Vida.

A decisão livre de participar, após receber toda a informação respeitante ao estudo, ou seja, a autonomia dos participantes, é um princípio fundamental a respeitar em qualquer estudo de investigação. Para a realização deste estudo foi obtido o consentimento de todos os participantes, através de um formulário *on-line* (Apêndice VIII) onde eram explicados os objetivos do estudo, os métodos utilizados e que poderiam cessar a sua participação em qualquer momento, se assim o desejassem. A privacidade dos participantes foi salvaguardada na medida em que se obteve o consentimento informado e se assegurou a confidencialidade dos dados recolhidos.

Na salvaguarda dos princípios supracitados foi publicada em 2014 a “Lei da Investigação Clínica” que pressupõe que todo e qualquer estudo clínico deve ser precedida de um parecer favorável de comissão de ética competente (Nunes, 2020). O CHTS possui uma comissão

de ética, multidisciplinar, que avalia e analisa todos os pedidos para a realização de estudos nesta instituição e que deve ser sempre consultada previamente à realização de qualquer estudo. Assim, para a realização do estudo proposto neste trabalho foi consultada a referida comissão de ética, tendo sido deferida a autorização para a realização do estudo através de parecer em anexo (Anexo II).

4. RESULTADOS OBTIDOS

Dos 14 enfermeiros que constituíram o painel inicial, obtiveram-se 11 respostas o que corresponde a uma taxa de abstenção de 21,4 %. Este valor encontra-se abaixo do que é descrito pela literatura que aponta taxas de abstenção de 30 a 50% na primeira ronda (Scarparo [et. al.], 2012). A segunda ronda obteve uma taxa de resposta de 81,8%, já que responderam 9 enfermeiros. Isto representa um índice de abstenção de 18,2% o que se traduz numa abstenção inferior à descrita na literatura que apresenta valores de abstenção esperados entre 20 e 30%. Estes valores podem denotar comprometimento por parte dos participantes para com o estudo, o que lhe confere ainda mais valor.

De seguida serão apresentados os resultados obtidos através da aplicação da técnica de Delphi em duas rondas de questionários. De forma a facilitar a leitura dos resultados, estes encontram-se sistematizados em dois quadros, um com os dados obtidos na primeira ronda (Quadro 12) e outro com os dados da segunda ronda (Quadro 13). Ambos os quadros apresentam as percentagens de concordância (Conc. %), medianas (Md), o intervalo interquartil (IIQ) e o grau de consenso (Cons.) de acordo com os critérios previamente estabelecidos (Muito Elevado – ME; Elevado – E; Moderado – M; Baixo – B; Sem consenso – SC).

Quadro 12 – *Resultados da 1.ª Ronda*

ITENS	Conc. (%)	Md	IIQ	Cons.
1. Complicação associada aos cuidados de saúde				
1.1 Diagnósticos				
1.1.1 Risco de complicação associada aos cuidados de saúde	100 %	5	1	E
1.1.2 Risco de efeito da medicação adverso	73 %	4	2	M
1.1.3 Risco de interação medicamentosa adversa	64 %	4	2	M
1.1.4 Interação medicamentosa adversa	55 %	4	1	B
1.1.5 Regime medicamentoso complexo	36 %	3	3	SC
1.1.6 Risco de efeito secundário da medicação	82 %	4	1	E
1.1.7 Efeito secundário da medicação	55 %	4	2	B
1.2 Intervenções				
1.2.1 Verificar cliente antes da cirurgia	100 %	5	0	ME
1.2.2 Verificar cirurgia	100 %	5	0	ME
1.2.3 Verificar local e lateralidade da cirurgia	100 %	5	0	ME
1.2.4 Contar dispositivos e compressas durante a cirurgia	91 %	5	0	ME

1.2.5	Verificar consentimento informado antes da cirurgia	91 %	5	0	ME
1.2.6	Verificar alergia	100 %	5	0	ME
1.2.7	Verificar disponibilidade de dispositivos cirúrgicos	100 %	5	0	ME
1.2.8	Administrar medicação	91 %	5	1	E
1.2.9	Avaliar efeitos secundários da medicação	91 %	5	1	E
1.2.10	Avaliar evolução da resposta à medicação	82 %	5	1	E
1.2.11	Gerir efeito secundário da medicação	91 %	5	1	E
1.2.12	Gerir medicação	73 %	5	3	M
1.2.13	Monitorizar efeitos secundários da medicação	82 %	4	1	E
1.2.14	Identificar medicação segundo protocolo	73 %	5	3	M
1.2.15	Avaliar risco de interação medicamentosa adversa	82 %	5	1	E

2. Dor					
2.1 Diagnósticos					
2.1.1	Dor presente	100 %	5	0	ME
2.1.2	Risco de Dor	91 %	5	1	E
2.2 Intervenções					
2.2.1	Vigiar Dor	82 %	5	1	E
2.2.2	Monitorizar dor através da escala numérica da dor	100 %	5	0	ME
2.2.3	Monitorizar dor através da escala BPS	82 %	5	1	E
2.2.4	Monitorizar dor através de escala visual analógica (EVA)	82 %	5	1	E
2.2.5	Aliviar dor através de técnica de posicionamento	100 %	5	0	ME
2.2.6	Gerir analgesia	100 %	5	0	ME
2.2.7	Informar médico	91 %	5	0	ME

3. Ferida Cirúrgica					
3.1 Diagnósticos					
3.1.1	Ferida cirúrgica presente	100 %	5	0	ME
3.1.2	Risco de infeção da ferida cirúrgica	91 %	5	0	ME
3.2 Intervenções					
3.2.1	Executar tratamento da ferida cirúrgica	100%	5	0	ME
3.2.2	Vigiar ferida cirúrgica	91 %	5	0	ME
3.2.3	Vigiar penso da ferida cirúrgica	100%	5	0	ME
3.2.4	Avaliar necessidade de cortar pelos do local cirúrgico	73	5	4	M
3.2.5	Cortar pelos do local cirúrgico conforme protocolo	82	5	1	E
3.2.6	Desinfetar a pele do local cirúrgico conforme protocolo	100	5	0	ME
3.2.7	Preparar pele antes da cirurgia	100	5	0	ME

4. Glicemia					
4.1 Diagnósticos					
4.1.1	Risco de Hiperglicemia	91	5	0	ME
4.1.2	Risco de Hipoglicemia	91	5	0	ME
4.1.3	Hiperglicemia presente	91	5	1	E
4.1.4	Hipoglicemia presente	91	5	0	ME
4.2 Intervenções					
4.2.1	Monitorizar Glicemia Capilar	100	5	0	ME
4.2.2	Informar médico	91	5	0	ME
4.2.3	Administrar Glicose Hipertónica segundo protocolo	91	5	0	ME
4.2.4	Administrar insulina segundo protocolo	91	5	0	ME

5. Infecção					
5.1 Diagnósticos					
5.1.1	Risco de infeção do local cirúrgico	100	5	0	ME
5.1.2	Risco de infeção do local de inserção do cateter arterial	100	5	0	ME
5.1.3	Risco de Infecção do local de inserção do cateter venoso central	100	5	0	ME
5.1.4	Risco de infeção do local de inserção do cateter venoso periférico	100	5	0	ME
5.1.5	Risco de infeção do local de inserção do cateter epidural	100	5	0	ME
5.1.6	Risco de infeção urinária	91	5	1	E
5.1.7	Infeção do local de inserção do cateter presente	55	5	2	B
5.1.8	Infeção urinária presente	45	3	2	SC
5.2 Intervenções					
5.2.1	Executar tratamento ao local de inserção do cateter	100	5	0	ME
5.2.2	Otimizar cateter	100	5	0	ME
5.2.3	Vigiar local de inserção do cateter	100	5	0	ME
5.2.4	Vigiar penso do local de inserção do cateter	100	5	0	ME
5.2.5	Vigiar eliminação urinária	100	5	0	ME
5.2.6	Trocar cateter venoso periférico	82	5	0	ME
5.2.7	Trocar cateter urinário	64	5	2	M / B
5.2.8	Inserir cateter venoso periférico	100	5	0	ME
5.2.9	Implementar técnica asséptica na colocação do cateter urinário	100	5	0	ME
5.2.10	Remover cateter	91	5	1	E
5.2.11	Colaborar na técnica de colocação do cateter	91	5	1	E

5.2.12 Monitorizar a eliminação urinária	100	5	1	E
5.2.13 Administrar antibiótico segundo protocolo	91	5	0	E
5.2.14 Validar banho pré-operatório com clorhexidina conforme protocolo	100	5	0	ME

6. Lesão perioperatória por posicionamento				
6.1 Diagnósticos				
6.1.1 Risco de lesão perioperatória por posicionamento	100	5	0	ME
6.1.2 Lesão perioperatória por posicionamento presente	91	5	0	ME
6.2 Intervenções				
6.2.1 Posicionar no perioperatório	100	5	0	ME
6.2.2 Avaliar lesão	91	5	0	ME

7. Queda				
7.1 Diagnósticos				
7.1.1 Risco de Queda	100	5	0	ME
7.1.2 Queda presente	73	5	2	M / B
7.2 Intervenções				
7.2.1 Monitorizar o risco de queda através da escala de Morse	82	5	1	E
7.2.2 Manter grades da cama elevadas	91	5	0	ME
7.2.3 Gerir medidas de segurança	100	5	0	ME
7.2.4 Referir queda	91	5	0	ME
7.2.5 Avaliar queda	82	5	1	E

8. Queimadura				
8.1 Diagnósticos				
8.1.1 Risco de Queimadura	91	5	0	ME
8.1.2 Queimadura presente	ERRO			

8.2 Intervenções				
8.2.1 Aplicar placa neutra	100	5	0	ME
8.2.2 Preparar local de aplicação da placa neutra	91	5	0	ME
8.2.3 Remover dispositivos de propagação de energia corporal	91	5	0	ME
8.2.4 Manter a pele seca	91	5	0	ME
8.2.5 Avaliar pele	91	5	0	ME
8.2.6 Avaliar queimadura	91	5	0	ME
8.2.7 Informar médico	91	5	0	ME
8.2.8 Executar tratamento à queimadura	91	5	0	ME

9. Sangue					
9.1 Diagnósticos					
9.1.1	Risco de reação alérgica à hemoterapia (reação transfusional)	91	5	0	ME
9.2 Intervenções					
9.2.1	Vigiar sinais de reação à hemoterapia (reação transfusional)	100	5	0	ME
9.2.2	Administrar sangue e derivados	91	5	0	ME
9.2.3	Verificar sangue e derivados	ERRO			

10. Temperatura Corporal					
10.1 Diagnósticos					
10.1.1	Risco de Hipotermia	100	5	0	ME
10.1.2	Risco de Hipertermia	ERRO			
10.1.3	Hipotermia presente	91	5	0	ME
10.2 Intervenções					
10.2.1	Monitorizar temperatura corporal	100	5	0	ME
10.2.2	Administrar fluidos frios	45	3	3	SC
10.2.3	Executar técnica de arrefecimento natural	64	4	2	M/B
10.2.4	Administrar fluidos aquecidos	91	5	1	E
10.2.5	Gerir temperatura através de equipamento de aquecimento artificial	100	5	0	ME
10.2.6	Manter equipamento de aquecimento corporal externo	82	5	1	E

11. Úlcera de pressão					
11.1 Diagnósticos					
11.1.1	Risco de Úlcera de Pressão	100	5	0	ME
11.1.2	Úlcera de Pressão Presente	91	5	0	ME
11.2 Intervenções					
11.2.1	Aliviar zona de pressão através de dispositivos	100	5	0	ME
11.2.2	Aplicar dispositivos de prevenção de úlceras de pressão	100	5	0	ME
11.2.3	Monitorizar o risco de Úlcera de Pressão através da escala de Braden	91	5	0	ME
11.2.4	Posicionar a pessoa	100	5	0	ME
11.2.5	Vigiar sinais de úlcera de pressão	100	5	0	ME
11.2.6	Avaliar integridade da pele antes da cirurgia	100	5	0	ME

Legenda: Conc. - Concordância; Md - Mediana; IIQ - Intervalo interquartil; Cons.- Consenso; ME - Muito elevado; E -Elevado; M - Moderado; B - Baixo; SC – Sem consenso

No final da primeira ronda, 72 itens obtiveram consenso muito elevado e 23 elevado, o que lhes atribuía condições para serem imediatamente incluídos na versão final do Padrão Documental de Cuidados. No entanto, dos 23 itens com grau de consenso elevado, houve 2 (1.1.6 e 1.2.13) cujos critérios não ofereciam total segurança na sua inclusão, pelo que foram remetidos aos participantes na segunda ronda. Esta 2.ª ronda contou ainda com os 11 itens que obtiveram um grau de consenso Moderado ou Baixo, com 3 itens que, devido a um erro da aplicação informática, não foi possível avaliar e com 3 novos itens resultantes das sugestões dos participantes. Os 3 itens que não obtiveram qualquer grau de consenso foram eliminados após a 1.ª ronda.

Assim, a 2.ª ronda contava com um total de 19 itens que se referiam aos seguintes focos de enfermagem: Complicação associada aos cuidados de saúde; Ferida Cirúrgica; Infecção; Queda; Temperatura Corporal; Queimadura; Sangue; Temperatura Corporal e Lesão perioperatória por posicionamento e cujos resultados podem ser consultados no Quadro 13.

Quadro 13 – *Resultados da 2.ª Ronda*

ITENS	Conc. (%)	Md	IIQ	Cons.
1. Complicação associada aos cuidados de saúde				
1.1 Diagnósticos				
1.1.2. Risco de efeito da medicação adverso	67	4	2	M
1.1.3. Risco de interação medicamentosa adversa	56	4	2	B
1.1.4. Interação medicamentosa adversa	33	3	3	SC
1.1.6. Risco de efeito secundário da medicação	78	4	2	M
1.1.7. Efeito secundário da medicação	44	3	3	SC
1.2 Intervenções				
1.2.12. Gerir medicação	78	5	2	M
1.2.13. Monitorizar efeitos secundários da medicação	89	5	1	E
1.2.14. Identificar medicação segundo protocolo	78	5	2	M
1.2.15. Verificar presença de pulseira de identificação	78	5	1	M
3. Ferida Cirúrgica				
3.2 Intervenções				
3.2.4. Avaliar necessidade de cortar pelos do local cirúrgico	78	5	2	M

5. Infecção				
5.1 Diagnósticos				
5.1.7. Infecção do local de inserção do cateter presente	78	5	2	M
5.2 Intervenções				
5.2.7. Trocar cateter urinário	78	5	2	M
6. Lesão perioperatória por posicionamento				
6.2. Intervenções				
6.2.3. Aplicar dispositivo de proteção de lesão perioperatória	78	5	1	M
7. Queda				
7.1 Diagnósticos				
7.1.2. Queda presente	67	5	3	M
8. Queimadura				
8.1 Diagnósticos				
8.1.2. Queimadura presente	44	3	4	X
9. Sangue				
9.2. Intervenções				
9.2.3. Verificar sangue e derivados	89	5	1	E
9.2.4. Notificar reação adversa à hemoterapia	89	5	1	E
10. Temperatura Corporal				
10.1. Diagnósticos				
10.1.2. Risco de hipertermia.	33	3	1	X
10.2 Intervenções				
10.2.3. Executar técnica de arrefecimento natural	89	5	1	E

Legenda: Conc. - Concordância; Md - Mediana; IIQ - Intervalo interquartil; Cons.- Consenso; ME - Muito elevado; E -Elevado; M - Moderado; B - Baixo; X – Sem consenso

Após a 2.^a ronda foram incluídos na versão final do Padrão Documental de Cuidados os itens 1.2.13., 9.2.3., 9.2.4. e 10.2.3., por terem obtido um grau elevado de consenso. Todas as outras questões foram eliminadas por manterem um grau de consenso moderado ou baixo ou mesmo por não apresentarem qualquer grau de consenso. De salientar que nesta segunda ronda, nenhum dos participantes teceu qualquer comentário ou sugestão.

Assim, concluiu-se a proposta para o PDCEP com 97 itens que se apresenta no Quadro 14.

Quadro 14 – Proposta de Padrão Documental de Enfermagem para o Perioperatório

Complicação associada aos cuidados de saúde
<p><u>Diagnósticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Risco de complicação associada aos cuidados de saúde • Risco de efeito secundário da medicação <p><u>Intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar cliente antes da cirurgia • Verificar cirurgia • Verificar local e lateralidade da cirurgia • Contar dispositivos e compressas durante a cirurgia • Verificar consentimento informado antes da cirurgia • Verificar alergia • Verificar disponibilidade de dispositivos cirúrgicos • Administrar medicação • Avaliar efeitos secundários da medicação • Avaliar evolução da resposta à medicação • Gerir efeito secundário da medicação • Monitorizar efeitos secundários da medicação • Avaliar risco de interação medicamentosa adversa
Dor
<p><u>Diagnósticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dor presente • Risco de Dor <p><u>Intervenções:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Vigiar Dor • Monitorizar dor através da escala numérica da dor • Monitorizar dor através da escala BPS • Monitorizar dor através de escala visual analógica (EVA) • Aliviar dor através de técnica de posicionamento • Gerir analgesia • Informar médico
Ferida Cirúrgica
<p><u>Diagnósticos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ferida cirúrgica presente • Risco de infeção da ferida cirúrgica

Intervenções:

- Executar tratamento da ferida cirúrgica
- Vigiar ferida cirúrgica
- Vigiar penso da ferida cirúrgica
- Cortar pelos do local cirúrgico conforme protocolo
- Desinfetar a pele do local cirúrgico conforme protocolo
- Preparar pele antes da cirurgia

Glicemia

Diagnósticos:

- Risco de Hiperglicemia
- Risco de Hipoglicemia
- Hiperglicemia presente
- Hipoglicemia presente

Intervenções:

- Monitorizar Glicemia Capilar
- Informar médico
- Administrar Glicose Hipertónica segundo protocolo
- Administrar insulina segundo protocolo

Infeção

Diagnósticos:

- Risco de infeção do local cirúrgico
- Risco de infeção do local de inserção do cateter arterial
- Risco de Infeção do local de inserção do cateter venoso central
- Risco de infeção do local de inserção do cateter venoso periférico
- Risco de infeção do local de inserção do cateter epidural

Intervenções:

- Executar tratamento ao local de inserção do cateter
- Otimizar cateter
- Vigiar local de inserção do cateter
- Vigiar penso do local de inserção do cateter
- Vigiar eliminação urinária
- Trocar cateter venoso periférico
- Inserir cateter venoso periférico
- Implementar técnica asséptica na colocação do cateter urinário
- Remover cateter
- Colaborar na técnica de colocação do cateter
- Monitorizar a eliminação urinária
- Administrar antibiótico segundo protocolo
- Validar banho pré-operatório com clorhexidina conforme protocolo

Lesão perioperatória por posicionamento

Diagnósticos:

- Risco de lesão perioperatória por posicionamento
- Lesão perioperatória por posicionamento presente

Intervenções:

- Posicionar no perioperatório
- Avaliar lesão

Queda

Diagnósticos:

- Risco de Queda

Intervenções:

- Monitorizar o risco de queda através da escala de Morse
- Manter grades da cama elevadas
- Gerir medidas de segurança
- Referir queda
- Avaliar queda

Queimadura

Diagnósticos:

- Risco de Queimadura

Intervenções:

- Aplicar placa neutra
- Preparar local de aplicação da placa neutra
- Remover dispositivos de propagação de energia corporal
- Manter a pele seca
- Avaliar pele
- Avaliar queimadura
- Informar médico
- Executar tratamento à queimadura

Sangue

Diagnósticos:

- Risco de reação alérgica à hemoterapia (reação transfusional)

Intervenções:

- Vigiar sinais de reação à hemoterapia (reação transfusional)
- Administrar sangue e derivados
- Verificar sangue e derivados
- Notificar reação adversa à hemoterapia

Temperatura Corporal

Diagnósticos:

- Risco de Hipotermia
- Hipotermia presente

Intervenções:

- Monitorizar temperatura corporal
- Executar técnica de arrefecimento natural
- Administrar fluidos aquecidos
- Gerir temperatura através de equipamento de aquecimento artificial
- Manter equipamento de aquecimento corporal externo

Úlcera de pressão

Diagnósticos:

- Risco de Úlcera de Pressão
- Úlcera de Pressão Presente

Intervenções:

- Aliviar zona de pressão através de dispositivos
- Aplicar dispositivos de prevenção de úlceras de pressão
- Monitorizar o risco de úlcera de pressão através da escala de Braden
- Posicionar a pessoa
- Vigiar sinais de úlcera de pressão
- Avaliar integridade da pele antes da cirurgia

5. ANÁLISE DOS RESULTADOS

Este estudo tinha como objetivo obter uma versão de consenso sobre os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados no período perioperatório. Durante a pesquisa bibliográfica encontraram-se diversos estudos que versavam sobre a temática dos indicadores de qualidade em BO, alguns deles apresentando indicadores de enfermagem, não sendo efetivamente a maioria. Outros estudos encontrados apresentavam inventários de diagnósticos e intervenções de enfermagem para o período perioperatório, mas, de fato, nenhum apresentava uma solução que desse resposta à questão enunciada. Assim, através da técnica de Delphi foi possível obter uma versão de consenso sobre um PDCEP que se apresente útil para a definição de indicadores de qualidade.

A primeira versão do PDCEP que foi colocada à apreciação dos participantes continha, como já referido anteriormente, 112 itens aos quais foram acrescentados 3 novos itens decorrentes de sugestões apresentadas na 1ª Ronda, perfazendo um total de 115 itens. Após a 2ª ronda de questionários a versão final de consenso apresentava 97 itens o que significa que 18 itens foram excluídos, desses itens excluídos 11 eram diagnósticos de enfermagem e 7 eram intervenções de enfermagem.

A maioria dos itens rejeitados pelos participantes (9), dizem respeito ao Foco de Enfermagem “**Complicação Associada aos Cuidados de Saúde**”, um dos focos que abrangia maior número de diagnósticos e intervenções. No foco “**infecção**” foram rejeitados apenas 3 itens o que pode ilustrar a grande preocupação dos enfermeiros com este parâmetro. Efetivamente, tal como já referido anteriormente, a preocupação com as infecções no contexto de bloco operatório é uma prioridade para os enfermeiros, o que pode explicar a inclusão de praticamente todos os itens referentes a este foco no PDCEP. Já os cuidados a ter no âmbito da “Complicação Associada aos cuidados de saúde” poderão ter sido mais desvalorizados por se referirem essencialmente aos riscos no contexto de BO, o que, para um enfermeiro perioperatório é algo inerente à sua prática. No entanto, verifica-se que as intervenções relacionadas com a segurança do doente, no âmbito deste foco, obtiveram todas um consenso elevado ou muito elevado o que comprova a preocupação com a prevenção dos eventos adversos no BO, indo de encontro às preocupações da OMS e das organizações profissionais com a AESOP ou a EORNA (AESOP, 2006; PORTUGAL, 2010).

A “**Dor**”, 5.º sinal vital tem grande presença no BO. A dor pós-operatória é o grande medo das pessoas que são submetidas a intervenções cirúrgicas e a perspectiva de sentir dor é fonte de grande ansiedade logo no pré-operatório. Este é um foco da atenção de enfermagem ao qual os enfermeiros perioperatórios estão muito atentos. Todos os itens relacionados com este foco obtiveram consenso logo na primeira ronda de questionários o que comprova a importância deste foco na prática dos cuidados no BO. A prevenção, deteção precoce, avaliação e monitorização e intervenção célere são intervenções prioritárias para todos os enfermeiros e que devem ser um dos pontos centrais da sua atuação.

A “**Ferida Cirúrgica**” é um dos pontos centrais da intervenção cirúrgica e os cuidados à ferida são da competência dos enfermeiros. Este tipo de ferida é definida como “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” (ICN, 2018, p. 64). A prevenção da infeção do local cirúrgico passa, também, pelo tratamento da ferida cirúrgica e pela preparação da pele. Assim os itens que obtiveram maior consenso entre os participantes relacionam-se com cuidados a ter na prevenção da infeção.

O foco de enfermagem “**Glicemia**”, que na definição da CIPE é: “Substância corporal”, obteve consenso em todos os seus diagnósticos e intervenções logo na primeira ronda. Este parâmetro é muito importante e sabe-se que tem grande influência na recuperação do doente, pelo que a manutenção da normoglicemia foi incluído pela DGS no feixe de intervenções de prevenção da ILC (Portugal, 2015^c).

“**Infeção**” é, segundo a CIPE, um “Processo patológico: invasão do corpo por microrganismos patogénicos que se reproduzem e multiplicam, causando doença por lesão celular local, secreção de toxinas ou reação antigénio-anticorpo” (ICN, 2018, p.76). Esta é outra das grandes preocupações dos enfermeiros perioperatórios, no entanto estes demonstram apenas preocupação com a infeção do local cirúrgico, já que os diagnósticos/intervenções relacionados com os dispositivos como cateter urinário ou infeção urinária não obtiveram consenso. Este facto pode dever-se à grande preocupação com a infeção do local cirúrgico o que acaba por relevar para segundo plano os restantes riscos de infeção. No entanto, o doente cirúrgico está suscetível à infeção por muitos outros motivos (entubação traqueal, cateteres venosos e arteriais, cateteres urinários), que não devem ser descurados na prática de cuidados de enfermagem.

A “**Lesão perioperatória por posicionamento**”, definida como um tipo de lesão representa outra das grandes preocupações dos enfermeiros perioperatórios. Cada cirurgia exige um determinado posicionamento específico que pode ser mais ou menos complexo, e que se pode manter por longos períodos. Na primeira ronda foi sugerido por um dos participantes a inclusão de uma outra intervenção, mas que na segunda ronda não obteve consenso. No entanto, as que foram apresentadas na primeira ronda, e que se basearam na literatura, todas obtiveram consenso.

As **Quedas** são um evento pouco frequente no BO, mas de grande impacto para o bem-estar do doente. Apesar de pouco frequentes há diversos fatores que podem desencadeá-las e que mais uma vez se relacionam com a segurança do doente. Este é um dos principais indicadores de qualidade das unidades de saúde, pelo que deve ser observado também no BO. Por esse motivo os itens relacionados com a prevenção das quedas obtiveram graus de consenso elevados logo na primeira ronda de questionários.

Um evento adverso que pode ocorrer no BO é a “**Queimadura**” e que constitui um item de grande importância na segurança do doente. Segundo a CIPE, este foco define-se como: “ferida traumática: rotura e perda da camada exterior do tecido da superfície do corpo ou das camadas mais profundas, devida a lesões pelo calor resultantes da exposição a agentes térmicos, químicos, elétricos ou radioativos; caracterizada por coagulação das proteínas das células, aumento do metabolismo, perda da reserva de nutrientes nos músculos e no tecido adiposo, perda de proteínas e compostos azotados, por grande dor, contracturas, escara hipotrófica com rigidez por espessamento, em que o cliente fica profundamente desfigurado; queimadura de 1.º grau, 2.º grau e 3.º grau” (ICN, 2018, p.107). O risco de queimadura, no BO, está intimamente ligado à utilização da unidade de eletrocirurgia e verificou-se a relevância que este foco tem para os participantes que selecionaram a maioria dos itens para integrarem o Padrão Documental de Cuidados. A prevenção da Queimadura através da aplicação das boas práticas é uma prova da qualidade dos cuidados de enfermagem.

O foco “**Sangue**” foi incluído nesta proposta por se tratar de um foco de atenção de várias *checklists* de segurança. Os cuidados a ter com as transfusões sanguíneas revestem-se de vários protocolos de segurança visados quer na “Cirurgia segura salva vidas” quer nos diferentes protocolos da instituição. Efetivamente os participantes do estudo corroboram a importância deste foco de atenção ao selecionarem todos os itens deste domínio para integrarem o PDCEP.

No que diz respeito ao foco de enfermagem “**Temperatura Corporal**”, que segundo a CIPE se pode definir como “Temperatura: calor interno do corpo, relacionado com o metabolismo corporal” (ICN, 2018, p.130), verificou-se que os participantes dedicaram maior importância àqueles relacionados com a hipotermia. Este facto é compreensível já que vários estudos demonstram que a hipotermia pode afetar cerca de 60 a 90 % das pessoas submetidas a cirurgias com duração superior a 60 min (AESOP, 2017) e que esta pode influenciar negativamente o pós-operatório, podendo acarretar várias complicações. Temperaturas centrais inferiores a 36°C estão associadas ao aumento da incidência de infeção do local cirúrgico; à ocorrência de eventos cardíacos adversos como a hipertensão arterial ou a probabilidade da ocorrência de eventos isquémicos; a alterações da coagulação o que pode levar ao aumento da hemorragia intraoperatória e consequente necessidade transfusional; a disfunção endócrino – metabólica, levando a hipo ou hiperglicemia, por exemplo; a *Shivering* que acarreta um aumento das necessidades metabólicas; a alterações no metabolismo dos fármacos o que pode levar a uma recuperação anestésica prolongada e consequente aumento do tempo de permanência na UCPA bem como ao desconforto e insatisfação do doente (Azenha [et. al.], 2017; Ribeiro [et. al.], 2017). Posto isto, e dada a consciencialização dos enfermeiros com a importância desta temática este foco obteve consenso em quase todos os seus itens. De ressaltar que a maioria das intervenções dependem exclusivamente da atuação do enfermeiro, apesar de todo o trabalho no BO ser feito em equipa.

As “**Úlceras de Pressão**”, definidas como “úlceras: dano, inflamação ou ferida da pele ou estruturas subjacentes como resultado da compressão tecidual e perfusão inadequada” (ICN, 2018, p.134) são uma preocupação de todos os enfermeiros, independentemente do local onde trabalham. No contexto de BO elas também podem estar presentes e inclusivamente desenvolverem-se durante o procedimento. Durante o procedimento o doente é sujeito a uma série de fatores que potenciam a ocorrência de úlceras de pressão (UP) sendo que 25 a 30 % das UP adquiridas a cada ano estão associadas ao BO (Lopes, 2020). Pelo exposto compreende-se o porquê de todos os itens deste foco terem obtido consenso logo na primeira ronda de questionários.

Este estudo permitiu definir um grupo de diagnósticos e intervenções consideradas prioritárias na atuação dos enfermeiros no período perioperatório. O processo de enfermagem é um método de trabalho que permite avaliar e reavaliar continuamente a situação da pessoa. Só através da definição de diagnósticos e intervenções de enfermagem e

seu consequente registo é possível assegurar a continuidade de cuidados. A elaboração do plano de cuidados constitui, por si só, um momento de reflexão e de sistematização dos cuidados a prestar à pessoa e permite ao enfermeiro centrar os seus cuidados na pessoa. O trabalho no BO é exigente e os enfermeiros devem ser capazes de pensar e fazer várias coisas em simultâneo, mas isso não os deve impedir de registar o seu trabalho. Só através dos registos de enfermagem é possível documentar os cuidados prestados e, posteriormente, obter indicadores de qualidade.

Este estudo incidiu sobre uma realidade específica de um contexto particular, que se encontra em processo de implementação de um novo sistema de registos informáticos e procurou sistematizar os diagnósticos e intervenções mais relevantes para a prática e que são passíveis de registo na plataforma eletrónica. É certo que o trabalho do enfermeiro perioperatório não se resume a estes 97 itens que constituem o PDCEP, mas pode ser um ponto de partida para um serviço que está a dar os primeiros passos nos registos de enfermagem e que necessita de motivar uma equipa que não estava habituada a registar os seus cuidados.

Espera-se que com a implementação deste padrão de documentação e a reflexão sobre as práticas se possa evoluir para planos de cuidados cada vez mais pormenorizados e personalizados que abranjam todas as dimensões dos cuidados perioperatórios. Assim, sugere-se a realização de novos estudos que avaliem a recetividade dos enfermeiros a este padrão documental, a sua utilidade na construção de indicadores de qualidade e, eventualmente, a reformulação do mesmo tendo em consideração a opinião da equipa que o vai utilizar. Sugere-se ainda a realização de auditorias para a introdução de melhorias neste âmbito.

CONCLUSÃO

Os cuidados de enfermagem à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos revestem-se de enorme complexidade, exigindo um corpo de conhecimentos e competências altamente diferenciadas por parte dos enfermeiros perioperatórios. A diferenciação da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica emerge como uma necessidade premente para fazer face a estas exigências. A prestação de cuidados de qualidade implica a mobilização de competências comuns a todos os enfermeiros especialistas e específicas da médico-cirúrgica, num ambiente muito particular como é o caso do BO.

A realização deste estágio de natureza profissional permitiu a tomada de consciência da importância dos cuidados especializados. O enfermeiro especialista apresenta um olhar mais crítico, mais reflexivo, não se baseia na tradição nem nos costumes, mas sim na evidência científica. A prática de cuidados especializados em BO é ainda confundida com a prática de cuidados gerais, mas o enfermeiro especialista tem o dever de se assumir como referência, pautando a sua prática pelos melhores padrões de qualidade.

Verificou-se a importância que o enfermeiro especialista assume quer na gestão dos cuidados, quer na gestão dos recursos. Sendo o BO um serviço tão específico e onde são prestados cuidados altamente diferenciados é fundamental que o enfermeiro especialista possa constituir-se como consultor na prestação de cuidados, como gestor na administração dos recursos, quer humanos, quer materiais e que seja capaz de liderar uma equipa que se vê confrontada muitas vezes com situações de emergência, geradoras de *stress* e conflitos interpessoais. Neste âmbito desenvolveram-se atividades que traduziram melhorias para o serviço, nomeadamente a normalização dos carros de anestesia que trouxe maior segurança aos procedimentos anestésicos.

A formação em serviço é uma excelente oportunidade para a discussão e reflexão sobre as práticas e para a apresentação de evidência científica. Ser capaz de motivar uma equipa para a formação em serviço e para a incorporação da evidência nas práticas diárias é uma competência muito importante para o enfermeiro especialista. Para isso, este deve ser capaz de efetuar diagnósticos de formação em serviço, promover as formações que vão de encontro às necessidades da equipa e avaliar o impacto da formação na prática. Com a realização deste estágio foi possível por em prática todas estas competências especializadas.

A prestação de cuidados de saúde de qualidade é cada vez mais uma exigência, quer das

instituições quer dos próprios clientes e a enfermagem não se pode alhear da sua responsabilidade neste campo. Só registos de qualidade podem efetivamente refletir os cuidados prestados, pelo que é fundamental a utilização de uma linguagem classificada na execução destes mesmos registos.

A definição de um padrão documental de cuidados de enfermagem para o perioperatório permitiu, não só, uma reflexão aprofundada acerca dos cuidados de enfermagem neste período, mas também a sistematização e a organização dos registos, prova documental dos cuidados e garante da continuidade dos mesmos. Verificou-se que os cuidados prestados no perioperatório abrangem um grande número de fenómenos de enfermagem, sendo considerados por um grupo de peritos, como fundamentais na documentação destes. Tendo por base o padrão documental proposto, considera-se que seria pertinente, após a sua implementação, definir um conjunto de indicadores de qualidade que pudessem, alimentando-se dos dados produzidos, refletir a qualidade dos cuidados e promover a reflexão acerca das práticas levando à melhoria contínua. Este é um trabalho que poderá ser desenvolvido, no futuro, pelo serviço onde se desenvolveu o estágio tomando como ponto de partida o trabalho de investigação já realizado.

A utilização de técnicas de investigação como a pesquisa bibliográfica, a elaboração e aplicação de questionários, a consulta de peritos e a análise dos dados obtidos deve tornar-se cada vez mais comum no dia-a-dia do enfermeiro especialista, como responsável pela dinamização e promoção da investigação em enfermagem. Só através da investigação, levada a cabo por enfermeiros, a enfermagem se desenvolve quer como disciplina quer como profissão.

Considera-se que com a realização deste estágio foi possível desenvolver as competências de enfermeiro especialista, indo, assim, de encontro aos objetivos estabelecidos no início deste processo. Verificou-se que um estágio de natureza profissional exige uma grande dedicação e entrega, rigor e empenho em todas as atividades propostas. A atualização constante dos conhecimentos, a reflexão sobre as práticas e um olhar crítico são, sem dúvida, atributos que fazem a diferença na atuação de um enfermeiro especialista.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARAL, J. A. B., SPIRI, W. C., BOCCHI, S. C. M. – Indicadores de Qualidade em Enfermagem com Ênfase no Centro Cirúrgico: Revisão Integrativa da Literatura. **Rev. SOBECC**. [em linha]. Vol. 22, n.º 1 (2017). p. 42-51. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201700010008>

ARAÚJO, E. A. G., PAULA, W. K. A., OLIVEIRA, L. A. F., ARRUDA, A. C. V. - Sistematização da Assistência de Enfermagem na Sala de Recuperação Pós-Anestésica. **Rev. SOBECC**. [em linha] Vol. 16, n.º 3 (2011). p. 43-51. [Consultado em 16 de março de 2021]. Disponível em: <https://revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/207>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALAS DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS. - **Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006.

ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Práticas Recomendadas para Bloco Operatório – Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida**. [em linha] Lisboa: AESOP, 2017. Disponível em: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Normalização de um Carro de Anestesia**. [em linha]. Lisboa: AESOP, 2020. [Consultado em 5 de junho de 2021]. Disponível em: https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/01/carro_anestesia_012_High-res.pdf

AZENHA, Marta [et al.] – Proposta de Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. [em linha]. Vol. 26, n.º 1 (2017). p. 26 – 37. Doi: <https://doi.org/10.25751/rspa.10884>.

AZEVEDO, Joana I. A. - **Perioperative Nursing Data Set: Tradução e adequação cultural e relevância clínica para o contexto português**. [em linha] Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2016. Dissertação de mestrado. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/90697>

CABRAL, Dinora M. G. - **Cuidados especializados em enfermagem perioperatória - Contributos para a sua implementação**. [em linha]. Porto: Instituto de Ciências

Biomédicas Abel Salazar, 2004. Tese de Doutoramento. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/64648>

CAMBOTAS, C. M. J. C. - **A Prática Baseada na Evidência em Contexto da Enfermagem Perioperatória.** [em linha] Setúbal: Escola Superior de Saúde, 2014. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/7489>

CAMPOS, M. P. A. et al - Complicações na sala de recuperação pós-anestésica: uma revisão Integrativa. **Rev. SOBECC.** [em linha] Vol. 23, n.º3 (2018). p. 160 - 168. Doi: <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800030008>

CAPELAS, Manuel Luís, [et. al.] - Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal. **Cadernos de Saúde.** [em linha]. Vol. 10, n.º 2 (2018) p. 11-24. Doi: <https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2018.7245>

CASTRO, Ana Cristina C. – **Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório.** [em linha]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2018. Dissertação de Mestrado. [Consultado em 12 de abril de 2021]. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=u251L6SQ>

CHAZAPIS, M. [et. al.] - Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review. **British Journal of Anaesthesia.** [em linha]. Vol. 120, n.º1 (2018). p. 51-66. Doi: [10.1016/j.bja.2017.10.001](https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.10.001)

COLUCI, Marina Z. O., ALEXANDRE, Neusa M. C., MILANI, Daniela - Construção de instrumentos de medida na área da saúde. **Ciência & Saude Coletiva.** [em linha]. Vol. 20, n.º3 (2015). p. 925-936. Doi: [10.1590/1413-81232015203.04332013](https://doi.org/10.1590/1413-81232015203.04332013).

DECRETO-LEI n.º 437/91. **DR 1ª Série A.** 257 (1991/11/08) 5723 – 5741.

DECRETO-LEI n.º 161/96. **DR 1ª Série A.** 205 (1996/09/04) 2959 – 2962.

DECRETO-LEI n.º 71/2019. **DR 1ª Série.** 101 (2019/05/27) 2626 – 2642.

DESPACHO n.º 5613/2015. **DR 2ª Série.** 102 (2015/05/27) 12550 – 13553.

FERREIRA, Andreia C. O. S. - **O Cuidar de Si, como pessoa. Como fazem os Enfermeiros Perioperatórios?** [em linha] Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, 2010. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/26916>

FRAGATA, José I. G. - Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Rev. Portuguesa de Saúde Pública**. [em linha]. Vol. 10 (Nov. 2010). p. 17-26. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/98508>

FREITAS, A. – Certificação de competências profissionais e organizacionais — e agora? **Revista AESOP**. [em linha]. Vol. 21, n.º 45 (jan. 2021). p. 52-54. [Consultado em 15 de abril de 2021]. Disponível em: <https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2021/02/AESOP-n45-jan-2021.pdf>

FREITAS, Carla G. M. – **Gestão em Enfermagem: O Perfil de Competências**. [em linha] Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2018. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/25785>

GEBRIM, C. F. L.[et al.] - Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente. **Rev. Enfermería Global**. [em linha]. n.º44 (out. 2016). p. 276-287. [Consultado em 15 de março de 2021]. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v15n44/pt_administracion2.pdf

GILHOLLY, D., CHAZAPIS, M., MOONESINGHE, S. R. - Prioritisation of quality indicators for elective perioperative care: a Delphi consensus. **Perioperative Medicine**. [em linha]. Vol. 9, n.º 8 (2020). p. 1-6. Doi: <https://doi.org/10.1186/s13741-020-0138-7>

GOMES, Daniela F. C. – **Diagnósticos de Enfermagem mais frequentes no Pós-Operatório imediato**. [em linha]. Lisboa: Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica, 2017. Relatório de Estágio. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/23814>.

GOMES, José. A. P. – **Percursos para a avaliação da qualidade no Bloco Operatório**. [em linha]. Braga: Universidade do Minho, 2010. Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/16672>

GOMES, José Augusto, MARTINS, Maria Manuela, TRONCHIN, Daisy M. R., FERNANDES, Carla Sílvia – Processos de qualidade assistencial no bloco operatório - validação de uma escala. **Journal Health NPEPS**. [em linha]. Vol. 3, n.º 2 (2018). p. 352-367. Doi: <https://doi.org/10.30681/25261010>

GOMES, José Augusto, MARTINS, Maria Manuela, TRONCHIN, Daisy M. R., FERNANDES, Carla Sílvia – Validação de uma Escala Sobre Indicadores de Estrutura no

Bloco Operatório: Contributos para a Enfermagem. **Aquichan, Chia**. [em linha]. Vol 19, n.º 1 (2019). p. 1-13. Doi: <https://doi.org/10.5294/aqui.2019.19.1.7>.

GOMES, José Augusto, MARTINS, Maria Manuela, TRONCHIN, Daisy M. R., FERNANDES, Carla Sílvia – Validation of an Instrument to Measure the Results of Quality Assurance in the Operating Room. **Qual Manag Health Care journal**. [em linha]. Vol 28, n.º 2 (2019). p. 103-107. Doi: [10.1097/QMH.0000000000000205](https://doi.org/10.1097/QMH.0000000000000205)

GONÇALVES, Ana Cristina S. – **Competências do enfermeiro no transporte inter-hospitalar de doentes críticos**. [em linha]. Viana do Castelo: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, 2017. Dissertação de mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1862>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem**. [em linha]. Lisboa: Ordem dos enfermeiros, 2018. [Consultado em 12 de abril de 2021]. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf

KLEINBECK, SUSAN, V. M. – Development of the Perioperative Nursing Data Set. **AORN Journal**. [em linha]. Vol. 70, n.º1 (Julho, 1999).p.15-28. Doi: [10.1016/s0001-2092\(06\)61851-6](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61851-6)

KROMBACH, Jens. W., MARKS, James, D., DUBOWITZ, Gerald, RADKE, Oliver C. - Development and Implementation of Checklists for Routine Anesthesia Care: A Proposal for Improving Patient Safety. **Anesthesia & Analgesia**. [em linha]. Vol. 121, n.º4 (2015). p. 1097 – 1103. Doi: [10.1213/ANE.0000000000000923](https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000923).

LEMOS, C. S., POVEDA, V. B., PENICHE, A. C. G. - Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem de anestesia. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 25, n.º 2952 (2017) p. 1 – 13. Doi: [10.1590/1518-8345.2143.2952](https://doi.org/10.1590/1518-8345.2143.2952)

LOPES, Américo J. M. - **Gestão do Bloco Operatório**. [em linha] Universidade do Minho, Escola de Economia e Gestão, 2012. Dissertação de Mestrado. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1822/19778>

LOPES, Magali A. – **Padrão de Documentação de Cuidados de Enfermagem no Período Intraoperatório**. [em linha]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2020. [Consultado em 12 de abril de 2021]. Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=zXLQUZpY>.

MACHADO, Natália J. B. – **Gestão da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem – Um modelo de melhoria Contínua baseado na reflexão – ação.** [em linha]. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde, 2014. Tese de Doutoramento. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>

MACHADO, Sara C. N. - **Ansiedade do Doente no Pré-Operatório de Cirurgia de Ambulatório: Influência da Consulta de Enfermagem.** [em linha]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2016. Dissertação de Mestrado. (Consultado em 5 de fevereiro de 2021). Disponível em: <http://web.esenfc.pt/?url=Vhg8OmDG>

MARQUES, Joana B. V, FREITAS, Denise - Método DELPHI: caracterização e potencialidades na pesquisa em Educação. **Rev. pro-posições.** [em linha]. Vol 29, n.º2 (2018). p. 389-415. Doi: <https://doi.org/10.1590/1980-6248-2015-0140>.

MARTINS, Luís M. S. - **Formação da Equipa de Enfermagem do Bloco Operatório no reprocessamento de Dispositivos Médicos (DM) Reutilizáveis.** [em linha]. Setúbal: Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde, 2014. Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/7627>

MENDONÇA, Erica T., [et. al.] - Concepções de técnicos de enfermagem acerca da humanização da assistência em centro cirúrgico. **Rev. de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro.** [em linha]. Vol. 6, n.º 3 (2016). p. 2389-2397. Doi <https://doi.org/10.19175/recom.v6i3.1177>

MOKKINK, L. B., [et al.] – Protocol of the COSMIN study: Consensus-based Standards for the selection of health Measurement INstruments. **BMC Medical Research Methodology.** [em linha]. Vol. 6, n.º 2 (jan., 2006). p. 1 – 7. Doi: <https://doi.org/10.1186/1471-2288-6-2>

MORAES, J. T., [et. al.] - Validação de um instrumento para consulta de enfermagem à pessoa com diabetes mellitus e/ou hipertensão arterial. **Rev. de Enfermagem Referência.** [em linha]. Vol. 4, n.º 19 (out, 2018). p. 127-136. Doi: <https://doi.org/10.12707/RIV18041>.

MOTA, Ana Sofia C., CASTILHO, Amélia F. O., MARTINS, Maria Manuela F. P. - Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. **Revista de Enfermagem Referência.** [em linha] Vol. 5, n.º 6 (2021). p. 1-10. Doi: 10.12707/RV20134

NUNES, Lucília; AMARAL, Manuela; GONÇALVES, Rogério - **Código deontológico: dos comentários à análise de casos.** [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2005. [Consultado em 10 de março de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf

NUNES, Lucília – **Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem.** [em linha]. Setúbal: IPS, ESS, Departamento de Enfermagem, 2020. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf

NUNES, Paulo Silas Ribeiro; BRUM, Ana Karine Ramos – Qualidade e Segurança do paciente em Pré-Operatório: Proposta de instrumento de avaliação de risco para clientela pediátrica. **Rev. de Enfermagem UFPE.** [em linha]. Vol.9, n.º 9 (setembro, 2015). p. 9328 – 9331. Doi: 10.5205/reuol.7874-68950-4-SM.0909201523.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem – **Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem: enquadramento conceptual enunciados descritivos.** [em linha]. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2001. [Consultado em 20 de março de 2021]. Disponível em <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Comissão de Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica - **Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante.** [em linha]. Lisboa: 2004. [Consultado em 16 de janeiro de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_7Set2004.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Diretivo – **Investigação em Enfermagem – Tomada de Posição.** [em linha]. Lisboa: Conselho Diretivo, 2006. [Consultado em 2 de fevereiro de 2021] Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_26Abr2006.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Assembleia Geral – **Regulamento de Idoneidade formativa dos contextos de prática clínica.** [em linha]. Lisboa: Assembleia Geral, 2010. [Consultado em 16 de abril de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_IdoneidadeFormativa_AG29Maio2010_VCorrecta_25Jun2010.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho Jurisdicional – **Deontologia Profissional de Enfermagem**. [em linha]. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. [Consultado em 6 de março de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf.

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico – Cirúrgica**. [em linha]. Leiria: Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, 2017. [Consultado em 20 de março de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

ORDEM DOS ENFERMEIROS, Conselho de Enfermagem - **Parecer do Conselho de Enfermagem n.º117/2018: Intervenção do Enfermeiro durante a cirurgia de septoplastia**. [em linha]. Lisboa: Conselho de Enfermagem, 2018. [Consultado em 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10776/_parecer-n%C2%BA-117-ce-31122018interven%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro-durante-a-cirurgia-de-septoplastia.pdf

PARDO, M., MILLER, R. D. – **Basics of Anesthesia**, 7th Ed. Philadelphia: Elsevier, 2018.

PORTUGAL, Administração Central do Sistema de Saúde – **RT n.º 05/2011: Recomendações Técnicas para Bloco Operatório**. [em linha]. Lisboa: ACSS, 2011. [Consultado em 3 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/09/RecomendacoesTecnicasBlocoOperatorio052011.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde - **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives)**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2010. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2013^a. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i019152.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 024/2013: Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2013^b. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde - **Programa Nacional de Acreditação em Saúde**. [em linha] Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde, 2014. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/455073561/programa-nacional-de-acreditacao-em-saude>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 014/2015: Medicamentos de Alerta Máximo**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^a. [Consultado em 3 de março de 2021]. Disponível em https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/noc_meds-alerta-maximopdf-pdf.aspx

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 019/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Urinária Associada a Cateter Vesical**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^b. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2017/10/i023711.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 020/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção de Local Cirúrgico**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^c. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/04/i022014.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 021/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Pneumonia Associada à Intubação**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^d. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/09/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-pneumonia-associada-a-intubacao.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n. 022/2015: “Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infecção Relacionada com Cateter Venoso Central**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^e. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infecao-relaciona-da-com-cateter-venoso-central.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde - **Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020**. [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^f. [Consultado em 10 de fevereiro de 2021]. Disponível em: <http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude-Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 020/2014, Atualização de 14/12/2015: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2015^g. [Consultado em 3 de março de 2021]. Disponível em: https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

PORTUGAL, Direção Geral da Saúde – **Norma n.º 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.** [em linha]. Lisboa: DGS, 2017. [Consultado em 20 de janeiro de 2021]. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

PORTUGAL. Ministério da Saúde – **Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios: relatório final.** [em linha]. Lisboa: Ministério da Saúde, 2015^h. [Consultado em 10 de fevereiro de 2021] Disponível em: https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

POSSARI, João Francisco, [et. al.] - Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem.** [em linha]. Vol. 23, n.º 5 (2015) p. 781-788. Doi: 10.1590/0104-1169.0419.2615

POTRA, Teresa M. F. S. – **Gestão dos cuidados de Enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade dos cuidados de Enfermagem.** [em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2015. Tese de Doutoramento. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/20608>

PRECKEL, Benedikt, [et. al.] - Ten years of the Helsinki Declaration on patient safety in anaesthesiology. **Eur J Anaesthesiol.** [em linha]. Vol. 37, n.º 7 (2020) p. 521–610. Doi: 10.1097/EJA.0000000000001244.

REBELO, Sónia S. - **Segurança do Doente no Perioperatório.** [em linha]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2013. Dissertação de Mestrado. [Consultado em 3 de maio de 2021]. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=M6S3lzQX>

RELVAS, Rosa – **Implementação e Organização da Formação em Serviço na USF SALUS.** [em linha]. Portalegre: Instituto Politécnico de Portalegre, 2018. Relatório de Estágio. Disponível em: https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/23528/1/ESSTFC_620.pdf

REGULAMENTO n.º 558/2017. **DR II Série**. 200 (2017/10/17) 23640 - 23642.

REGULAMENTO n.º 429/2018. **DR II Série**. 135 (2018/07/16) 19359 – 19370.

REGULAMENTO n.º 743/2019. **DR II Série**. 184 (2019/09/25) 128 - 155.

REGULAMENTO n.º 140/2019. **DR II Série**. 126 (2019/02/06) 4744 – 4750.

RIBEIRO, A. F., [et al] – Manutenção da normotermia perioperatória em Portugal – Resultados de um inquérito de avaliação. **Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia**. [em linha] Vol. 26, n.º 1 (2017). p. 10 - 17 Disponível em: <https://doi.org/10.25751/rspa.10127>

RIBEIRO, Olga., MARTINS, Maria Manuela, TRONCHIN, Daisy M., FORTE, Elaine C. - O olhar dos enfermeiros portuguesas sobre os conceitos metaparadigmáticos de enfermagem. **Texto Contexto Enfermagem**. [em linha] Vol. 27, n.º 2. (2018). p. 1-9. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003970016>

ROCHA, N. F., MOURA, Y. M. S., SANDES, S. M. S. – Indicadores de Qualidade em Centro Cirúrgico. **Journal of Health Connections**. [em linha]. Vol. 2, n.º 1. (2018). p. 80-94. [Consultado em 10 de maio de 2021]. Disponível em: <http://revistaadmmade.estacio.br/index.php/journalhc/article/viewFile/4404/2155>

ROTHROCK, J. C., SMITH, D. A. - Selecting the Perioperative Patient Focused Model. **AORN Journal**. [em linha] Vol. 71, n.º5. (2000). p. 1030 - 1037. Doi: [10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

SAXENA, Sarah, KROMBACH, Jens W., NAHRWOLD, Daniel A., PIRRACCHIO, Romain - Anaesthesia-specific checklists: A systematic review of impact. **Anaesth Crit Care Pain Med**. [em linha]. Vol. 39, n.º 1 (2020). p. 65–73. Doi: [10.1016/j.accpm.2019.07.011](https://doi.org/10.1016/j.accpm.2019.07.011)

SCARPARO, Ariane. F. [et. al.] - Reflexões Sobre o uso da técnica de Delphi em pesquisas na Enfermagem. **Rev. Rene** [em linha]. Vol 13, n.º 1 (Jan. 2012). p. 242-251. [Consultado em 12 de abril de 2021]. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-683607>

SILVEIRA, Thaizy V. L., PRADO, Pedro P., SIMAN, Andreia G., AMARO, Marilane O.F. - Opinião dos enfermeiros sobre a utilização dos indicadores de qualidade na assistência de enfermagem. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. [em linha]. Vol. 36, n.º 2 (2015). p. 82 – 88. Doi: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.02.47702>

SHULTZ, Jonas, [et. al.] - Standardizing anesthesia medication drawers using human factors and quality assurance methods. **Can J Anesth.** [em linha]. Vol. 57, n.º 5 (2010). p. 490–499. Doi: [10.1007/s12630-010-9274-8](https://doi.org/10.1007/s12630-010-9274-8).

TEIXEIRA, Marina A. - **Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação.** [em linha]. Lisboa: Universidade de Lisboa - Instituto de Educação, 2018. Trabalho de Projeto. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/35202>

TERRAS, Hugo Miguel B. – **Gestão de Bloco Operatório.** [em linha]. Covilhã: Universidade da Beira Interior, 2017. Dissertação de Mestrado. Disponível em: https://ubibliorum.ubi.pt/bitstream/10400.6/9569/1/5951_11892.pdf.

TSIAMI, V, KOLOVOS, P. – Registered nurse perceptions towards the implementation of nursing diagnoses in perioperative care: A qualitative study. **Perioperative Care and Operating Room Management.** [em linha]. Vol. 24 (2021). p. 1-7. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2021.100181>

TOJAL, Ana Margarida A. F. – **Perceção dos Enfermeiros sobre a Formação em Serviço.** [em linha]. Coimbra: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, 2014. Dissertação de Mestrado. [Consultado em 12 de março de 2021]. Disponível em: <http://repositorio.esenfc.pt/?url=b6eIM16b>

VAN DER STEEN J. T., [et. al.] - White paper defining optimal palliative care in older people with dementia: A Delphi study and recommendations from the European Association for Palliative Care. **Paliative Medicine.** [em linha]. Vol. 28, n.º 3 (2014). p. 197-209. Doi: 10.1177/0269216313493685.

WU, Q. [et. al.] - Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China. **Australian Critical Care.** [em linha] Vol.30, n.º 1 (2017). p. 44 – 52. Doi: [10.1016/j.aucc.2016.04.003](https://doi.org/10.1016/j.aucc.2016.04.003)

ANEXOS

**ANEXO I – FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DA SESSÃO DE
FORMAÇÃO EM SERVIÇO**

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO - FORMADORES

A sua opinião sobre a ação de formação que acabou de frequentar reveste-se da maior importância para melhorar a eficácia de futuras ações. Agradecemos o seu contributo respondendo a este questionário.

TEMA:

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Data: 07-05.2021

Local: SEFI- Plataforma cisco WEBEX; Sala de reuniões BOC.

Formadores: Marisa Carneiro,

FORMAÇÃO 2021



BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

..... AVALIAÇÃO DA AÇÃO

1. COMPETÊNCIAS PEDAGÓGICAS

1.1 - Comunicou bem, apresentando os temas com sistematização, clareza e sequência lógica?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

1.2 - Despertou o interesse dos formandos, motivando a participação?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

1.3 - Demonstrou disponibilidade?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

1.4 - Criou oportunidades para colocar questões?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

1.5 - Estabeleceu uma relação dinâmica e interativa com o grupo?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

2 . CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

2.1 - Tratado com a profundidade adequada?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

2.2 - De utilidade e interesse para o seu desempenho profissional?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

2.3 - Na sua opinião o curso foi dado de uma forma predominantemente:

Selecione a opção

A - TEÓRICA	<input type="radio"/>
B - PRÁTICA	<input type="radio"/>
C - TEÓRICO-PRÁTICA	<input type="radio"/>

3 . DOCUMENTAÇÃO DISTRIBUÍDA

3.1 - Permite aprofundar os conhecimentos adquiridos?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

3.2 - Complementa a exposição do formador?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

3.3 - Foi distribuída no momento oportuno?

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

4 . COMO CONSIDERA ESTE MÓDULO RELATIVAMENTE A:

4.1 - Duração

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

4.2 - Ritmo

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

4.3 - Pontualidade

	1	2	3	4	5	
-	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	+

5 . COMENTÁRIOS E /OU SUGESTÕES:

.....

ANEXO II – PARECER COMISSÃO DE ÉTICA

Exmo. (a) Senhor(a)

Enf. Marisa Elisabete Cardoso Carneiro

cc.marisacarneiro@gmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA	DATA
	14/07/2021	PROC. Nº: 45/2021	03/08/2021

ASSUNTO: "Padrão Documental de Cuidados"

Exma. Senhora Enf. Marisa Elisabete Carneiro,

Acusamos a receção do seu pedido para realização da investigação **"Padrão Documental de Cuidados."**

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objeção ética à realização do estudo no CHTS, nas condições referidas no mesmo.

Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 28/07/2021 foi autorizada a realização do estudo, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estaremos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,



(Eliana Pereira, Dra)

APÊNDICES

**APÊNDICE I – PROPOSTA DE NORMA PARA A ELABORAÇÃO DOS
CARROS DE ANESTESIA**

BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Penafiel, agosto 2021

Sumário:

1. Definição	pg. 3
2. Objetivos	pg. 3
3. Fundamentação teórica	pg. 3
4. Constituição dos Carros de Anestesia	pg. 6
5. Referências Bibliográficas	pg. 9
6. Anexo 1 – Checklist dos carros de Anestesia	pg. 10

Definição

O carro de anestesia constitui um instrumento de trabalho que auxilia o enfermeiro de anestesia disponibilizando todo o material necessário às diferentes técnicas anestésicas.

1. Objetivos

- a. Padronizar os carros de anestesia, uniformizando procedimentos leva à diminuição do erro e da ocorrência de eventos – adversos.
- b. Aumentar a segurança na preparação e administração de fármacos no período intra-operatório;
- c. Garantir a segurança na abordagem da via aérea, através da disponibilização atempada de todo o material necessário;

- d. Promover a rentabilização de recursos e o desperdício de material. (AESOP, 2020)

2. Fundamentação teórica

A segurança do doente submetido a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos é uma grande preocupação para os profissionais e organizações. Esta preocupação levou a Organização Mundial da Saúde (OMS) a criar o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” com o objetivo de diminuir os erros que conduzem ao aumento da morbilidade e mortalidade no período perioperatório (WHO, 2009).

Este programa contempla uma parte dedicada à anestesia, onde devem ser verificados alguns itens mais críticos antes da indução anestésica, nomeadamente os equipamentos de anestesia, a disponibilidade de material, verificação de exames complementares de diagnóstico, avaliação do risco de Via Aérea Difícil e de Perda Sanguínea. Esta “*Checklist*” mostrou-se eficaz na redução dos riscos associados aos procedimentos anestésicos e tem vindo a ser reconhecida pelos profissionais como uma mais-valia no aumento da segurança do doente, pela maior adesão aos protocolos de segurança, com redução da morbilidade e mortalidade, melhoria do trabalho em equipa e mesmo benefícios económicos. (Lemos, 2017; Tscholl, 2015).

No entanto, esta *checklist* preconizada pela OMS é um pouco redutora, tendo em conta a complexidade dos procedimentos anestésicos realizados num Bloco Operatório (BO). Os procedimentos de rotina requerem uma série de tarefas e verificações que, se não forem executadas podem acarretar sérios riscos quer para o doente, quer para a equipa (Krombach, 2015). Assim, o desenvolvimento de *checklist* detalhadas e direcionadas para a anestesia trazem inúmeros benefícios, quer se tratem de situações de rotina ou de situações de emergência. Estas “ajudas cognitivas” são particularmente importantes nas situações de emergência, pois orientam o pensamento e evitam a dispersão da equipa. (Saxena, 2020)

Os carros anestesia consistem num instrumento de trabalho onde são armazenados os equipamentos, dispositivos e medicamentos necessários às diferentes técnicas anestésicas. Tal como referido anteriormente, as ajudas cognitivas são fundamentais para evitar o erro, assim, é muito mais fácil para a equipa de enfermagem trabalhar com carros padronizados, em que cada dispositivo ocupa o mesmo lugar em todas as salas operatórias (Shultz, 2010). Desta feita a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

(AESOP), em parceria com a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (SPA) elaboraram uma norma que visa a normalização dos Carros de Anestesia (AESOP, 2020).

Carros de anestesia não padronizados podem contribuir para o aumento dos erros de medicação, armazenamento incorreto dos dispositivos e desperdício de material e de tempo (Shultz, 2010).

Segundo a norma da AESOP os carros de anestesia devem estar divididos por gavetas onde o material deve ser organizado por categorias. Alguns requisitos são obrigatórios enquanto que outros podem ser adaptados à realidade de cada serviço.

Assim, os carros devem ser construídos num material resistente, fácil de higienizar, e devem possuir rodízios que permitam a mobilização do carro sempre que necessário. Deve ser composto por, no mínimo 3 gavetas e estruturas de suporte para a triagem de resíduos hospitalares, solução antisséptica e outros que se considere necessários.

A norma faz referência aos elementos constitutivos do carro, sua organização e regras de segurança. Os materiais, bem como as quantidades que devem compor o carro ficam à consideração do serviço e devem estar adaptados ao local e doentes que serve (AESOP, 2020).

A AESOP define 3 gavetas obrigatórias para os carros de anestesia, são elas: uma gaveta para fármacos, uma gaveta para material de via aérea e outra para SOS.

A organização da gaveta de fármacos deve respeitar uma série de normas que promovam a segurança e minimizem o erro. O BO é um local onde se movem vários profissionais em simultâneo com um elevado fluxo de trabalho. Este ambiente é propício à ocorrência de erros e eventos adversos, sendo aqueles relacionados com a preparação e administração de medicamentos particularmente problemáticos. Desta forma é fundamental o desenvolvimento de estratégias que minimizem a possibilidade de erro, seja por má identificação, por erros de comunicação ou troca de ampolas (WANG, *et. al.*, 2017). Este facto é ainda potenciado pela utilização de fármacos de alto risco e de nome e aparência semelhantes.

Os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são aqueles que “possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.” (DGS, 2015, p.4). Os erros com estes medicamentos podem causar lesões permanentes ou mesmo a morte, devido a margem terapêutica estreita, gravidade de potenciais efeitos adversos, entre outros. Neste grupo de medicamentos incluem-se alguns de uso frequente no BO, como agonistas adrenérgicos intravenosos (adrenalina,

noradrenalina); anestésicos gerais administrados por via inalatória e intravenosos (propofol, cetamina, etomidato); Antiarrítmicos intravenosos (atropina, amiodarona); Sedativos intravenosos de ação moderada (midazolam, dexmedetomidina) entre outros. (DGS, 2015) Assim, na organização de um carro de anestesia, deve ter-se em conta que estes medicamentos devem estar separados e bem identificados, de forma a minimizar o erro.

Por outro lado, no BO, são utilizados muitos medicamentos com nome semelhante e aparência semelhante o que constitui mais um fator de risco à ocorrência de erros e eventos adversos. Estes fármacos, denominados LASA (*Look Alike – Sound Alike*), são “medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante que podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos.” (DGS, 2015, p. 3). Sabe-se que um em cada quatro incidentes de segurança do doente, relacionados com a medicação, estão associados a medicamentos LASA. Assim é fundamental a adoção de práticas seguras que contribuam para a minimização destas ocorrências (DGS, 2015).

A adoção de técnicas de rotulagem de medicamentos padronizadas tais como a Tall Man Lettering e a utilização de cores definidoras de grupos de fármacos, como é preconizado pela norma ISO 26825:2008, constituem ferramentas efetivas na minimização do erro e devem ser adotadas na elaboração das gavetas de medicação. (DGS, 2015)

3. Constituição dos Carros de Anestesia

Os carros do Bloco Operatório Central (BOC) do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa (CHTS) são compostos por 5 gavetas horizontais, para armazenamento de material consumível e equipamentos que se encontram na parte inferior; 10 gavetas mais pequenas, transparentes que se encontram num expositor na parte superior do carro e ainda duas gavetas laterais. O tampo é em inox, tal como preconizado pela norma, de forma a facilitar a higienização entre doentes, e possui dois suportes para separação dos lixos do grupo II/III e IV. (Fig. 1)



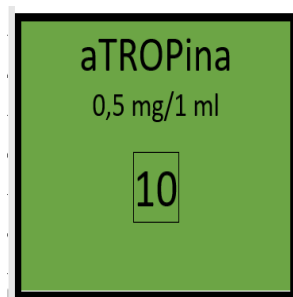
A composição das gavetas é definida de acordo com as normas da AESOP e adequa-se às particularidades do serviço e dos doentes aqui assistidos.

Assim, definiu-se que nas gavetas superiores ficaram acondicionadas seringas de vários tamanhos, agulhas de diversos calibres bem como compressas esterilizadas sem contraste para anestesia. Sobre o tampo em inox apenas devem estar os identificadores normalizados de fármacos (ISO 26825:2008), deixando o máximo de espaço livre para área de trabalho. Nas gavetas laterais devem armazenar-se os solutos e frascos de tamanho grande na gaveta inferior e protocolos e ckecklist na gaveta superior, do lado oposto encontram-se o suporte para o contentor de resíduos do grupo IV bem como o contentor de resíduos do grupo II/III.

As gavetas inferiores encontram-se organizadas da seguinte forma:

- 1ª Gaveta – Fármacos: Esta gaveta tem uma cor diferente das outras de forma a evidenciar a sua relevância. Os fármacos devem ser agrupados por categoria e por sequência de utilização, da esquerda para a direita. Cada divisória apresenta uma etiqueta com o nome do medicamento, escrito com recurso ao método *Tall Man lettering*, da cor do grupo a que pertence, de acordo com a norma ISO 26825/2008. A etiqueta apresenta também o número máximo de ampolas que deve conter cada compartimento (o estimado para um turno de trabalho) (Fig. 2).

- Os medicamentos LASA e de alerta máximo encontram-se separados ou em compartimentos fechados (Fig. 3). Os fármacos para administração exclusiva no



neuroeixo encontram-se acondicionados num armário separado no exterior da sala de operações. Os fármacos, bem como as quantidades, foram definidos a partir do parecer de anestesistas, enfermeiros e direção do BO.

- 2ª Gaveta – Acesso Vascular: De acordo com a norma da AESOP a segunda gaveta deveria ser dedicada à Via Aérea, no entanto devido à configuração do carro e ao tamanho das gavetas, optou-se por colocar o material de Via aérea na 4ª gaveta que apresenta dimensões maiores. Assim, esta gaveta contém todo o material necessário à administração de fármacos e fluidos por via endovenosa, bem como o material necessário para a obtenção de um acesso vascular periférico.
- 3ª Gaveta – Diversos: Esta gaveta, que na versão original proposta pela AESOP pode conter o material para o acesso vascular é opcional. Uma vez que o material de Via Aérea se encontra na 4ª Gaveta, esta seria onde poderia ser acondicionado o material para anestesia regional. No entanto, por decisão da equipa multidisciplinar, optou-se por eliminar essa gaveta uma vez que, existe, em cada sala de indução, um armário reservado a este material. Evita-se assim a ocorrência de erros na via de administração de medicamentos e rentabiliza-se o espaço para acomodar alguns itens que podem ser úteis às técnicas anestésicas, como por exemplo, pinças, adesivos, tesoura, pensos, entre outros.
- 4ª Gaveta – Via Aérea: Tal como referido anteriormente optou-se por colocar nesta gaveta todo o material necessário à abordagem da Via aérea, pois trata-se de uma gaveta de maiores dimensões, facilitando assim a organização de todo o material. Nesta gaveta podem-se encontrar todos os dispositivos de abordagem da via aérea normal, tais como laringoscópio e lâminas de Macintosh, tubos endotraqueais normais e aramados, tubos de guedell, entre

outros. Uma vez que o serviço dispõe de um carro específico para abordagem da Via Aérea Difícil, optou-se por não acomodar qualquer material para esse fim nesta gaveta.

- 5ª Gaveta – SOS: Nesta gaveta foi acomodado material de emergência, como insuflador manual, reservatório concentrador de oxigénio, extensão de linha de oxigénio, entre outro material que poderá ser útil à técnica anestésica.

De salientar que algum material será acondicionado junto do ventilador, quer por conveniência de organização, quer por já se encontrar aí anteriormente e não ser objetivo desta norma constituir uma rutura total com o que já é feito no serviço, por poder condicionar resistência à mudança por parte dos profissionais. Como por exemplo os filtros antibacterianos, as máscaras faciais, acessórios para o ventilador, *Bougies* e sondas de aspiração.

É parte integrante desta norma uma *checklist* (Anexo I) que contempla todos os materiais constantes do carro de anestesia com as respetivas quantidades e que deverá ser verificada no início e no final de cada turno pelo enfermeiro de anestesia, de forma a garantir quer a disponibilidade de material para o início do trabalho quer a reposição para o turno seguinte.

4. Referências Bibliográficas

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Normalização de um Carro de Anestesia**. AESOP, 2020.

DIREÇÃO GERAL DA SAUDE – **Medicamentos de Alerta Máximo**. Norma n.º 014/2015, 2015.

DIREÇÃO GERAL DA SAUDE - **Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes**. Norma n.º 020/2014 atualizada a 14/12/2015, 2015.

LEMOS, C. S., POVEDA, V. B., PENICHE, A. C. G. - **Construção e validação de um protocolo assistencial de enfermagem em anestesia**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. Vol. 25, n.º 2952 (2017). p. 1-13.

KROMBACH, J. W., et al - **Development and Implementation of Checklists for Routine Anesthesia Care: A Proposal for Improving Patient Safety**. Anesthesia & Analgesia. Vol. 121, n.º4 (2015). p. 1097 – 1103.

SAXENA, S., et. al. - **Anaesthesia-specific checklists: A systematic review of impact**. Anaesth Crit Care Pain Med, Vol. 39 (2020). p. 65–73.

SHULTZ, J., et. al. - **Standardizing anesthesia medication drawers using human factors and quality assurance methods**. Can J Anesth, Vol. 57 (2010). p. 490–499.

TSCHOLL, D. W., et. al. - **An Anesthesia Preinduction Checklist to Improve Information Exchange, Knowledge of Critical Information, Perception of Safety, and Possibly Perception of Teamwork in Anesthesia Teams**. Anesthesia & Analgesia. Vol. 121, n.º4 (2015). p. 948 – 956.

WANG, Y., et. al. - **Automated anesthesia carts reduce drug recording errors in medication administrations — A single center study in the largest tertiary referral hospital in China**. Journal of Clinical Anesthesia, Vol. 40 (2017). p. 11–15.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009**. Direção Geral da Saúde, 2010. ISBN 978 924 1598552.

ANEXO1

Checklist de Verificação dos Carros de Anestesia

<i>Checklist de Verificação do Carro de Anestesia</i>

Data: _____

Sala: _____

Enf. M _____ T _____

			Quantidade
Gavetas Superiores	1ª Gaveta	Agulhas 18G	30
	2ª Gaveta	Agulhas 21G / 22G	6
	3ª Gaveta	Agulhas 23G / 27G	6
	4ª Gaveta	Compressas 5cm/5cm	6
	5ª Gaveta	Compressas 10cm / 10 cm	6
	6ª Gaveta	Seringas 1 ml (insulina)	6
	7ª Gaveta	Seringas 2ml	10
	8ª Gaveta	Seringas 5ml	10
	9ª Gaveta	Seringas 10 ml	10
	10ª Gaveta	Seringas 20 ml	10
Tampo do carro	Soluções	Álcool Etfílico	1
		Betadine	1
		Solução c/ Clorohexidina spray (100ml)	3
		Solução c/ Clorohexidina (10 ml)	1
		Tantum Verde	1
		Cuvete	2
		Etiquetas de fármacos	1
		Tabuleiro	1
Gavetas Laterais	1ª Gaveta	Bloco de Notas	1
		Check list de verificação	1
		Livro de registos de estupefacientes	1
		Protocolos	Vários
	2ª Gaveta	Sonda Nasogástrica 14G/16G/18G/20G	2
	Saco de Drenagem	2	
	Seringa 100ml	2	
Lateral direita		Contentor para Cortoperfurantes	1
		Contentor para lixo grupo I	1

Gavetas Inferiores	1ª Gaveta - Fármaco	Adrenalina 1mg/ml	3
		Água Destilada 10ml	10
		Atropina 0,5 mg/ml	10
		Cefazolina 1g	6
		Cefoxitina 1g	4
		Cetorolac 30mg / ml	10
		Droperidol 2,5 mg/ml	4
		Efedrina 30 mg/ml	6
		Fenilefrina 50µg/ml	3
		Furosemida 10mg/ml	6
		Hidrocortisona 100mg	4
		Metoclopramida 10mg/ml	10
		Midazolam 15 mg/3 ml	2
		NaCl 0,9 % 10ml	10
		NaCl 0,9% 100 ml	4
		Ondansetron 4mg/2ml	6
		Paracetamol 1g / 100 ml	4
		Propofol 5 mg/ml	3
		Propofol 10mg / ml	6
		Propofol 20 mg/ml	1
	Soro Glicosado 5% 100 ml	2	
	Sugamadex 200 mg	4	
	Sugamadex 500 mg	2	
	Tramadol 100mg/2ml	10	
	2ª Gaveta – Acesso Vascular	Bioneter	4
		CVP 14G	4
		CVP 16G	4
		CVP 18G	6
CVP 20G		4	
CVP 22G		2	
CVP 24G		2	
Garrotes		6	
MiniSpike		2	
Prolongador Seringa Perfusora		4	
Prolongador Soro		4	
Seringa 50ml		3	
Sistema de Sangue		2	
Sistema de Soro		4	
Tampas		10	
Torneira de 3 vias		6	
Torneira de 3 vias c/ prolongador		4	

3ª Gaveta - Diversos	Adesivo Castanho	2
	Adesivo Hipoalérgico	1
	Adesivo Transparente (Epidurais)	1
	Caneta	1
	Eléctrodos	20
	Fita de Nastro	1
	Kit de Gasimetria	6
	Lancetas	10
	Lidocaína Gel	1
	Lubrificante Ocular	1
	Máquina de pesquisa Glicemia	1
	Marcador	1
	Mefix 5cm	1
	Penso p/ Catéter	6
	Penso 6,5 / 5 cm	6
	Penso Transparente (Tegaderm)	6
	Pinças	2
	Tesoura	1
	Tiras de Glicemia	10
	3ª Gaveta – Via Aérea	Cabo de laringoscópio
Ligadura Elástica 5cm		2
Lâmina de Laringoscópio Mac 3/4/5		1
Mandril para TET adulto		6
Pinça de Maguil		1
TET aramado 6,5/7/7,5/8		2
TET 6,5		2
TET 7 / 7,5		4
TET 8		2
Tubo de Guedell 2/3/4		2
4ª Gaveta - SOS	Cânula Nasal	4
	Insuflador Manual	1
	Máscara de Venturi	3
	Máscara Laríngea descartável 3/4/5	1

**APÊNDICE II – QUESTIONÁRIO DE DIAGNÓSTICO DE
NECESSIDADES DE FORMAÇÃO**

QUESTIONÁRIO

Caro Enfermeiro(a):

A formação contínua dos Enfermeiros é essencial para a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade e para o desenvolvimento pessoal e profissional.

Assim, no âmbito da realização do Estágio de Natureza Profissional do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, com o objetivo de dar contributos para a concretização do Plano Anual de Formação em Serviço (Bloco Operatório) e para o desenvolvimento do processo de acreditação da idoneidade formativa do Contexto da Prática Clínica, através do presente questionário, pretendemos conhecer a opinião dos enfermeiros acerca dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (PQCE) e dos indicadores de qualidade, bem como identificar as necessidades de formação nesta área.

A sua colaboração no preenchimento deste questionário é fundamental para o desenvolvimento dos processos formativos. O questionário é anónimo e confidencial. Ao responder ao mesmo está a autorizar a análise das respostas, cuja única finalidade é a elaboração do diagnóstico de situação neste âmbito.

Grata pela disponibilidade,

Marisa Carneiro

Parte I: Caracterização sociodemográfica

1. Idade _____ anos
2. Sexo:
 - a. Feminino;
 - b. Masculino.
3. Categoria Profissional:
 - a. Enfermeiro;
 - b. Enfermeiro Especialista.
4. Formação académica:
 - a. Bacharelato em Enfermagem;
 - b. Complemento de Formação em Enfermagem;
 - c. Licenciatura em Enfermagem;
 - d. Pós-graduação, Qual _____
 - e. Especialidade, Qual _____
 - f. Mestrado, Qual _____
 - g. Doutoramento, Qual _____
 - h. Outro _____
5. Experiência profissional _____ anos;
6. Experiência profissional em Bloco Operatório _____ anos.

Parte II: Qualidade em Enfermagem

7. Está familiarizado com os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem definidos pela Ordem dos Enfermeiros?
- a. Sim; c. Não Sei.
b. Não;
8. Considera que os PQCE são importantes para a definição de uma prática de cuidados de qualidade?
- a. Sim; c. Não Sei.
b. Não;
9. Considera que detém conhecimentos adequados acerca dos PQCE?
- a. Sim; c. Não Sei.
b. Não;
10. A qualidade em saúde deve ser medida?
- a. Sim; c. Não Sei.
b. Não;
11. Se respondeu “sim” à pergunta anterior diga de que forma:
- _____
- _____
12. Tem conhecimento sobre a existência de indicadores de qualidade no Bloco Operatório?
- a. Sim; c. Não Sei.
b. Não;
13. Na sua opinião, qual a utilidade dos indicadores de qualidade (pode seleccionar mais do que uma opção):
- a. Mensurar o trabalho e definição de rácios;
b. Avaliar as práticas;
c. Avaliar o desempenho dos enfermeiros;
d. Medir as mudanças e apreciar os progressos;
e. Auxiliar na gestão de recursos;

- f. Dar visibilidade aos cuidados de enfermagem;
- g. Implementar melhorias com base na reflexão das práticas;
- h. Não servem para nada;
- i. Não Sei.

14. Na sua opinião, seria importante a implementação de um sistema de avaliação e monitorização de indicadores no serviço?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não Sei.

15. Considera que seria importante a realização de ações de formação acerca dos PQCE e Indicadores de Qualidade?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não Sei.

16. Tem conhecimento sobre algum projeto de melhoria contínua em desenvolvimento no serviço?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não Sei.

17. Se respondeu sim à pergunta anterior diga quais:

18. Considera que existem outras áreas de intervenção mais urgentes no serviço?

- a. Sim;
- b. Não;
- c. Não Sei.

Quais? _____

**APÊNDICE III – PLANIFICAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM
SERVIÇO**

TEMA DA SESSÃO: _Padrões e Indicadores de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem



CURSO/ACÇÃO: 1º		MÓDULO: 1		SERVIÇO: Bloco Operatório	
N.º: 1	Carga horária: 2h	N.º:	Carga horária:	N.º:	Carga horária:
OBJECTIVO GERAL: Esclarecer a equipa acerca dos padrões e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem					ÁREA DE FORMAÇÃO: Enfermagem
DESTINATÁRIOS: Enfermeiros		N.º 50	PERFIL: Enfermeiros de cuidados gerais e especialistas		
INSTITUIÇÃO: Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, EPE			PRÉ-REQUISITOS: nenhum		
LOCAL: Bloco Operatório		ESPAÇO: Sala de Reuniões		DATA: 5 de maio de 2021	HORA: 9h
MONITOR/FORMADOR: Marisa Carneiro		T:	E:	CAP:	
Presencial <input checked="" type="checkbox"/> On Line <input checked="" type="checkbox"/>					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AVALIAÇÃO
Introdução	<ul style="list-style-type: none"> Apresentação do sumário da sessão; Contextualização da sessão no âmbito da acreditação do Contexto da Prática Clínica à idoneidade formativa. 		<ul style="list-style-type: none"> Apresentação Oral e Discussão com a equipa do processo de idoneidade formativa. 	30 min	Apresentação Oral; Apresentação com recurso a Power Point e Data Show.		Questionário de Avaliação
Desenvolvimento	<ul style="list-style-type: none"> Conceito de Qualidade em Saúde; Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem gerais e especializados: <ul style="list-style-type: none"> Enquadramento conceptual; Enunciados Descritivos; Conceito de melhoria contínua da qualidade; Indicadores de Qualidade – conceitos; Importância dos Indicadores de Qualidade; 		<ul style="list-style-type: none"> Apresentação através o recurso ao aplicativo Power Point; Apresentação oral e discussão com a equipa. 	60 min	Apresentação Oral; Apresentação com recurso a Power Point e Data Show.	Computador; Data Show; Material de Videoconferência.	Questionário de Avaliação.
Conclusão	<ul style="list-style-type: none"> Programa de melhoria contínua da qualidade do serviço; Discussão. 		<ul style="list-style-type: none"> Apresentação oral dos projetos de melhoria contínua do serviço; Discussão e debate de ideias. 	30 min			

**APÊNDICE IV – APRESENTAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM
SERVIÇO**

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

CHTS – maio 2021



Objetivos

- Dar cumprimento aos objetivos do Referencial de Avaliação da Idoneidade Formativa (RAIF);
- Esclarecer os enfermeiros sobre os conceitos de qualidade em saúde, padrões de qualidade e indicadores de qualidade.
- Dar a conhecer a evolução do projeto de melhoria contínua.
- Envolver a equipa no projeto de melhoria contínua.

Sumário

- Qualidade em Saúde;
- Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem;
- Indicadores de Qualidade – Conceito;
- Importância dos Indicadores de Qualidade;
- Programa de Melhoria Contínua da Qualidade:
 - Manual de Normas e Procedimentos;
 - Manual de Integração de Novos Elementos no Serviço;
 - Motivação e Espírito de Equipa.
- Referencial de avaliação da Idoneidade Formativa;
- Referências Bibliográficas

QUALIDADE EM SAÚDE

Conceitos

Qualidade em Saúde

“Pode ser definida como a prestação de cuidados de saúde acessíveis e equitativos, com um nível profissional ótimo, que tenha em conta os recursos disponíveis e consiga a adesão e satisfação do cidadão.”

PNS – Extensão 2020



Definição



Organização Mundial Saúde

Qualidade Dos Cuidados de Enfermagem

O enfermeiro procura, em todo o ato profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de: (...) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;”

Deontologia Profissional de Enfermagem – Artigo 88º



PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Conceitos

PQCE

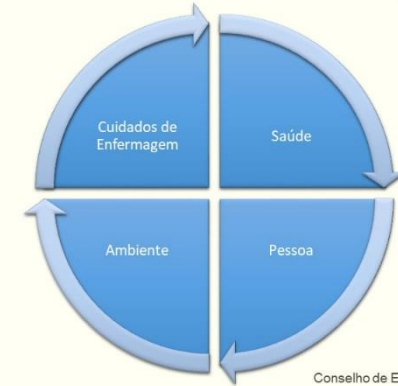


- Definir objetivos do serviço a prestar [e] delinear estratégias para os atingir;
- Constituir um instrumento útil para os enfermeiros e instituições de saúde no sentido de prosseguirem na busca da excelência do exercício;
- Orientar a tomada de decisão em enfermagem;
- Dar visibilidade à dimensão autónoma dos cuidados de enfermagem;
- Permitir definir indicadores de qualidade.

Conselho de Enfermagem
2001

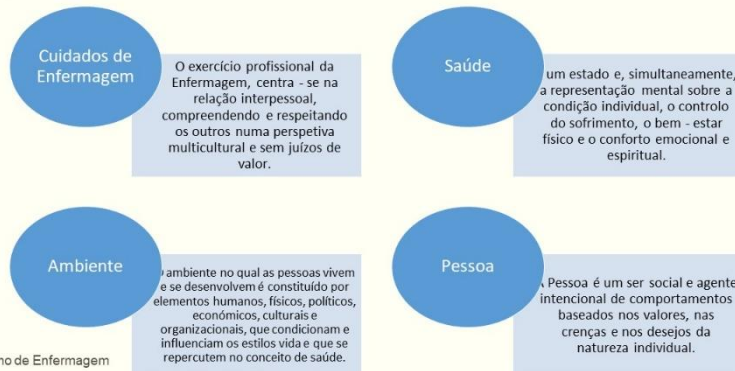
Enquadramento Conceptual

Deste Enquadramento Conceptual emergem os Enunciados Descritivos de Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros



Conselho de Enfermagem
2001

Enquadramento Conceptual



Conselho de Enfermagem
2001

Enunciados Descritivos

- A satisfação do cliente
- A promoção da saúde
- A prevenção das complicações
- O bem estar e o auto cuidado
- A readaptação funcional
- A organização dos Cuidados de Enfermagem

Conselho de Enfermagem
2001

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM ESPECIALIZADOS

PQCEE

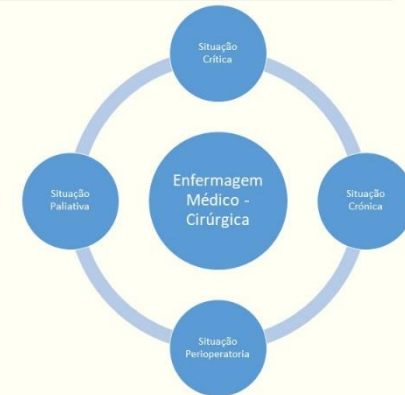
PQCEE

ASSEMBLEIA EXTRAORDINÁRIA
DO COLÉGIO DA ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

PADRÕES DE QUALIDADE DOS CUIDADOS ESPECIALIZADOS EM
ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA:

- NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA
- NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PALIATIVA
- NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA
- NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÔNICA

APROVADO POR MAIORIA, COM ALTERAÇÕES, NA ASSEMBLEIA DO COLÉGIO DA
ESPECIALIDADE DE ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA, REALIZADA EM SESSÃO
EXTRAORDINÁRIA, NO DIA 25 DE NOVENO DE 2017, EM LEIRIA



PQCEE

Estes enunciados “estabelecem o padrão de excelência do exercício profissional, orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão em Enfermagem e servem como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de Enfermagem”.

OE, 2017

MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

A melhoria contínua baseia-se não só na reflexão das práticas e análise de resultados, mas também na aplicação da melhor evidência disponível na prática de cuidados, conduzindo à mudança (Machado, 2013).

Avaliação da Qualidade

Indicadores de Qualidade

INDICADOR DE QUALIDADE

CONCEITOS

Indicador de Qualidade

"Uma Variável com características de qualidade, quantidade e tempo utilizado para medir, direta ou indiretamente, as mudanças na situação e apreciar o progresso realizado para a combater" (OMS)

Uma medida quantitativa que pode ser usada como um guia para monitorizar e avaliar os cuidados prestados ao doente e as actividades dos serviços de suporte (Joint Commission, 2003)

Marcadores específicos do estado de saúde das populações, capazes de traduzir o contributo singular do exercício profissional dos enfermeiros para ganhos em saúde das populações (OE, 2007)

Indicadores de Qualidade



Exemplos de Indicadores

Estrutura

- Horas de cuidados de enfermagem prestados (HCP/D) por dia

Processo

- Taxa de efetividade diagnóstica do risco

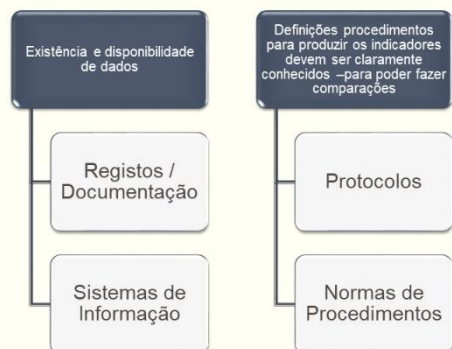
Resultado

- Taxa de efetividade na prevenção de complicações

Epidemiológico

- Taxas de incidência

Como obter indicadores



INDICADORES DE QUALIDADE

A sua Importância

Importância dos Indicadores de Qualidade

Identificação de oportunidades de melhoria

Evidenciam os resultados dos cuidados prestados

Possibilitam a revisão de metas e objetivos estabelecidos, auxiliando a tomada de decisão.

Importância dos Indicadores de Qualidade



PROGRAMA DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE DO BLOCO OPERATÓRIO CENTRAL

Melhoria Contínua da Qualidade

... Melhorar continuamente a qualidade no sector da saúde significa tudo fazer, diariamente, para que os cuidados prestados sejam efetivos e seguros; para que a utilização dos recursos seja eficiente; para que a prestação de cuidados seja equitativa; para que os cuidados sejam prestados no momento adequado; para que a prestação de cuidados satisfaça os cidadãos e corresponda, tanto quanto possível, às suas necessidades e expectativas.

Plano Nacional de Saúde. Revisão e Extensão 2020





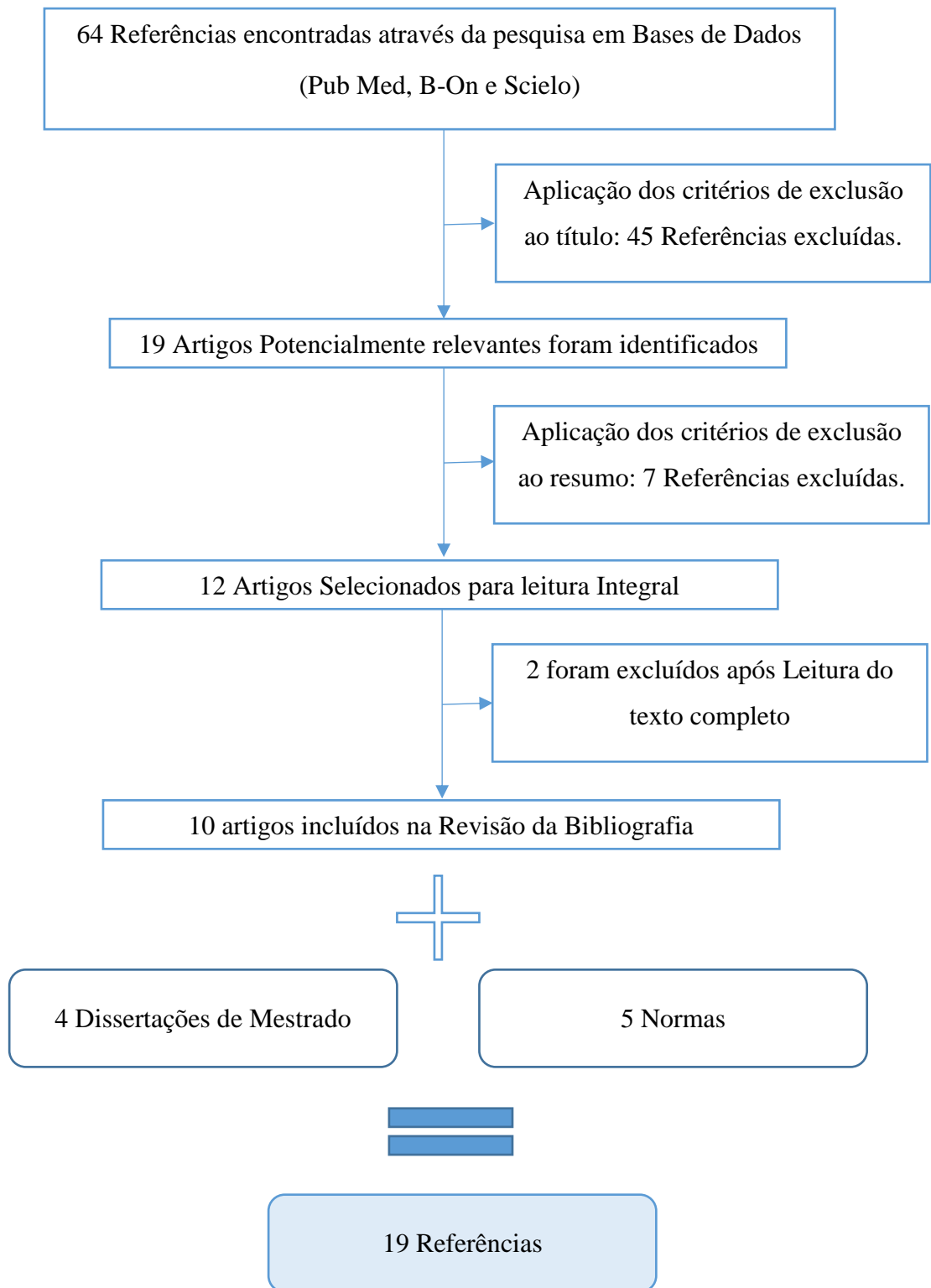
REFERENCIAL DE AVALIAÇÃO DA IDONEIDADE FORMATIVA

RAIF

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DIRECÇÃO GERAL DE SAÚDE – **Plano Nacional de Saúde – Revisão e extensão a 2020**. DGS, 2015.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos cuidados de Enfermagem – Enquadramento conceptual Enunciados Descritivos**. Conselho de Enfermagem, 2001.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Deontologia Profissional de Enfermagem**. 2015. ISBN 978-989-8444-30-1.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico – Cirúrgica**. Leiria: Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico – Cirúrgica, 2017.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS – **Regulamento de Idoneidade formativa dos contextos de prática clínica**. Lisboa: Assembleia Geral, 2010.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION – **Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009**. Direção Geral da Saúde, 2010. ISBN 978 924 1598552.

**APÊNDICE V – REPRESENTAÇÃO ESQUEMÁTICA DA REVISÃO DA
LITERATURA**



APÊNDICE VI – ARTIGOS PARA A REVISÃO DA LITERATURA

Artigo	Título	Autores	Revista/Ano	Metodologia	Objetivo	Amostra
A1	Uso da classificação das intervenções de enfermagem na identificação da carga de trabalho da equipe de enfermagem em um centro cirúrgico	Possari, J. F. Gaidzinski, R. Lima, A. F. C. Fugulin, F. M. Herdman, T. H.	Rev. Latino-Am. de Enfermagem Brasil, 2015	Estudo transversal, observacional e descritivo	Analisar a distribuição da carga de trabalho entre os profissionais de enfermagem, de acordo com a Classificação das Intervenções de Enfermagem, durante o período transoperatório, em um centro cirúrgico especializado em oncologia	11 enfermeiros e 25 técnicos de enfermagem, que realizavam diversas funções dentro da sala de cirurgia
A2	Indicadores de processo para prevenção da infecção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente	Gebrim, C. F. Santos, J. C. Barreto, R. A. Barbosa, M. A. Prado, M. A.	Enfermería Global Brasil, 2016	Estudo transversal analítico, retrospectivo	Avaliar os indicadores de processo para a prevenção da infecção do sítio cirúrgico em cirurgias limpas em um hospital universitário do Centro-Oeste brasileiro.	700 prontuários de pacientes ≥ 18 anos, submetidos a procedimento cirúrgico limpo, durante os anos de 2008 a 2010
A3	Indicadores de Qualidade em Enfermagem com Ênfase no Centro Cirúrgico: Revisão da Literatura	Amaral, J. A. B. Spiri, W. C. Bocchi, S. C. M.	Revista SOBECC Brasil, 2017	Revisão Integrativa da literatura	Analisar as produções nacional e internacional dos indicadores de qualidade em Enfermagem no Centro Cirúrgico	17 Artigos Analisados
A4	Establishing nursing-sensitive quality indicators for the operating room: A cross-sectional Delphi survey conducted in China	Qi Wu Li-Hua Huang Mei-Yuan Xing Zhi-Xian Feng Le-Wen Shao Mei-Yun Zhang Rong-Ya Shao	Australian Critical Care 2017	Técnica de Delphi	Definir indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem, científicos, objetivos e compreensivos, para o Bloco Operatório, para avaliar e monitorizar a qualidade dos cuidados de enfermagem na China.	26 indicadores de enfermagem foram avaliados por um painel de peritos

A5	Perioperative structure and process quality and safety indicators: a systematic review	Chazapis, M. Gilhooly, D. Smith, A.F. Myles, P.S. Haller, G. Grocott, M.P.W. Moonesinghe, S.R.	British Journal of Anaesthesia, Ingraterra 2018	Revisão Sistemática da Literatura	Avaliar o número, tipo e evidência de indicadores de processo e estrutura atualmente disponíveis para avaliação da qualidade e segurança dos cuidados peri-operatórios.	43 artigos analisados
A6	Indicadores de Qualidade em centro cirúrgico	Rocha, N. F. Moura, Y. M. S. Sandes, S. M. S.	Journal of Health Connections Brasil 2018	Revisão Integrativa da literatura	Investigar os indicadores de qualidade em centro cirúrgico	8 Artigos analisados
A7	Processos de qualidade assistencial no bloco operatório - validação de uma escala	Gomes, J. A. Martins, M. M. Tronchin, D. M. R. Fernandes, C. S.	Journal Health NPEPS. Portugal, 2018	Validação psicométrica de um instrumento de medida	Construção e análise psicométrica da Escala “Processos de Qualidade Assistencial no Bloco Operatório (Escala PQABO)”	1019 Profissionais de saúde especificamente enfermeiros e médicos
A8	Validation of an Instrument to Measure the Results of Quality Assurance in the Operating Room	Gomes, J. A. Martins, M. M. Tronchin, D. M. R. Fernandes, C. S.	Qmhcjournal, 2019	Validação psicométrica de um instrumento de medida	Validação de um instrumento desenhado para medir a qualidade dos cuidados no Bloco Operatório	1019 Profissionais de saúde especificamente enfermeiros e médicos
A9	Prioritisation of quality indicators for elective perioperative care: a Delphi consensus	Gilhooly, D. Chazapis, M. Moonesinghe, S. R.	Perioperative Medicine 2020	Técnica de Delphi	Criar uma lista concisa de indicadores, considerada pelos especialistas como as mais importantes para avaliar a qualidade dos cuidados no perioperatório	137 indicadores de qualidade foram analisados por um painel de 63 peritos
A10	Registered nurse perceptions towards the implementation of nursing diagnoses in perioperative care: A qualitative study	Tsiami, V. Kolovos, P.	Perioperative Care and Operating Room Management 2021	Estudo qualitativo com questões abertas	Explorar a percepção dos Enfermeiros acerca da implementação de diagnósticos de enfermagem no período perioperatório e os fatores que afetam a sua aplicabilidade.	35 Enfermeiros que trabalham no Bloco Operatório de um hospital universitário da Grécia.

APÊNDICE VII – CONVITE AOS PERITOS

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a)

Eu, Marisa Elisabete Cardoso Carneiro, mestranda no curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Viana do Castelo, venho por este meio convidá-lo(a) a participar a construção de um **“Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório”**, com orientação da Professora Mara Rocha.

Este estudo insere-se no Estágio de Natureza Profissional a desenvolver no Bloco Operatório Central do Hospital Padra Américo - Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. e tem como objetivo construir e validar um Padrão Documental de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem para a prática no Bloco Operatório. Este Padrão visa constituir uma base documental para a avaliação futura de indicadores de qualidade dos cuidados de Enfermagem. Para o efeito vamos recorrer à técnica de Delphi. Esta técnica tem como objetivo a obtenção de um consenso de opinião de um grupo de peritos através da aplicação de questionário estruturado, em várias rondas. Deste modo, informo que após confirmada a sua participação, voltará a ser contactado através do mesmo aplicativo, até que o consenso seja alcançado (previsão de duas a três rondas de opiniões).

O instrumento de colheita de dados a utilizar neste estudo (Questionário: Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem) foi construído com base numa pesquisa bibliográfica que permitiu a identificação de indicadores de qualidade de enfermagem no bloco operatório e quais os dados relevantes para a sua constituição (bibliografia em anexo). Os diagnósticos e intervenções selecionados estão construídos numa linguagem CIPE e são passíveis de registo no sistema informático atualmente em uso no Bloco Operatório (PatientCare®).

O interesse em convidá-lo partiu do reconhecimento da sua pessoa como perito na área dos cuidados de enfermagem em Bloco Operatório.

A sua participação ocorrerá por meio eletrónico, de forma confidencial, e solicita-se a sua participação até ao dia 30 de junho de 2021.

Caso aceite participar, deverá selecionar a opção “Preencher o Formulário” que aparece no final deste *e-mail*, altura em que lhe aparecerá o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e opção “Aceito participar”. Logo após este passo, será encaminhado para o instrumento de avaliação a preencher.

Em qualquer etapa do estudo poderão ser solicitados esclarecimentos através do e-mail: cc.marisacarneiro@gmail.com.

Grata pela sua colaboração,

Marisa Elisabete Cardoso Carneiro

APÊNDICE VIII – CONSENTIMENTO INFORMADO – 1ª RONDA

Consentimento Informado

Se concordar em participar neste estudo, por favor, selecione a opção “Aceito Participar” no final da página. Agradeço desde já por aceitar dar a sua imprescindível contribuição.

Declaro que tomei conhecimento do objetivo do estudo de investigação no âmbito do “Padrão Documental dos cuidados de Enfermagem em Bloco Operatório”, realizado por Marisa Elisabete Cardoso Carneiro, a frequentar o VI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e da forma como vou participar no estudo. Fui esclarecido(a) acerca de todos os aspetos que considero importantes e obtive respostas relativamente às questões que coloquei. Fui informado(a) sobre o respeito pelo princípio do anonimato e do compromisso da confidencialidade, assim como do direito de recusar a participar ou de interromper a participação no estudo a qualquer momento, sem qualquer tipo de consequências para mim.

**APÊNDICE IX – 1º QUESTIONÁRIO PADRÃO DOCUMENTAL DE
CUIDADOS**

Dados Sociodemográficos:

1. Idade: _____
2. Sexo:
 - Masculino Feminino
3. Experiência Profissional como enfermeiro (em anos): _____
4. Experiência Profissional em Bloco Operatório (em anos): _____
5. Formação Acadêmica (indique a área):
 - Licenciatura
 - Pós-Graduação _____
 - Especialidade _____
 - Mestrado _____
 - Doutorado _____
 - Outros cursos _____

Questionário: Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório

O presente questionário é dividido em 11 Focos de Enfermagem onde se sugerem 112 diagnósticos e intervenções de enfermagem. Por favor, selecione o quadrado de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado:

- 1- Discordo completamente;
- 2- Discordo;
- 3- Não concordo nem discordo;
- 4- Concordo;
- 5- Concordo Completamente.

1. Complicação associada aos cuidados de saúde

1.1 Diagnósticos

- 1.1.1 Risco de complicação associada aos cuidados de saúde
- 1.1.2 Risco de efeito da medicação adverso
- 1.1.3 Risco de interação medicamentosa adversa
- 1.1.4 Interação medicamentosa adversa
- 1.1.5 Regime medicamentoso complexo
- 1.1.6 Risco de efeito secundário da medicação
- 1.1.7 Efeito secundário da medicação

1.2 Intervenções

- 1.2.1 Verificar cliente antes da cirurgia
- 1.2.2 Verificar cirurgia
- 1.2.3 Verificar local e lateralidade da cirurgia
- 1.2.4 Contar dispositivos e compressas durante a cirurgia
- 1.2.5 Verificar consentimento informado antes da cirurgia
- 1.2.6 Verificar alergia

- 1.2.7 Verificar disponibilidade de dispositivos cirúrgicos
 - 1.2.8 Administrar medicação
 - 1.2.9 Avaliar efeitos secundários da medicação
 - 1.2.10 Avaliar evolução da resposta à medicação
 - 1.2.11 Gerir efeito secundário da medicação
 - 1.2.12 Gerir medicação
 - 1.2.13 Monitorizar efeitos secundários da medicação
 - 1.2.14 Identificar medicação segundo protocolo
 - 1.2.15 Avaliar risco de interação medicamentosa adversa
- 1.3 Sugestões
-

2. Dor

- 2.1 Diagnósticos
 - 2.1.1 Dor presente
 - 2.1.2 Risco de Dor
 - 2.2 Intervenções
 - 2.2.1 Vigiar Dor
 - 2.2.2 Monitorizar dor através da escala numérica da dor
 - 2.2.3 Monitorizar dor através da escala BPS
 - 2.2.4 Monitorizar dor através de escala visual analógica (EVA)
 - 2.2.5 Aliviar dor através de técnica de posicionamento
 - 2.2.6 Gerir analgesia
 - 2.2.7 Informar médico
- 2.3 Sugestões
-

3. Ferida Cirúrgica

- 3.1 Diagnósticos
 - 3.1.1 Ferida cirúrgica presente
 - 3.1.2 Risco de infeção da ferida cirúrgica
 - 3.2 Intervenções
 - 3.2.1 Executar tratamento da ferida cirúrgica
 - 3.2.2 Vigiar ferida cirúrgica
 - 3.2.3 Vigiar penso da ferida cirúrgica
 - 3.2.4 Avaliar necessidade de cortar pelos do local cirúrgico
 - 3.2.5 Cortar pelos do local cirúrgico conforme protocolo
 - 3.2.6 Desinfetar a pele do local cirúrgico conforme protocolo
 - 3.2.7 Preparar pele antes da cirurgia
- 3.3 Sugestões
-

4. Glicemia

- 4.1 Diagnósticos
 - 4.1.1 Risco de Hiperglicemia
 - 4.1.2 Risco de Hipoglicemia
 - 4.1.3 Hiperglicemia presente
 - 4.1.4 Hipoglicemia presente
- 4.2 Intervenções
 - 4.2.1 Monitorizar Glicemia Capilar
 - 4.2.2 Informar médico
 - 4.2.3 Administrar Glicose Hipertónica segundo protocolo

4.2.4 Administrar insulina segundo protocolo

4.3 Sugestões

5. Infecção

5.1 Diagnósticos

5.1.1 Risco de infecção do local cirúrgico

5.1.2 Risco de infecção do local de inserção do cateter arterial

5.1.3 Risco de Infecção do local de inserção do cateter venoso central

5.1.4 Risco de infecção do local de inserção do cateter venoso periférico

5.1.5 Risco de infecção do local de inserção do cateter epidural

5.1.6 Risco de infecção urinária

5.1.7 Infecção do local de inserção do cateter presente

5.1.8 Infecção urinária presente

5.2 Intervenções

5.2.1 Executar tratamento ao local de inserção do cateter

5.2.2 Otimizar cateter

5.2.3 Vigiar local de inserção do cateter

5.2.4 Vigiar penso do local de inserção do cateter

5.2.5 Vigiar eliminação urinária

5.2.6 Trocar cateter venoso periférico

5.2.7 Trocar cateter urinário

5.2.8 Inserir cateter venoso periférico

5.2.9 Implementar técnica asséptica na colocação do cateter urinário

5.2.10 Remover cateter

5.2.11 Colaborar na técnica de colocação do cateter

5.2.12 Monitorizar a eliminação urinária

5.2.13 Administrar antibiótico segundo protocolo

5.2.14 Validar banho pré-operatório com clorhexidina conforme protocolo

5.3 Sugestões

6. Lesão perioperatória por posicionamento

6.1 Diagnósticos

6.1.1 Risco de lesão perioperatória por posicionamento

6.1.2 Lesão perioperatória por posicionamento presente

6.2 Intervenções

6.2.1 Posicionar no perioperatório

6.2.2 Avaliar lesão

6.3 Sugestões

7. Queda

7.1 Diagnósticos

7.1.1 Risco de Queda

7.1.2 Queda presente

7.2 Intervenções

7.2.1 Monitorizar o risco de queda através da escala de Morse

7.2.2 Manter grades da cama elevadas

7.2.3 Gerir medidas de segurança

7.2.4 Referir queda

7.2.5 Avaliar queda

7.3 Sugestões

8. Queimadura

8.1 Diagnósticos

8.1.1 Risco de Queimadura

8.1.2 Queimadura presente

8.2 Intervenções

8.2.1 Aplicar placa neutra

8.2.2 Preparar local de aplicação da placa neutra

8.2.3 Remover dispositivos de propagação de energia corporal

8.2.4 Manter a pele seca

8.2.5 Avaliar pele

8.2.6 Avaliar queimadura

8.2.7 Informar médico

8.2.8 Executar tratamento à queimadura

8.3 Sugestões

9. Sangue

9.1 Diagnósticos

9.1.1 Risco de reação alérgica à hemoterapia (reação transfusional)

9.2 Intervenções

9.2.1 Vigiar sinais de reação à hemoterapia (reação transfusional)

9.2.2 Administrar sangue e derivados

9.2.3 Verificar sangue e derivados

9.3 Sugestões

10. Temperatura Corporal

10.1 Diagnósticos

10.1.1 Risco de Hipotermia.

10.1.2 Risco de Hipertemia.

10.1.3 Hipotermia presente

10.2 Intervenções

10.2.1 Monitorizar temperatura corporal

10.2.2 Administrar fluidos frios

10.2.3 Executar técnica de arrefecimento natural

10.2.4 Administrar fluidos aquecidos

10.2.5 Gerir temperatura através de equipamento de aquecimento artificial

10.2.6 Manter equipamento de aquecimento corporal externo

10.3 Sugestões

11. Úlcera de pressão

11.1 Diagnósticos

11.1.1 Risco de Úlcera de Pressão

11.1.2 Úlcera de Pressão Presente

11.2Intervenções

11.2.1 Aliviar zona de pressão através de dispositivos

11.2.2 Aplicar dispositivos de prevenção de úlceras de pressão

11.2.3 Monitorizar o risco de Úlcera de Pressão através da escala de Braden

11.2.4 Posicionar a pessoa

11.2.5 Vigiar sinais de úlcera de pressão

11.2.6 Avaliar integridade da pele antes da cirurgia

11.3Sugestões

12. Outras Sugestões e Observações

APÊNDICE X – CONSENTIMENTO – 2.ª RONDA

Exmo(a) Senhor(a) Enfermeiro(a),

Na continuidade do estudo “Padrão Documental dos Cuidados de Enfermagem no Bloco Operatório”, no qual gentilmente aceitou participar, venho por este meio solicitar a sua participação na 2ª Ronda de questionários da Técnica de Delphi.

Este novo questionário é composto por 18 itens: 13 que se repetem do 1º questionário e que obtiveram um grau de consenso baixo e/ou moderado; 3 que devido a erros da aplicação não foi possível analisar com precisão e 3 que resultam das sugestões apresentadas. Para tomar conhecimento dos resultados da primeira ronda envio em anexo um documento com um quadro resumo dos mesmos.

As questões que obtiveram consenso Baixo ou Moderado serão acompanhadas pelos dados estatísticos da 1ª ronda para que melhor possa analisar e refletir na sua resposta, podendo mantê-la ou alterá-la se assim o considerar.

Solicita-se a sua participação até ao dia 23 de agosto de 2021.

Caso aceite participar na segunda parte deste questionário deverá selecionar a opção “seguinte”.

Grata pela sua colaboração,

Marisa Carneiro

APÊNDICE XI – QUESTIONÁRIO – PADRÃO DOCUMENTAL – 2ª

RONDA

Construção de um Padrão Documental de Cuidados de Enfermagem para Bloco Operatório - 2ª Ronda

O presente questionário é composto por 19 itens. Por favor, selecione o quadrado de acordo com o seu grau de concordância com o critério apresentado:

- 1- Discordo completamente;
- 2- Discordo;
- 3- Não concordo nem discordo;
- 4- Concordo;
- 5- Concordo Completamente.

1. Complicação associada aos cuidados de saúde

1.1. Diagnósticos

1.1.2 Risco de efeito da medicação adverso

1.1.2 Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (0%)
- 3 - Não concordo nem discordo (18%)
- 4 - Concordo (27%)
- 5 - Concordo Completamente (45%)

1.1.3 Risco de interação medicamentosa adversa

1.1.3. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (0%)
- 2 - Discordo (9%)
- 3 - Não concordo nem discordo (27%)
- 4 - Concordo (36%)
- 5 - Concordo Completamente (27%)

1.1.4 Interação medicamentosa adversa

1.1.4. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (9%)
- 3 - Não concordo nem discordo (27%)
- 4 - Concordo (36%)
- 5 - Concordo Completamente (18%)

1.1.6 Risco de efeito secundário da medicação

1.1.6. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (0%)
- 3 - Não concordo nem discordo (9%)
- 4 - Concordo (55%)
- 5 - Concordo Completamente (27%)

1.1.7 Efeito secundário da medicação

1.1.7. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (18%)
- 3 - Não concordo nem discordo (18%)
- 4 - Concordo (45%)
- 5 - Concordo Completamente (9%)

1.2. Intervenções

1.2.12 Gerir medicação

1.2.12. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (18%)
- 3 - Não concordo nem discordo (0%)
- 4 - Concordo (18%)
- 5 - Concordo Completamente (55%)

1.2.13 Monitorizar efeitos secundários da medicação

1.2.13. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (0%)
- 2 - Discordo (9%)
- 3 - Não concordo nem discordo (9%)
- 4 - Concordo (36%)
- 5 - Concordo Completamente (45%)

1.2.14 Identificar medicação segundo protocolo

1.2.14. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (18%)
- 3 - Não concordo nem discordo (0%)
- 4 - Concordo (9%)
- 5 - Concordo Completamente (64%)

3. Ferida Cirúrgica

3.2 Intervenções

3.2.4 Avaliar necessidade de cortar pelos do local cirúrgico

3.2.4 Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (27%)
- 2 - Discordo (0%)
- 3 - Não concordo nem discordo (0%)
- 4 - Concordo (0%)
- 5 - Concordo Completamente (73%)

5. Infecção

5.1. Diagnósticos

5.1.7 Infecção do local de inserção do cateter presente

5.1.7 Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (9%)
- 3 - Não concordo nem discordo (27%)
- 4 - Concordo (0%)
- 5 - Concordo Completamente (55%)

5.2 Intervenções

5.2.7 Trocar cateter urinário

5.2.7. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (9%)
- 3 - Não concordo nem discordo (18%)
- 4 - Concordo (0%)
- 5 - Concordo Completamente (64%)

7. Queda

7.1. Diagnósticos

7.1.2 Queda presente

7.1.2 Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (18%)
- 2 - Discordo (0%)
- 3 - Não concordo nem discordo (9%)
- 4 - Concordo (9%)
- 5 - Concordo Completamente (64%)

10. Temperatura Corporal

10.2. Intervenções

10.2.3 Executar técnica de arrefecimento natural

10.2.3. Resultados 1ª Ronda

- 1 - Discordo Completamente (9%)
- 2 - Discordo (0%)
- 3 - Não concordo nem discordo (27%)
- 4 - Concordo (18%)
- 5 - Concordo Completamente (45%)

Itens que não foi possível avaliar na 1ª Ronda

8.1.2 Queimadura presente

9.2.3 Verificar sangue e derivados

10.1.2 Risco de Hipertemia

Novos itens com base nas sugestões da 1ª Ronda

Os itens seguintes foram acrescentados ao questionário com base nas sugestões apresentadas na primeira Ronda:

- 1.2.15. Verificar presença de pulseira de identificação
- 6.2.3. Aplicar dispositivo de proteção de lesão perioperatória
- 9.2.4. Notificar reação adversa à hemoterapia

