



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

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

Elsa Maria Carita Félix

**FATORES DE ADESÃO DOS ENFERMEIROS
À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CIRÚRGICA**

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

Fatores de adesão dos Enfermeiros à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Relatório Final de Estágio

Elsa Maria Carita Félix

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Mestre Luísa Maria da Silva Pais Ferreira

Oliveira de Azeméis | 2023

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo.
Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas
admiráveis.”

José de Alencar

AGRADECIMENTOS

À Professora Luísa Pais, orientadora deste percurso de investigação, pela colaboração, orientação, disponibilidade e paciência.

Aos Enfermeiros, em especial ao Enfermeiro Vitor, e restante equipa multiprofissional do Bloco Operatório pelo acolhimento e apoio no estágio.

Aos amigos, sempre presentes, mesmo quando eu não estava lá.

À minha família, pelos valores transmitidos, e porque permitiram que todo este percurso fosse realizado com dedicação, esforço e trabalho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses

AORN - Association of Perioperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral da Saúde

ESSN- CVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EORNA – European Operating Room Nurses Association

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

JBI – Joanna Briggs Institute

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAMSD – Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCPA – Unidade de Cuidados de Pós Anestésicos

RESUMO

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em Situação Perioperatório, é exigido um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa e família/pessoas significativas a vivenciarem os processos de saúde/doença, que precisem de procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos. Para adquirir este grau de mestre e conseqüentemente a especialidade, a investigadora deve aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos novos e multidisciplinares. Ao integrar os conhecimentos obtém a capacidade de lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos num processo de aprendizagem que se pretende que seja fundamentalmente auto-orientado ou autónomo. (ESSN- CVP, 2023)

O objetivo do presente relatório prende-se com o *terminus* do 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória. O relatório está dividido em 2 partes que se complementam, em que a primeira reflete a componente de estágio e a segunda a componente de investigação. Esta parte do relatório inicia-se com uma breve contextualização do local de estágio, seguindo-se uma análise crítico-reflexiva do percurso realizado, tendo por base princípios orientadores do processo formativo definidos pela Escola, ou seja, as competências comuns do enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. A seleção do local de estágio, reflete a experiência e os objetivos da investigadora principal. Esta opção visa permitir um crescimento e reflexão de conhecimentos e aptidões, tanto profissionais como pessoais, numa área de cuidados perioperatórios em expansão: cirurgias laparoscópicas em 4D.

A segunda parte, componente de investigação, surge de uma inquietude da investigadora principal sobre os fatores de adesão dos enfermeiros à Lista de Verificação de Segura Cirúrgica (LVSC) no bloco operatório. Tendo em conta que esta ferramenta é crucial para a manutenção da segurança e da qualidade dos cuidados perioperatório, nem sempre é aplicável efetivamente como impõe a Direção Geral da Saúde (DGS) em Portugal desde 2013. A escolha em relação ao tipo de estudo a realizar, recaí sobre uma *Scoping Review*, no intuito de responder à questão de revisão: “Quais as evidências existentes sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório?”, utilizando a

metodologia da *Joanna Briggs Institute* (JBI). A temática adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório, mostra-se basilar e crucial nos cuidados de enfermagem no período intraoperatório e nos domínios de competências técnicas e relacionais do enfermeiro especialista. Este relatório permite aperfeiçoar os conhecimentos nos domínios específicos de enfermagem e aumentar o nível de julgamento crítico e apoiando a tomada de decisão baseada na evidência científica.

Palavras-chave: Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, Sala Operatória, Segurança do Paciente e Adesão.

ABSTRACT

It is demanded of the nurse who specialises in Medical-Surgical Nursing to the person in Perioperative Situation a set of specialised competences which conform to the specific care needs of the person and family/significant others who experience the health/disease processes, who need surgical and/or anaesthetic procedures. To obtain this master's degree and, consequently, the medical specialisation, the researcher ought to apply her knowledge and comprehension and problem solving skills to new and multidisciplinary contexts. By integrating her knowledge, she obtains the ability to manage complex questions, develop solutions or make judgements in a learning process which ought to be fundamentally self-guided or autonomous. (ESSN- CVP, 2023)

The aim of the present report concerns the *terminus* of the second Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specialisation area of nursing care to the Person in Perioperative Situation. The report is divided into two parts which complement each other, in which the first one reflects the internship component and the second one the research component. This part of the report starts with a brief contextualisation of the internship location, followed by a critical-reflective analysis of the work achieved based on the guiding principles of the training process set by the School, which is to say, the common skills of the specialised Nurse and specific skills of the specialised nurse in Medical-Surgical Nursing in the Specialisation Area of Nursing Care to the Person in Perioperative Situation. The selection of the location of the internship reflects the experience and objectives of the main researcher. This choice aims to allow an increase and reflection of knowledge and skills, both professional and personal, in an area of perioperative nursing care which is expanding: laparoscopic surgeries in 4D.

The second part, the research component, arises from a concern shown by the main researcher regarding the factors that have contributed to the nurses' willingness to adhere to the Surgical Safety Checklist (SSC) in the operating room. Considering that this tool is crucial to the upkeep of the safety and quality of the perioperative care, it is not always effectively applicable as it is demanded by DGS in Portugal since 2013. The choice related to the type of study was based on a *Scoping Review*, which pretends to answer the following revision question: "What is the existent evidence regarding the factors that influence nurses to adhere to the SSC in the operating room?", using *Joanna Briggs Institute (JBI)* methodology. The topic of nurses' adherence to the SSC in the operating room has proven

to be fundamental and crucial in nursing care during the intraoperative period as well as in the mastery of technical and relational skills of the specialised nurse. This report enables an improvement of knowledge on specific nursing areas and an increase of the critical judgement level, supporting decision-making based on scientific evidence.

Keywords: Surgical Safety Checklist, Operating Rooms, Patient Safety and Guideline Adherence

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados extraídos do artigo 1	57
Tabela 2: Dados extraídos do artigo 2	58
Tabela 3: Dados extraídos do artigo 3	59
Tabela 4: Dados extraídos do artigo 4	61
Tabela 5: Dados extraídos do artigo 5	62
Tabela 6: Dados extraídos do artigo 6	63
Tabela 7: Dados extraídos do artigo 7	64
Tabela 8: Dados extraídos do artigo 8	65
Tabela 9: Dados extraídos do artigo 9	66
Tabela 10: Dados extraídos do artigo 10	67
Tabela 11: Dados extraídos do artigo 11	69
Tabela 12: Dados extraídos do artigo 12	70
Tabela 13: Dados extraídos do artigo 13	71
Tabela 14: Dados extraídos do artigo 14	73

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 : Perioperative Patient Focused Model	23
Figura 2 : Fluxograma Representativo da Seleção de Artigos.....	56

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	21
1. Enquadramento Conceptual	23
2. Enquadramento do contexto de estágio.....	25
3. Competências comuns de enfermeiro especialista	27
3.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	27
3.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade	28
3.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados.....	29
3.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	29
4. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	31
4.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	31
4.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	33
5. Considerações finais.....	36
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	37
1. Resumo.....	39
2. Abstract	41
3. Fundamentação/enquadramento teórico	43
3.1. Segurança Cirúrgica.....	44
3.2. Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	45
3.2.1. Implementação da LVSC em Portugal.....	47
4. Questão de Revisão.....	49
5. Critérios de inclusão.....	51
6. Metodologia	53

6.1. Estratégias de Pesquisa	53
6.2. Seleção dos estudos	53
6.3. Extração dos dados.....	54
6.4. Análise e apresentação dos dados	54
7. Resultados	55
7.1. Resultados da pesquisa	55
7.2. Dados Extraídos.....	57
8. Discussão	75
9. Limitações da <i>Scoping Review</i>	81
10. Conclusão.....	83
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	85
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	93
ANEXO I: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO CLÍNICO DE ESTÁGIO	95
ANEXO II: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA DA OMS	99
ANEXO III: ESTRATÉGIA DE PESQUISA EM BASE DE DADOS CIENTÍFICOS.....	103

INTRODUÇÃO

No Plano de Ação Mundial para Segurança do Doente (PAMSD) 2021–2030, a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2021) refere que os cuidados de saúde estão em constante mudança, com novos procedimentos e tecnologias que podem representar novas ameaças a cuidados seguros. Neste plano, a segurança do doente volta a ser designado como um princípio fundamental dos cuidados de saúde e um grande e crescente desafio global de saúde pública. (OMS,2021)

Para a DGS (2022) a garantia da qualidade e da segurança na prestação de cuidados de saúde, é uma prioridade. Deste modo, cabe ao Ministério da Saúde ter políticas claras e com capacidade de liderança organizacional para: impulsionar melhorias de segurança, profissionais de saúde qualificados e o envolvimento efetivo das pessoas e familiares, garantindo melhorias sustentáveis e significativas na segurança dos cuidados de saúde. (DGS, 2022)

Em 2009 a OMS, cria o programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, “com a finalidade de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo”. (DGS, 2010, p.2) O objetivo deste programa é promover o compromisso político e clínico para abordar problemas comuns, fatais e evitáveis, como: práticas de segurança anestésicas inadequadas, infeções cirúrgicas evitáveis e comunicação desadequada entre os membros das equipas cirúrgicas. (DGS, 2010)

A LVSC surge em 2009 pela OMS e é definida como uma ferramenta para ser utilizada para melhorar a segurança cirúrgica e reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. Segundo Haynes et al (2009), programas de intervenção baseados na LVSC estão associados à redução significativa na taxa de complicações e morte relacionadas com cirurgia por todo o mundo. No entanto, as evidências sobre os processos bem-sucedidos de melhoria da qualidade e correta implementação da LVSC, indicam que o êxito está relacionado com o modo como as mudanças são introduzidas. (Moura e Diego, 2019) Apesar de ser referido várias vantagens à utilização da LVSC, a sua implementação

“nas organizações, não é tarefa fácil e rápida, porque requer o genuíno comprometimento dos profissionais de saúde envolvidos com os procedimentos cirúrgicos, além da revisão, na organização de todos os processos de cuidado do

paciente cirúrgico, de modo a identificar necessidades de ajustes e, até mesmo, alteração da política institucional.” (Moura e Diego, 2019, p.202)

No âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é exigido o desenvolvimento de um relatório de estágio, que demonstre o desenvolvimento de competências centrado no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista, integrando também a componente de investigação. Com o objetivo de analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas, surge uma inquietude sobre os fatores de adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório. Deste modo, este estudo pretende mapear as evidências sobre os fatores que determinam a adesão à LVSC pelos enfermeiros, contribuindo para a uma maior reflexão e aumento do compromisso destes profissionais na política de segurança. Neste trabalho formula-se a seguinte questão de investigação:

- Quais as evidências existentes sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório?

Opta-se por a realização de uma *Scoping Review*, utilizando a metodologia da JBI, versão 2020. Após a definição dos termos MESH, formula-se a frase booleana com o operador AND: “Guideline Adherence” AND “Checklist” AND “Operating rooms” AND “Patient Safety” e pesquisa-se com as adaptações às diferentes bases de dados científicos CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), SciELO, Cochrane Central Register of Controlled Trials e RCAAP.

Relativamente à estrutura deste relatório está dividido em 2 partes:

- Parte I - Componente de Estágio – Apresenta-se o contexto de estágio e as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória adquiridas através das atividades realizadas no estágio.
- Parte II - Componente de investigação - Através da realização de uma *Scoping Review* pretende-se dar resposta ao objetivo principal: mapear a evidência sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento Conceptual

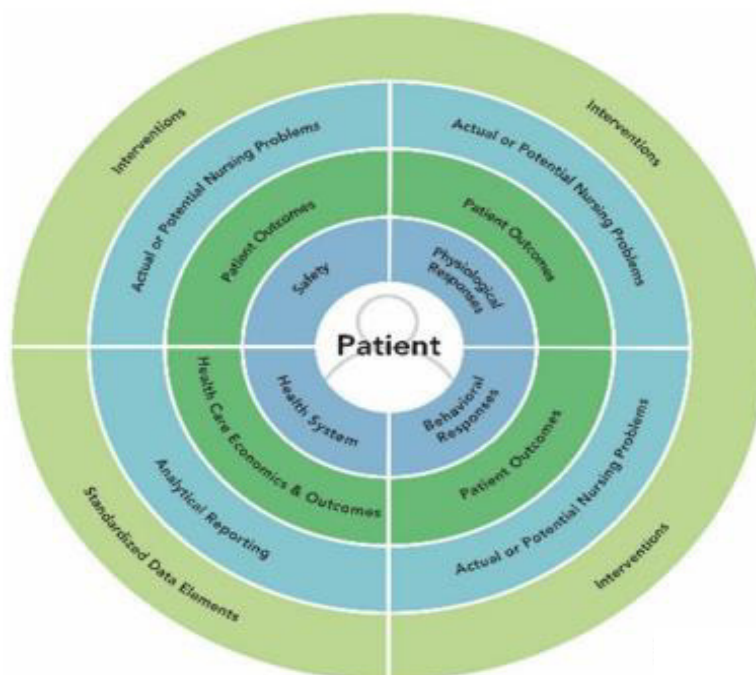
Com a publicação do regulamento das competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, é definido pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018, p. 19366), que estes cuidados são:

“dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção de saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.”

É reforçado também que o enfermeiro especialista desenvolve a sua intervenção em 5 áreas de atuação: consulta Perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, e que o seu exercício profissional tem de se caracterizar por uma atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica, suportando princípios de atuação com responsabilidade profissional e prudência.

A *Association of Perioperative Registered Nurses (AORN)* em 2000 inicia o desenvolvimento de um modelo conceptual que aborda as especificidades e o contexto de cuidados perioperatórios, designado por *Perioperative Patient Focused Model*.

Figura 1: Perioperative Patient Focused Model (Fonte: Benze, Spruce e Groah 2021, p. 7)



De acordo com Mota (2021), os cuidados de enfermagem perioperatório neste modelo são descritos como cuidados centrados na pessoa em situação perioratória, reconhecendo o papel do enfermeiro como advogado da mesma e de supervisão nos cuidados. Como é representado na Figura 1, no núcleo do modelo situa-se a pessoa em situação perioratória e a(s) pessoa(s) significativa(s), fornecendo o foco dos cuidados de enfermagem perioperatório. Nos círculos concêntricos que se expandem estão representados os domínios e elementos da enfermagem perioperatória. No modelo observa-se 4 domínios: segurança da pessoa em situação perioperatória, as suas respostas fisiológicas, as suas respostas comportamentais e o sistema de saúde, reconhecendo-se a importância do contributo do ambiente de prática. (Benze, Spruce e Groah, 2021) Mota (2021), reforça a dimensão crucial da segurança da pessoa em situação perioperatória, refletindo os riscos bem como a complexidade que envolve a prestação de cuidados no contexto perioperatório e a vulnerabilidade da pessoa. Nos dois semicírculos externos adjacentes estão representados os subdomínios de diagnósticos e intervenções de Enfermagem. Aos enfermeiros perioperatórios cabe o papel de avaliação da pessoa em situação em cuidados perioperatório tendo por base os resultados, que auxilia na identificação de diagnósticos de Enfermagem e a implementação de intervenções de Enfermagem individualizadas (Mota 2021).

Tendo por base todos pressuposto já apresentados o modelo do *Perioperative Patient Focused Model*, é adotado e selecionado como referencial teórico presente neste relatório final de estágio.

2. Enquadramento do contexto de estágio

A realização do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, integrado no 2º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na opção área de especialização à pessoa em situação Perioperatória, desenvolve-se num contexto de prática clínica, onde se pretende que este constitua “uma experiência de formação prática/clínica orientada por objetivos de nível avançado que deve demonstrar a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento e de decisão complexas na área profissional” (ESSN- CVP, 2022, p. 3). O estágio decorre em contexto de bloco de especialidades apenas num momento, entre 3 de outubro de 2022 e 28 de março de 2023, com a duração de 440 horas.

É desenvolvido no Bloco Operatório (BO) de um Centro Hospitalar da zona centro do país. Este Centro Hospitalar integra três unidades hospitalares e tem uma área de influência que engloba 15 concelhos, servindo uma população de cerca de 266 mil habitantes.

Encontra-se dividido em vários departamentos, sendo que o departamento da Área da Anestesiologia e Bloco Operatório, tem como serviços dependentes: serviço de Anestesiologia, serviço de Blocos Operatórios, Unidade de Paliativos e Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos.

O BO da unidade onde decorre o estágio é composto por 4 salas, onde ocorre principalmente atividade cirúrgica eletiva, das especialidades cirúrgicas: Cirurgia Geral, Cirurgia Plástica, Urologia, Otorrinolaringologia e Oftalmologia. É também nesta unidade que se desenvolve a maioria das cirúrgicas laparoscópicas, uma vez que possui equipamento mais diferenciado e atualizado. A atividade eletiva desenvolve-se das 8:00 horas às 15:00 horas e das 14:00 horas às 21:00 horas, de segunda a sexta-feira de acordo com a programação definida. A Unidade de Cuidados de Pós Anestésicos (UCPA) também está integrada no BO e tem a capacidade de 5 camas, funcionando das 8:00 horas às 22:00 horas. Em continuidade com o espaço físico do BO, encontra-se a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos, permitindo uma melhor articulação e gestão dos recursos materiais. Ainda nesta unidade do Centro Hospitalar está localizada a unidade de Cirurgia de Ambulatório, com a capacidade de 1 sala, onde se desenvolve as especialidades cirúrgicas: Ortopedia, Ginecologia e Cirurgia Pediatria. A equipa de enfermagem é composta por 34 elementos, sendo 5 destes elementos especialista (2 em Enfermagem Comunitária, 1 em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 em Enfermagem Médico-Cirúrgica e 1 em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área à Pessoa em Situação Perioperatória).

Face ao campo de estágio selecionado, são definidos como objetivos:

- Desenvolver competências especializadas em enfermagem perioperatória, na função de enfermeira anestesia, circulante e instrumentista no âmbito da Cirurgia Geral Laparoscópica, através da observação, análise e reflexão da experiência vivenciada;
- Demonstrar a intervenção do enfermeiro perioperatório no âmbito da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

E como objetivos específicos:

- Demonstrar competências para capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica laparoscópica;
- Promover cuidados à pessoa em situação Perioperatória, submetida a cirurgia laparoscópica;
- Cooperar com o serviço na formação em serviço, no âmbito da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS.

3. Competências comuns de enfermeiro especialista

De acordo com a Ordem dos enfermeiros (OE), a Enfermagem é a:

“profissão que na área da saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem, ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde para atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”. (OE, 2023, p.1)

Realçando que os cuidados de saúde, e consequentemente os cuidados de enfermagem, revelam uma fulcral importância e exigência técnica e científica, é requerido aos profissionais uma maior diferenciação e especialização. Desta forma, ao enfermeiro com o portador do título profissional, exige-se a competência científica, técnica e humana na prestação de cuidados gerais. Por sua vez, e indo ao encontro Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019), ao enfermeiro especialista reconhece-se a competência científica, técnica e humana para prestar cuidados especializados nas áreas de especialidade em enfermagem reconhecidas pela OE. É definido que a certificação das competências clínicas especializadas demonstra que o enfermeiro especialista é detentor de um “conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades que ponderadas as necessidades de saúde do grupo-alvo, mobiliza para atuar em todos os contextos de vida as pessoas e nos diferentes níveis de prevenção”. (OE, 2019, p. 4745)

Para demonstrar a aquisição e o desenvolvimento das competências do enfermeiro especialista, este relatório está estruturado tendo por base o conjunto de competências comuns aos enfermeiros definidas pela OE no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019. De acordo com este regulamento as competências estão agrupadas em 4 domínios: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

3.1. Competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

No que concerne a este domínio de competências, de acordo com a OE (2019), cabe ao enfermeiro especialista demonstrar que exerce cuidados seguros, com profissionalismo e

ética, através do desenvolvimento de habilidades na tomada de decisão ética e deontológica. Para tal deverá assentar “num corpo de conhecimento no domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente”. (OE, 2019, p. 4746)

Ao enfermeiro especialista, perante uma pessoa em situação perioperatória, compete ser responsável por todas atividades e intervenções, aplicando o seu conhecimento científico e competências nas várias fases do perioperatório, desde o acolhimento até à transferência no pós-operatório. Todas as intervenções de enfermagem devem ser efetuadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana, respeitando valores universais de igualdade, verdade e justiça, altruísmo, solidariedade e liberdade responsável. (OE, 2015)

Concomitantemente, no que concerne às pessoas em situação perioperatória, e ao encontrarem-se numa posição de vulnerabilidade, muitas vezes estão incapazes de tomar decisões relacionadas com os seus cuidados, destacando o papel do enfermeiro como seu “advogado”. Neste papel supressai a temática do direito à informação e consentimento informado, para que as pessoas possam tomar as melhores decisões possíveis para si próprias, respeitando a sua integridade biopsicossocial, cultural e espiritual. Ao longo do período de estágio, e desenvolvendo uma prática profissional, respeitando as premissas já referidas na interação com as pessoas em situação perioperatória, privilegia os cuidados com respeito pela igualdade, equidade, dignidade, privacidade e intimidade, estando disponível para fornecer toda a informação indispensável para as melhores decisões num ambiente terapêutico e seguro.

3.2. Competências do domínio da melhoria contínua da qualidade

Relativamente às competências deste domínio, cabe ao enfermeiro especialista garantir um papel de dinamizador e de suporte nas estratégias na área de governação clínica, desenvolvendo práticas de qualidade para colaborar e gerir em programas de melhoria contínua, garantindo um ambiente terapêutico e seguro. (OE, 2019)

Em 2013, através da Norma n.º 002/2013, a DGS implementa em Portugal o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, tornando o registo da utilização da LVSC obrigatório para todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica e indispensável na garantia da segurança. Deste modo, também o hospital onde decorre o contexto clínico do estágio, adere e nomeia um enfermeiro responsável, em cada bloco operatório de cada unidade, pela

implementação, aplicabilidade e auditoria da LVSC. No período referente ao estágio e ao ser acompanhado pelo enfermeiro tutor, responsável na unidade do hospital por este projeto de melhoria, a investigadora tem a oportunidade de aprofundar e refletir sobre esta ferramenta de trabalho. Toda esta metodologia leva à reflexão e constatação que por vezes a LVSC, apenas é vista como um exercício de preenchimento de um formulário, levando a questão: quais os fatores de adesão dos enfermeiros à LVCS, ferramenta crucial na segurança à pessoa em situação perioperatória.

3.3. Competências do domínio da gestão dos cuidados

Em relação às competências deste domínio, cabe ao enfermeiro especialista a gestão dos cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de enfermagem e a articulação na equipa de saúde e a gestão de recursos face às situações e ao contexto, garantindo a qualidade dos cuidados. (OE, 2019) Ao enfermeiro especialista acresce a responsabilidade de otimizar o processo de cuidados na tomada de decisão, disponibilizando assessoria e colaborando nas decisões da equipa de saúde. Trabalhar numa sala operatória acresce um papel de dinamizador entre os vários atores presentes. Ao longo do estágio a investigadora tem a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor e verificar como este exerce o papel de líder, pois muitas vezes é o elemento com mais conhecimentos e aptidões na sala operatória, gerindo de forma eficiente os equipamentos, materiais disponíveis e recursos humanos. Ao motivar os restantes elementos da equipa, cria um ambiente positivo e favorável à prática, melhorando a comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e contribui para um clima organizacional favorável, seguro e centrado na pessoa em situação perioperatória. Também a este enfermeiro acresce a responsabilidade de manutenção e reposição do material e equipamento, sempre que se verifica alguma avaria ou falha. No início e final de cada programa operatório, o enfermeiro tutor garante a verificação dos equipamentos para que os procedimentos cirúrgicos decorram na maior segurança e qualidade possível.

3.4. Competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Relativamente às competências desenvolvidas neste domínio, pretende-se que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade, baseando a sua prática clínica em evidência científica. (OE, 2019) Ao longo do estágio a investigadora sente a necessidade

de procurar respostas e aumentar conhecimentos, de modo a incrementar a sua aprendizagem, destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências enquanto enfermeiro especialista. Para tal, sempre que necessário e após momentos de reflexão com o enfermeiro tutor, procura suportar a sua prática clínica em evidência clínica recorrendo ao uso de base de dados científicas como a CINAHL, Cochrane, MedcLatina e MEDLINE, via ESBCO, disponível pela OE e participar em formações, já programadas, no contexto de estágio.

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

Na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, o alvo de intervenção dos cuidados é:

“pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença.” (OE, 2018, p. 19366)

No Regulamento nº 429/2018 da OE é definido que no período perioperatório o enfermeiro especialista desenvolve a área de intervenção em 5 momentos complementares: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e pós-operatória, englobando as 3 fases: pré, intra e pós-operatório. Ao enfermeiro perioperatório é exigido que demonstre competências especializadas para cuidar e garantir a segurança congruente com a consciência cirúrgica. Concomitantemente, a OE (2018) define as competências específicas do Enfermeiro Especialista em Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória, dividindo-as em 2 grandes unidades de competências:

- Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;
- Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

4.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

No que concerne a esta unidade de competência, cabe ao enfermeiro especialista mobilizar os conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família/pessoa significativa de modo

a facilitar todo o processo anestésico-cirúrgico e a capacitá-los para o auto-cuidado e a reintegração familiar e social. (OE, 2018)

A visita de enfermagem pré-operatória é uma atividade autónoma do enfermeiro, mas deve ser integrada numa atuação multidisciplinar onde o principal objetivo é a confirmação de todos os dados e a humanização dos cuidados. É este também um momento ideal para capacitar a pessoa e a família/ pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, uma vez que representa, muitas vezes o início do processo dos cuidados perioperatórios visando o contato prévio com o enfermeiro. Como estipulado pela Associação dos Enfermeiros das Salas de Operações Portugueses (AESOP, 2006) deve ser realizada pelo enfermeiro de anestesia no dia anterior ao procedimento, de modo a diminuir a ansiedade e o medo, promovendo a colaboração da pessoa na planificação dos cuidados perioperatórios. Ao longo do estágio é dado à investigadora a oportunidade de efetuar as visitas de enfermagem pré-operatórias, projeto implementado no local estágio. Nas visitas efetuadas, através da utilização de estratégias facilitadoras da comunicação e promotoras de esperança realista, é estabelecido uma relação de ajuda onde assegura que a pessoa compreende a informação disponibilizada para permitir uma tomada de decisão consciente. Também neste contato eram confirmados alguns dados para uma promoção segura dos cuidados intra-operatórios como: terapêutica habitual, internamentos anteriores, alergias medicamentosas ou alimentares, consumo de álcool, tabaco ou drogas, uso de próteses e implantes, entre outros. Posteriormente, reforçava-se a informação sobre: manter jejum, remover maquilhagem e próteses, descrição de algumas rotinas pré-operatórias, fazer o ensino sobre a dor, entre outros.

O diálogo mantido com a pessoa em situação perioperatória, onde a família/pessoas significativas muitas vezes estão presentes por ocorrer em horário de visitas, permite assegurar mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, bem como adequar estratégias facilitadores da comunicação adequadas para aumentar a segurança para o procedimento. Na impossibilidade de a visita não ser realizada pelo enfermeiro de anestesia, na passagem de turno da manhã, é transmitida toda a informação recolhida e relevante ao enfermeiro de anestesia, permitindo a continuidade do planeamento dos cuidados a prestar no intra-operatório.

Em relação ao intra-operatório, a investigadora em concordância com o enfermeiro tutor e de acordo com os objetivos a que se propõe, presta cuidados e age com pertinência nas 3 áreas de atuação anestesia, circulação e instrumentação na especialidade de cirurgia laparoscópica dando ênfase à cirurgia efetuada com a tecnologia 3D/4K. Esta tecnologia na torre de laparoscópica permite uma visualização de imagem com maior qualidade,

contribuindo para que as cirurgias sejam realizadas de forma mais segura e eficaz. Ao longo do estágio houve um crescente na autonomia da investigadora de modo a executar intervenções de enfermagem tendo por base conhecimentos especializados, com evidência científica e experiência profissional. Ao desenvolver a sua intervenção numa perspetiva interprofissional é proposta pela investigadora uma formação com o objetivo de fomentar a reflexão sobre a importância da adesão dos enfermeiros de bloco operatório à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. (Anexo I) Este momento ocorreu a 2 de fevereiro de 2023 e fomenta a partilha e reflexão sobre uma ferramenta tão crucial no que concerne à segurança no período perioperatório. Os objetivos específicos são:

- Identificar os 3 momentos da realização da LVSC;
- Determinar as principais vantagens na adesão à LVSC;
- Contextualizar da LVSC no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026;
- Descrever a ligação entre a aplicação da LVSC e a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios.

4.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Os cuidados perioperatórios estão associados a um elevado risco, em particular à possibilidade de ocorrência de eventos adversos, uma vez que há uma vulnerabilidade presente na pessoa em situação perioperatória e existe uma complexidade do ambiente, recursos e dos procedimentos efetuados. Ao enfermeiro especialista é necessário a mobilização de conhecimentos e habilidades para garantir a segurança da pessoa, profissionais e do ambiente, agindo com a ética profissional. (OE, 2018)

Durante o estágio, a investigadora em parceria com o enfermeiro tutor, promove uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa, preparando o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados. Ao garantir a presença dos recursos materiais, respeitando a gestão dos stocks, alterando a ordem dos procedimentos, quando necessário, e comunicando com os restantes profissionais de forma eficaz, aumenta a segurança para a pessoa em situação perioperatória e para todos os elementos da equipa. No que concerne à preparação do ambiente, especificamente nas condições ambientais, é monitorizado e registado diariamente a temperatura, humidade e gradiente de pressão, para garantir o bem-estar e a satisfação da equipa e da pessoa em situação perioperatório.

Relativamente ao processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatório, a investigadora e o enfermeiro tutor, servindo de modelos de referência, planeiam e prestam os cuidados baseados na norma “Feixes de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico (ILC) da DGS (2022). Esta norma insere-se no objetivo estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos” do Pilar 5. Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Para a DGS (2022), a prevenção da ILC é um processo complexo, multifatorial e requer a integração de medidas padronizadas que abrangem todo o período perioperatório. A norma é emitida para garantir uma prestação uniforme e integrada nos cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica. Indo ao encontro do que está explanado pela DGS (2022) a investigadora e o enfermeiro tutor, zelam pelo cumprimento das intervenções:

- Realização da tricotomia apenas quando necessária, e imediatamente antes da intervenção com máquina de corte de uso único;
- Realização da profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, com a administração nos 60 min anteriores à incisão cutânea;
- Realização da antissépsia da pele da pessoa imediatamente antes da incisão, utilizando a solução antisséptica de CloroHexidina a 2% em álcool a 70%;
- Garantia homeostasia intra-operatória através da:
 - Manutenção da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}$ C)
 - Manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl)
 - Manutenção da saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95% e uma perfusão adequada durante a cirurgia.

Também com a execução impreterivelmente da LVSC, e não utilizando esta ferramenta apenas como um formulário, garante uma melhoria na comunicação entre os vários elementos da equipa multidisciplinar e uma gestão adequada e oportuna da profilaxia cirúrgica antibiótica, o cumprimento dos processos e a confirmação da esterilização dos dispositivos médicos. Também a LVSC garante a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico e uma estratégia de comunicação para assegurar a documentação precisa e a continuidade dos cuidados.

Relativamente à competência promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório é dado à investigadora a oportunidade de visitar a Unidade Reprocessamento de Dispositivos Médicos, verificando as várias etapas que os dispositivos médicos de utilização múltipla sofrem, desde a recolha e transporte do material contaminado

até ao seu armazenamento. Esta unidade assegura as necessidades de reprocessamento de dispositivos médicos, no que respeita aos dispositivos de utilização múltipla em cumprimento das normas pela aplicação de princípios e técnicas associadas ao conceito de esterilização. De acordo com Duarte e Martins (2020), o material cirúrgico pode ser um veículo de transmissão de microrganismos caso a sua descontaminação e preparação não sejam adequadas. Deste modo, estes serviços devem assegurar as etapas de reprocessamento associadas (lavagem/ desinfeção, inspeção, conferência, elaboração de kits de instrumental cirúrgico, esterilização, armazenamento), promovendo o processo de rastreabilidade que garantam a qualidade e segurança aos cuidados perioperatórios.

5. Considerações finais

Ao enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, é exigido que a sua atuação tenha por base o domínio das competências comuns e específicas. Com a realização do estágio e da primeira parte deste relatório, a investigadora consegue fazer uma retrospectiva e reflexão sobre as competências e habilidades adquiridas. A escolha do local de estágio reflete o percurso profissional da investigadora e a necessidade que identifica na aquisição de competências numa área em expansão como a cirurgia laparoscópica. A partilha de momentos de discussão e reflexão com o enfermeiro tutor, permite consolidar conhecimentos e adquirir competências e habilidades sobre o cuidar à pessoa em situação perioperatória, tendo por base a segurança e a qualidades dos cuidados. Permite também com a constante atualização de conhecimentos, servir de modelo de referência para a restante equipa de enfermagem em relação a algumas metodologias de trabalho. A opção de incidir sobre a temática, intervenção do enfermeiro perioperatório no âmbito da aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, consiste numa ponte para a segunda parte deste relatório, servindo para uma maior especialização nesta área.

Com o *terminus* desta etapa e com o desenvolvimento profissional relatado na primeira parte do relatório, pode afirmar-se que os objetivos são atingidos. Contudo este não é um percurso acabado, mas o início de uma caminhada pela aquisição de mais conhecimentos e competências, bem como para uma procura responsável da qualidade dos cuidados que a investigadora presta. Tendo em conta que o fator humano é de fato o mais importante na efetivação da qualidade dos cuidados de saúde, cabe a cada profissional a reflexão e a procura constante para um cuidar de excelência à pessoa em situação perioperatória.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

ENQUADRAMENTO: A LVSC surge em 2009 pela OMS e é definida como uma ferramenta para ser utilizada para melhorar a segurança cirúrgica e reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. A sua utilização demonstra melhorias na boa prática de cuidados e reforça a segurança, promovendo uma melhor comunicação e trabalho de equipa multidisciplinar. Também em Portugal com a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” pela DGS, e posteriormente com a aprovação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD), a LVSC torna-se uma estratégia obrigatória em todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e nas entidades com ele contratadas.

OBJETIVO: Mapear a evidência sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório;

METODOLOGIA: Realiza-se uma *Scoping Review*, que é um estudo que identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, usando a metodologia do *Joanna Briggs Institute, versão 2020*. Utilizando a mnemónica PCC, identifica-se os enfermeiros como a população (P), os fatores que influenciam a adesão LVSC como conceito (C) e o bloco operatório como o contexto (C). A primeira pesquisa preliminar realiza-se na CINAHL (via EBSCO) e MEDLine (via PUBMED) e identifica-se os *Medical Subject Headings* (MeSH) deste estudo: Guideline Adherence, Checklist, Operating Rooms e Patient Safety. Na segunda etapa, com os termos MeSH já identificados e com a formulação da frase booleana com o operador AND: “Guideline Adherence” AND “Checklist” AND “Operating rooms” AND “Patient Safety”, pesquisa-se com as adaptações às diferentes bases de dados científicos (CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), SciELO, Cochrane Central Register of Controlled Trials e RCAAP. Da pesquisa obtém-se um total de 75 artigos potencialmente relevantes. Após exclusão por duplicação e por não cumprirem os critérios de inclusão nem responderam ao objetivo deste estudo, inclui-se a totalidade de 14 artigos nesta *Scoping Review*.

RESULTADOS: Da análise dos 14 artigos selecionados, reconhece-se que: os problemas de comunicação, a resistência e o não envolvimento de outros profissionais (cirurgiões e anestesistas), a heterogeneidade da cultura de segurança dos elementos da equipa cirúrgica e uma incorreta implementação do Programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, contribuem para uma baixa taxa de efetividade da LVSC. As barreiras mencionadas conduzem a uma visualização incorreta da LVSC. No que concerne aos fatores de adesão identificados são: a

promoção de uma cultura de segurança cirúrgica envolvendo todos os elementos da equipa, os programas de formação periódicos com sessões de treino e reforço das ações educativas, as avaliações periódicas da adesão da LVSC com promoção de feedback acerca dos indicadores de efetividade e o envolvimento dos líderes/ gestores ao longo deste processo.

CONCLUSÃO: Mapear a evidência científica sobre os fatores de adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório permite adquirir conhecimentos atuais e contribuir para a uma maior reflexão e compromisso dos enfermeiros com a política de segurança. Em suma, a sensibilização do uso correto da utilização da LVSC, demonstra a sua importância na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados perioperatórios.

PALAVRAS-CHAVES: Adesão, Checklist, Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, Sala Operatória, Segurança do Paciente

2. Abstract

FRAMEWORK: The SCC was developed in 2009 by the World Health Organization and it is a tool used in order to improve surgical safety and reduce deaths and avoidable complications. Its use shows improvements in the good practice of care and reinforces safety, promoting better communication and multidisciplinary teamwork. In Portugal, with the implementation of the project “Safe Surgery Saves Lives” by DGS, and later with the approval of the National Plan for Patient Safety (NPPS), the SSC became a mandatory strategy in every operating room of the National Health Service (SNS) and its contractors.

AIM: Map the evidence regarding the factors that influence nurses’ adherence to the SSC in the operating room;

METHODOLOGY: A *Scoping Review* is performed, which corresponds to a type of evidence synthesis which identifies and maps the amplitude of evidence in a particular topic, field, concept or question, using the *Joanna Briggs Institute* methodology, version 2020. Using the PCC mnemonic, nurses are identified as population (P), the factors that influence the adherence to the SSC as concept (C) and the operating room as context (C). The first preliminary research is performed in CINAHL (via EBSCO) and MEDLine (via PUBMED) and identifies with the *Medical Subject Headings* (MeSH) of this study: Guideline Adherence, Checklist, Operating Rooms and Patient Safety. In the second stage, with the *MeSH* already identified and with the formulation of the Boolean sentence with the operator AND: “Guideline Adherence” AND “Checklist” AND “Operating rooms” AND “Patient Safety” is searched with adaptations to the different scientific data bases (CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), SciELO, Cochrane Central Register of Controlled Trials and RCAAAP). From the search, a total of 75 potentially relevant articles are obtained. After the exclusion of doubled articles and ones which did not follow the inclusion criteria nor matched the study’s objective, a total of 14 articles were included in this *Scoping Review*.

RESULTS: Of the analysis of the 14 selected articles, it is acknowledge that: the communication problems, the resistance and non-involvement of other professionals (surgeons and anaesthesiologists), the heterogeneity of the safety of the surgical team members culture and an incorrect implementation of the Programme “Safe Surgery Saves Lives”, contribute to a low rate of effectiveness of the SSC. The obstacles mentioned lead to

an incorrect observation of the SSC. As far as the adherence factors are concerned, they are: the promotion of a surgical safety culture involving all team elements, periodic training programmes with training sessions and reinforcement of educational activities, periodic evaluations of the adherence to the SSC while promoting feedback about the effectiveness indicators, and the involvement of leaders/managers throughout this process.

CONCLUSION: Mapping the scientific evidence regarding nurses' adherence to the SSC in the operating room enables the acquisition of current knowledge and contributes to a broader reflection and commitment of the nurses to the safety policy. In sum, the awareness of the correct use of the SSC shows its importance in the improvement of the quality and safety of the perioperative care.

KEYWORDS: Guideline Adherence, Checklist, Surgical Safety Checklist, Operating Rooms, Patient Safety

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A segurança do doente é um aspeto fulcral na prestação de cuidados e constitui um elemento basilar na garantia de sistemas de saúde eficientes. De acordo com Donabedian (1988, citado por Barroso et al 2021), a segurança é uma dimensão fundamental da definição de qualidade dos cuidados de saúde e pode ser definida como:

“a capacidade para atingir os objetivos desejados, tendo em consideração a maximização do bem-estar do doente, depois de este tomar em consideração o balanço entre os ganhos e as perdas esperadas nas várias fases do processo da prestação dos cuidados de saúde”. (Donabedian 1988, citado por Barroso et al 2021, p. 3)

Neste milénio, o objetivo de aumentar e garantir o nível de segurança das pessoas, dos cuidados de saúde e dos profissionais, é conseguido através do envolvimento de todos na promoção da aprendizagem com os erros e a implementação de estratégias e práticas seguras alicerçadas numa cultura de segurança e numa política estratégica. (Barroso et al, 2021)

Para a OMS, a segurança do doente visa um princípio fundamental dos cuidados de saúde e na 74ª Assembleia Mundial da Saúde, realizada a 28 de maio de 2021, é aprovado o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021- 2030 que tem como objetivo: eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde, permitindo evitar danos ou mesmo travar a morte de milhões de doentes, na sequência de cuidados de saúde inseguros a nível mundial.

Respeitando as metas e os objetivos delimitados pela OMS sobre esta temática, a DGS em 2021, e dando continuidade a um processo de 2015, inicia os trabalhos para o desenvolvimento do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Este plano tem em consideração as orientações internacionais e está adaptado à realidade nacional, num processo integrador e consolidando os sucessos do PNSD de 2015.

Através da publicação do despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, o PNSD 2021-2026 é definido e tem como objetivo: “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança

do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos.” (DGS, 2021, p.21) Este plano está estruturado em 5 pilares (Cultura de Segurança, Liderança e Governança, Comunicação, Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança e Práticas Seguras em Ambientes Seguros) que suportam 14 objetivos estratégicos.

3.1. *Segurança Cirúrgica*

A atuação num bloco operatório é complexa, interdisciplinar, com forte dependência do desempenho individual. Fatores de equipa e fatores organizacionais desempenham um papel fundamental, na constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos, em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo stress. Concomitantemente, a vulnerabilidade, a dependência e a necessidade de apoio que a pessoa em situação perioperatória está sujeita, torna-a mais suscetível à ocorrência de eventos adversos. Em 2009 a OMS, refere que “quase 7 milhões de doentes cirúrgicos terão complicações significativas em cada ano, 1 milhão dos quais morrerá durante ou imediatamente após a cirurgia”. (DGS,2010, p. 4) Deste modo, a segurança cirúrgica é definida como um problema de saúde pública *major*, onde a OMS identifica 4 desafios no intuito de a melhorar:

- Reconhecimento da segurança cirúrgico como um problema de saúde;
- Escassez dados de monitorização nos cuidados cirúrgicos;
- Inexistência de práticas de segurança fiáveis, muitas vezes devido à falta de sistematização nos cuidados;
- Complexidade dos cuidados.

Para superar os desafios identificados, surge o Programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, com o objetivo “melhorar a segurança dos cuidados cirúrgicos em todo o mundo, através da definição de um conjunto de normas de segurança que pode ser aplicado em todos os países e em todos os contextos.” (DGS, 2010, p. 6) Neste programa, o reconhecimento destes 4 desafios teria alertado para a necessidade do desenvolvimento de uma estratégia de promoção de segurança nos contextos cirúrgicos a nível mundial. A utilização de uma lista de verificação nos cuidados cirúrgicos permitiria sistematizar, relembrar questões de rotina que seriam facilmente negligenciadas em situações complexas e graves, ajudando no trabalho em equipa. Nesta lista seriam introduzidas 4 áreas que melhorariam a segurança dos cuidados cirúrgicos: prevenção da infeção do local cirúrgico, anestesia, trabalho de equipa e indicadores de avaliação da *performance* cirúrgica.

3.2. *Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica*

A LVSC (Anexo II) surge em 2009 pela OMS, reconhecendo que esta estratégia levaria à diminuição de ocorrência de eventos adversos, fomentaria a operacionalização de práticas seguras e promoveria a comunicação e o trabalho em equipa. A implementação desta estratégia é orientada por três princípios: simplicidade, aplicabilidade e mensurabilidade. Deste modo, a LVSC torna-se uma estratégia simples e aplicável em qualquer contexto, que não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos. É projetada para ser simples e curta e não uma imposição ou um desperdício de tempo.

No intuito de minimizar as complicações graves ou mesmo mortes, as equipas têm de respeitar 10 objetivos básicos, essenciais a qualquer procedimento cirúrgico, definindo a OMS como orientações de segurança cirúrgica:

- “1. A equipa vai operar o doente certo, no local correcto.
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
3. A equipa vai identificar e estar efectivamente preparada para actuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efectivamente preparada para actuar face ao risco de elevada perda de sangue.
5. A equipa vai evitar a indução de uma reacção alérgica ou reacções adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infecção do local cirúrgico.
7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.

8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.
9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.”

(DGS, 2010, p. 15)

A OMS (2009) identifica três momentos-chave para a equipa utilizar a LVSC: antes da indução da anestesia (*sign in*), antes da incisão da pele (*time out*) e antes do doente sair da sala de operações (*sign out*). No momento *sign in*, é recomendado a verificação da identificação do doente, bem como, se este está consciente, dá seu consentimento informado e esclarecido para a realização do procedimento e da anestesia, e se a marcação do local cirúrgico é realizada. No que concerne ao momento *time out*, este momento deve ser de pausa antes da incisão da pele, com a participação ativa de todos os elementos da equipa, promovendo a comunicação entre todos os elementos. É o período de verificação de segurança final, onde pretende-se que o coordenador confirme, em voz alta, identificação do doente, procedimento e o local cirúrgico. É também o momento de certificar posicionamento, a realização da antibioterapia profilática, existência dos equipamento e materiais específicos necessários e o seu estado de descontaminação, bem como rever aspetos críticos e preocupações antes do procedimento cirúrgico. No momento *sign out*, na presença de toda a equipa, procede-se à validação do procedimento efetuado, contagem de instrumentos, compressas e cortoperfurantes utilizados e verificação da rotulagem de eventuais produtos biológicos ou peças operatórias para análise. É também neste período, que se define os aspetos relevantes a transmitir à equipa que vai receber e cuidar no pós-operatório.

3.2.1. Implementação da LVSC em Portugal

Em Portugal, a DGS ao aderir ao programa “Cirurgia Segura, Salva Vidas” da OMS em 2009, reconhece que a segurança cirúrgica é um problema de saúde pública, e existe a necessidade de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados nos blocos operatórios. Com a circular normativa nº16/DQS de 22 de junho de 2010, recomenda a implementação deste programa em todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde referindo que:

“Gestos simples, como a mera verificação de uma lista (“Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica”) enumerando os principais problemas potencialmente associados a cada uma das fases da cirurgia (antes, durante e após), com envolvimento activo de todos os profissionais de saúde que constituem a equipa cirúrgica, traduzem-se em amplos benefícios já bem demonstrados em estudos internacionais, nomeadamente, numa significativa redução das taxas de complicações e de mortalidade”. (DGS, 2010, p.1)

Em 2013, através da Norma n.º 002/2013, a DGS implementa em Portugal o projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, tornando, finalmente, o registo da utilização da LVSC obrigatório para todos os blocos operatórios do Serviço Nacional de Saúde (SNS) e das entidades com ele contratadas, sendo considerado o padrão mínimo de qualidade clínica. No entanto, ao executar o PNSD 2015-2020, através do Despacho nº. 1400-A/2015, o Ministério da Saúde identifica que a taxa de não conformidade da utilização da LVSC nos hospitais é de cerca de 20%, o que representa uma baixa adesão a este projeto por parte de alguns hospitais. Deste modo, define como objetivo para 2020: utilizar em 95% das cirurgias a LVSC e reduzir a taxa de não conformidade da utilização da LVSC em 5% face ao ano anterior. Na avaliação da implementação do PNSD 2015-2020, mais especificamente no objetivo estratégico 3, aumentar a segurança cirúrgica, verifica-se mais uma vez a existência de instituições que ainda não utilizam a LVSC e uma evolução crescente na taxa média de não conformidade na utilização da LVSC, reforçando a importância de dar-se continuidade no PNSD 2021-2026. Inserido no pilar 5: Práticas Seguras em Ambientes Seguros, especificamente no objetivo “implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde”, volta-se a incidir na promoção da utilização de ferramentas digitais para práticas

seguras relativas à segurança cirúrgica, nomeadamente através de indicadores como a taxa de não conformidade da utilização da LVSC.

Atualmente várias associações continuam a descrever a LVSC como o elemento crucial e basilar na segurança e qualidade dos cuidados perioperatório. A European Operating Room Nurses Association (EORNA) refere que apoia todas as iniciativas para promover a segurança da pessoa em situação perioperatória para garantir o local correto, o procedimento correto e a cirurgia correta da pessoa em situação perioperatória. Deste modo afirma:

“embora este documento seja escrito como um documento abrangente para todos os membros da EORNA, observa-se que todos os países têm sistemas diferentes para gerenciar a jornada do paciente cirúrgico; portanto, este documento foi escrito como um documento de orientação para o uso da Lista de Verificação de Cirurgia Segura”. (EORNA, 2023, p. 23)

A utilização da LVSC deve ser encarada como uma estratégia primordial na melhoria da qualidade e segurança das práticas cirúrgicas. Ao ser implementada deve ter como objetivo o “desenvolvimento de estratégias de dinamização e melhoria do trabalho em equipa, com uma ênfase primordial na comunicação interprofissional e das equipas cirúrgicas” (DGS, 2013, p.1). Contudo, deve-se ter em conta que apenas implementar a LVSC não garante seu desempenho adequado, uma vez que as perceções de todos os profissionais envolvidos e os fatores organizacionais podem influenciar no seu uso correto. (Poveda et al, 2021)

O processo da efetiva utilização da LVSC é complexo e exige mudanças de comportamento e atitude por parte de todos os profissionais de saúde em relação à segurança do doente. Os fatores primordiais passam pelo envolvimento, a formação e educação, o treino e o compromisso da equipa multidisciplinar. (Barroso et al, 2021)

Com o decorrer do estágio efetuado e tendo em conta a experiência profissional, surge uma inquietação sobre a adesão dos enfermeiros à LVSC em contextos de bloco operatório. Este estudo pretende mapear a evidência sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC, contribuindo para a uma maior reflexão e aumento do compromisso destes profissionais na política de segurança. Opta-se por realizar uma *scoping review* para adquirir conhecimentos mais atuais, contribuindo para a uma maior reflexão e compromisso dos enfermeiros com a política de segurança, pois não estão identificadas revisões sobre o tema. Define-se como objetivo geral:

- Mapear a evidencia sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório.

4. Questão de Revisão

Ao realizar a *scoping review*, seguindo com a metodologia *Joanna Briggs Institute*, versão 2020, é utilizado a mnemónica PCC (população, conceito e contexto) para a construção da questão de investigação. Assim corresponde:

- População: enfermeiros;
- Conceito: fatores que influenciam a adesão da LVSC;
- Contexto: bloco operatório.

Indo ao encontro do objetivo proposto, a questão que orienta este trabalho de investigação é:

- Quais as evidências existentes sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório?

5. Critérios de inclusão

Para Amendoeira (2022), a realização de uma *scoping review* permite um tipo de síntese de evidência que identifica e mapeia a amplitude de evidência disponível num determinado tópico, campo, conceito ou questão, usando a metodologia do *Joanna Briggs Institute*. Este instituto representa uma das organizações líderes no mundo em prática baseada na evidência, que promove e apoia a síntese, a transferência e a utilização de evidência por meio da identificação de práticas de saúde viáveis, apropriadas, significativas e eficazes para ajudar na melhoria global dos resultados de saúde. De acordo com a metodologia do JBI, versão 2020, numa *scoping review* os objetivos, o desenvolvimento da questão de investigação e os critérios de inclusão e exclusão dos artigos selecionados, devem ter por base a mnemónica *PCC* (População, Conceito e Contexto). (Amendoeira, 2022)

No presente estudo, e seguindo a metodologia já referida, define-se:

- População: todos os estudos cujo participantes sejam adultos, de ambos o género, que trabalhem como enfermeiros no bloco operatório.
- Conceito: a LVSC, bem como os fatores de adesão são os principais conceitos a explorar.
- Contexto: apenas os estudos realizados em bloco operatório. Define-se bloco operatório como “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico-cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida.” (AESOP, 2006, p.20) Fica excluído estudos em blocos operatórios de ambulatório e de pediatria.

No que concerne ao tipo de estudos inclui-se qualquer literatura existente, entre outros, estudos primários de investigação, revisões sistemáticas, textos, relatórios ou orientações, desde que sejam ajustadas à informação que se tenta mapear. Assim, são considerados válidos todos os estudos exploratórios, descritivos e correlacionais, tanto de abordagem quantitativa como qualitativa, bem como todos os tipos de estudo observacionais (estudos experimentais, ensaios clínicos, analíticos e descritivos). Em relação aos estudos qualitativos são válidos os estudos como: fenomenologia, teoria fundamentada, etnografia, descrição

qualitativa, investigação-ação e investigação feminista. Também são considerados válidos textos e artigos de opinião.

6. Metodologia

Para manter o rigor científico desta *Scoping Review* é conduzida, como já referido anteriormente, de acordo a metodologia de pesquisa do *JBI*, versão 2020, permitindo a reprodutibilidade e demonstrando as etapas e os critérios de seleção dos estudos incluídos.

6.1. Estratégias de Pesquisa

A estratégia de pesquisa, seguindo a metodologia de *JBI* decorre em duas fases. Na primeira fase e numa pesquisa preliminar define-se como critério de inclusão: todos os estudos primários, qualitativos ou quantitativos, revisões da literatura e literatura cinzenta. Esta primeira pesquisa realiza-se na CINAHL (via EBSCO) e MEDLine (via PUBMED) e decorre entre outubro de 2022 e janeiro 2023. De modo a identificar a literatura não publicada (literatura cinzenta), é procedida também à pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) mas sem resultados. Com a pesquisa é possível identificar termos utilizados pelos autores nos títulos e nos resumos dos estudos, os termos de indexação/ palavras-chave, identificando os *Medical Subject Headings* (MeSH) deste estudo: Guideline Adherence, Checklist, Operating Rooms e Patient Safety.

Na segunda etapa, com os termos *MeSH* já identificados e com a formulação da frase booleana com o operador AND, inicia-se em março 2023 a pesquisa nas bases de dados eletrónicas CINAHL (via EBSCO), MEDLINE (via PubMed), SciELO, Cochrane Central Register of Controlled Trials e RCAAP. A frase booleana em que se fundamenta a pesquisa é “Guideline Adherence” AND “Checklist” AND “Operating rooms” AND “Patient Safety”, nas suas adaptações às diferentes bases de dados científicos. (Anexo III)

6.2. Seleção dos estudos

A seleção dos estudos selecionados é realizada de acordo com os critérios de inclusão já referidos. No que concerne à língua de publicação são incluídos artigos escritos em português, inglês, francês e espanhol disponibilizados em texto integral. Para aumentar e potenciar uma análise compreensiva do fenómeno em estudo, apenas são considerados limites temporais para a pesquisa e seleção de artigos de 2009 até 2023, no intuito de integrar as evidências científicas desde o início dos grupos de trabalho da OMS para a segurança do doente e na operacionalização da Norma n.º 002/2013 pela DGS. Dois revisores Elsa Félix

independentes analisam os títulos e resumos dos estudos encontrados, confrontando-os com os critérios de inclusão previstos para a revisão. São excluídos os artigos duplicados e os que não correspondem à temática em estudo. Os resultados deste processo são apresentados em forma de fluxograma de acordo com Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping review (PRISMA-ScR). (Peters et al., 2020)

6.3. Extração dos dados

A extração de dados é realizada por dois revisores independentes. Os dados são extraídos dos estudos incluídos sob a forma de tabela, onde se identifica, conforme aplicável: autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos/finalidades, tipo de estudo, população, metodologia de avaliação e fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC. Qualquer desacordo que surja entre os revisores é resolvido por meio de diálogo e, caso não haja consenso, opta-se por recorrer a um terceiro elemento. Contudo, não se verificou esta necessidade neste procedimento.

6.4. Análise e apresentação dos dados

Os dados extraídos são expostos sob a forma tabela, de forma a sumarizar as evidências e de acordo com as recomendações do JBI, versão 2020. É adicionado a cada tabela um texto narrativo que complementa a informação existente nas mesmas. (Petter set al, 2020)

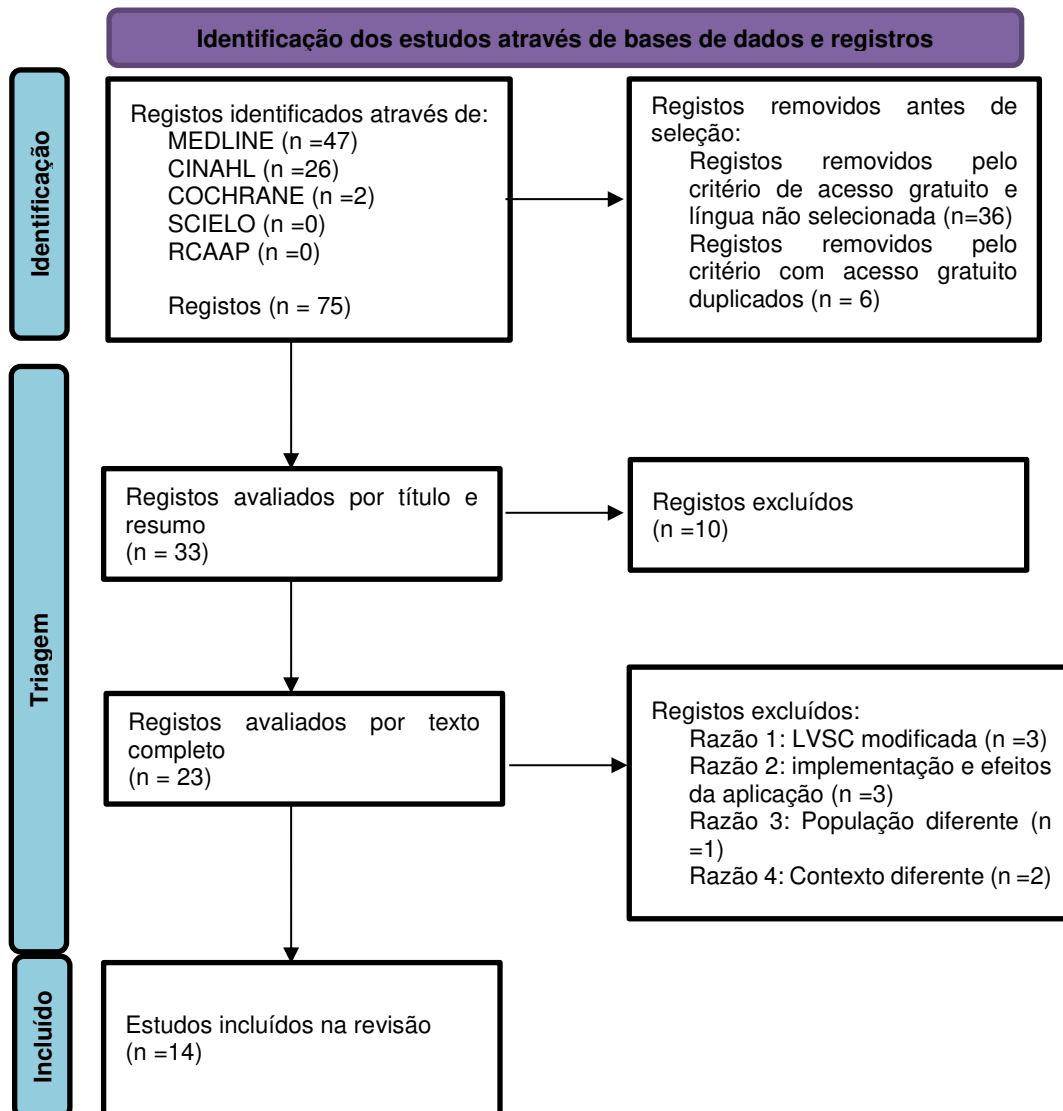
7. Resultados

A realização desta pesquisa, com a metodologia já definida, permite incluir o total de catorze artigos nesta *Scoping Review*. A totalidade dos artigos englobados cumprem os critérios de inclusão e pretendem responder à questão de investigação deste estudo: quais as evidências existentes sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório?

7.1. Resultados da pesquisa

Ao efetuar a pesquisa em junho de 2023 obtém-se um total de 75 registos potencialmente relevantes. As pesquisas são realizadas respetivamente: MEDLINE a 8/6/2023, CINAHL a 11/6/2023, COCHRANE a 7/6/2023, SCIELO e RCAAP a 8/6/2023. Destes 75 registos são excluídos 36 registos por não cumprirem o critério de acesso gratuito e 6 registos por estarem duplicados (total de 42). Dos restantes 33 registos após a leitura do título e resumo excluem-se 10 registos, por não responderem à questão desta revisão. Após leitura integral dos 23 registos excedentes, excluem-se 9 por não cumprirem os critérios de inclusão no que concerne: à população (1), ao contexto (2), referirem-se a uma LSVC modificada (3) e nem responderem ao objetivo deste estudo (3). Deste modo, inclui-se a totalidade de 14 artigos nesta *Scoping Review*. O processo de seleção dos artigos apresenta-se na figura 2, sob a forma de fluxograma, e de acordo com o PRISMA – ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-analyses extension for scoping Review). (Peters et al, 2020)

Figura 2: Fluxograma Representativo da Seleção de Artigos adaptado de PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews)



7.2. Dados Extraídos

Os dados extraídos dos artigos incluídos neste estudo são apresentados de forma tabular para compilar as evidências e os resultados que respondam à questão de investigação. É adicionada a cada tabela um texto narrativo com o intuito de acrescentar informação pertinente a esta *Scoping Review*. De salientar que os dados extraídos são apresentados por ordem cronológica regressiva (do artigo mais recente para o mais antigo).

Artigo 1 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 1: dados extraídos do Artigo 1

Título: Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios.	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Luciane Ribeiro ; Guilherme Cortes Fernandes ; Eduardo Gonzaga de Souza ; Luíza Costa Souto ; Anna Stephany Pereira dos Santos ; Ronaldo Rocha Bastos
Ano de Publicação	2019
País	Brasil
Objetivos/ Finalidades	Identificar a adesão à LVSC, a partir do seu preenchimento, num hospital geral de referência do interior do Estado de Minas Gerais, bem como verificar os fatores associados à sua utilização.
Tipo de estudo	Estudo transversal, documental, retrospectivo de abordagem quantitativa
População	423 registos de pessoas em situação perioperatória de todas as especialidades num hospital localizado em Minas Gerais no ano de 2015.
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória simples
Metodologia de avaliação	A adesão foi confirmada pela presença da LVSC, bem como o preenchimento de cada item do instrumento.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Resistência pelos cirurgiões para proceder à confirmação verbal dos itens de segurança; Promoção da cultura de segurança, envolvendo gestores e todos os profissionais de saúde; Realização de avaliações periódicas da adesão à LSVC para promover feedback à equipa cirúrgica acerca dos indicadores da efetividade da LVSC na redução de complicações.

Neste estudo, os autores identificam a presença da LVSC em 95% dos registos, mas em apenas 67,4 % estão totalmente preenchidos, não existindo uma diferença significativa no que concerne aos 3 momentos (84.2 % no *sign in*, 84.2%, no *time out* e 84.9 % no *sign out*). A responsabilidade da condução da LVSC é do enfermeiro circulante, com a participação ativa do anestesista no primeiro momento e do cirurgião no segundo momento, tornando-os responsáveis por determinados pontos de verificação. No primeiro momento, o item com menor percentagem de preenchimento é o “risco de perda de sangue” com 87.7 % e no segundo momento, a “confirmação do nome da pessoa, o procedimento e o local cirúrgico” é o ponto com pior percentagem de confirmação (85.8 %). Em relação ao *sign out*, o ponto “a rotulagem dos produtos biológicos e outros”, é confirmado em apenas 84.6% e identificado como responsabilidade total da equipa de enfermagem.

No que concerne à utilização da LVSC, os autores identificam “problemas na aplicação e fidelidade na execução, tais como ausência da equipe multidisciplinar na checagem, checagem sem verbalização dos seus itens de segurança e resistência ao seu uso pelos profissionais.” (Ribeiro et al, 2019, p. 9)

De salientar que os autores, identificam como limitação deste estudo o facto dados colhidos apenas serem feitos através da observação do preenchimento da LVSC e não existindo a observação direta da sua aplicação. Como tal, não há garantia que a verificação do preenchimento garanta a utilização efetiva da LSVC conforme as recomendações da OMS no que refere à verificação verbal com a participação ativa da pessoa em situação perioperatória e membros da equipa cirúrgica.

Artigo 2 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 2: dados extraídos do Artigo 2

Título: Does a novel method of delivering the safe surgical checklist improve compliance? A closed loop audit	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Sophie Reed, Rutendo Ganyani, Richard King, Meghana Pandit
Ano de Publicação	2016
País	Inglaterra
Objetivos/ Finalidades	Analisar se a entrega de um áudio pré-gravado da LSVC melhora a conformidade e o envolvimento da equipa no cumprimento da LVSC
Tipo de estudo	Estudo de abordagem quantitativa
População	92 procedimentos cirúrgicos de um hospital universitário de Inglaterra

Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória
Metodologia de avaliação	O preenchimento mais preciso e completo da LVSC.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Identificação de barreiras à implementação da LVSC incluem: hierarquia de pessoal, restrições de tempo, omissão de itens, visualização da lista de verificação como um exercício de caixa de seleção onde ninguém assume a responsabilidade pelas verificações de saída, levando mais uma vez, à sua omissão.

Este estudo permite concluir que o uso de áudio da LVSC permite a comunicação de 100 % de todas as perguntas e uma melhoria na participação geral da equipa cirúrgica. Esta nova modalidade de implementação permite, devido à sua natureza automatizada, uma maior tranquilidade nos elementos que não tinham confiança suficiente para pedir a todos que parassem e executassem a lista, especialmente quando trabalhavam com uma equipa desconhecida. Contudo é referido que a gravação em áudio prejudicava a comunicação humana e o trabalho de equipa, registando que esta alternativa ocupa mais tempo ao protocolo padrão.

Os autores referem que ao fim de 7 anos da introdução da LVSC em Inglaterra deve-se procurar novas estratégias para melhorar a conformidade na aplicabilidade desta ferramenta de segurança. A estratégia adotada melhora a taxa de preenchimento da LVSC, trazendo maior consistência nas perguntas lidas, mas não garante necessariamente que todos os elementos da equipa estejam presentes nem melhore significativamente o envolvimento dos profissionais neste processo.

Artigo 3 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 3: dados extraídos do Artigo 3

Título: Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study.	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Kristy Giles, Zachary Munn, Edoardo Aromataris, Anita Deakin, Timothy Schultz, Catherine Mandel, Guy Maddern, Alan Pearson e William Runciman
Ano de Publicação	2016
País	Austrália
Objetivos/ Finalidades	Avaliar a forma como a LVSC é utilizada e preenchida em contextos cirúrgicos nos hospitais australianos.
Tipo de estudo	Estudo de abordagem quantitativa (observação não participante da utilização da LVSC e transversal, documental dos registos)

População	50 auditorias a registos nos 11 hospitais e 103 observações diretas de procedimentos cirúrgicos nos 11 hospitais
Caraterísticas da amostra	Amostra intencional de 11 hospitais em 4 estados australianos
Metodologia de avaliação	Observação direta da LVSC por observadores treinados e auditorias aos registos para determinar a conformidade com a utilização LVSC e investigar a existência de discrepância entre a prática e os registos.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Programas de implementação estruturados com envolvimento multidisciplinar e com ações de formação da equipa na implementação da LVSC, com material de apoio que defenda a sua utilização.

A principal conclusão deste estudo é a discrepância entre a percentagem dos itens da LVSC preenchidos documentada (86 %) e o que é registado durante as observações (27 %). Apesar de ser considerada como dececionante, não é totalmente inesperada, pois os autores consideram que existe uma incongruência entre a prática observada e a registada. Este facto apoia a hipótese que muitas vezes a LVSC é preenchida (normalmente por um único membro da equipa), e não lida em voz alta e executada por toda a equipa, como pretendido, anulando a principal vantagem desta ferramenta. Especificamente, em relação à observação da percentagem nos 3 momentos da LVSC, os autores identificaram que no *time out* existe a percentagem mais elevada (36.65 %), enquanto que no *sign in* a percentagem foi a mais baixa (16.57 %). De destacar que existe itens da lista mais frequentemente abordados, tais como: identificação da pessoa em situação perioperatória (99 %), procedimento cirúrgico (97 %), existência de alergias (80 %) e o cumprimento da contagem correta de instrumentos, compressas e cortoperfurantes (56 %). Assim com este estudo, os autores afirmam que “o simples facto de obrigar a utilização de listas de verificação, como tem sido o caso em muitos hospitais na Austrália, não é suficiente para garantir o sucesso da sua implementação e adoção”. (Giles et al, 2016, p. 974)

Artigo 4 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 4: dados extraídos do Artigo 4

Título: Adesão ao uso de um <i>checklist</i> cirúrgico para segurança do paciente	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Eliane Cristina Sanches Maziero, Ana Elisa Bauer de Camargo Silva, Maria de Fátima Mantovani, Elaine Drehmer de Almeida Cruz
Ano de Publicação	2015
País	Brasil
Objetivos/ Finalidades	Avaliar a adesão dos profissionais que compõem uma equipa de cirurgia ortopédica (de próteses da anca e joelho), ao <i>checklist</i> do Programa Cirurgias Seguras num hospital de ensino da Região Sul do Brasil.
Tipo de estudo	Estudo de abordagem quantitativa (observação não participante da utilização da LVSC)
População	20 procedimentos cirúrgicos ortopédicos
Caraterísticas da amostra	Amostra probabilística
Metodologia de avaliação	A adesão é confirmada se o investigador observa a realização da verificação (verbal ou não verbal) e o seu registo. Considera-se que há adesão estatisticamente significativa se a um determinado item da LVSC existem 14 (70 %) ou mais verificações, das 20 observações.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Falta de cumprimento das equipas cirúrgicas; Problemas de comunicação, constituindo uma barreira à adesão da LVSC; Cansaço da equipa cirúrgica e a ausência de profissionais da equipa (cirurgiões e anestesista); Reforço das ações educativas e direcionadas para quebrar paradigmas como a hierarquia, melhorar a comunicação e promover uma mudança na cultura de segurança.

Este estudo conclui que a LVSC foi utilizada em todas as cirurgias observadas, mas não existe uma adesão significativa nem verificação verbal. Quando esta verificação ocorre é, predominantemente de forma individual e não verbal. No que concerne ao momento *time out*, salienta-se que em nenhum procedimento foi realizada a pausa cirúrgica propriamente dita e 45 % dos itens, foram verificados após a incisão cirúrgica. Também em 20% dos casos ocorre a confirmação pelos enfermeiros dos restantes itens, mas sem para confirmação verbal dos restantes profissionais. No período *sign out*, salienta-se que mais uma vez não houve uma adesão à verificação verbal da contagem de instrumentos, compressas e cortoperfurantes, embora tivesse sido realizada em 80 % dos procedimentos.

Os autores salientam que, constituindo os enfermeiros, parte integrante da equipa cirúrgica, a LVSC torna-se um documento relevante dos registos de enfermagem e de ações indispensáveis à segurança. Ao preenchê-lo de forma incorreta e incompleta torna-se um elemento de falta de qualidade e descuidos da equipa de enfermagem, bem como dos demais elementos da equipa cirúrgica.

Artigo 5 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 5: dados extraídos do Artigo 5

Título: A 'paperless' wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement.	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Aaron Pin Chien Ong, Daniel A Devcich, Jacqueline Hannam, Tracey Lee, Alan F Merry, Simon J Mitchell
Ano de Publicação	2015
País	Nova Zelândia
Objetivos/ Finalidades	Avaliar o envolvimento dos elementos da equipa cirúrgicas (anestesia, cirurgia e enfermagem) e a conformidade com a administração dos domínios da lista de verificação (<i>sign in, time out e sign out</i>) e os itens da lista de verificação, após a introdução de uma lista de verificação montada na parede (sem papel) com transferência de processo liderança (<i>Sign In, Time Out e Sign Out</i> liderados por anestesia, cirurgia e enfermagem, respetivamente).
Tipo de estudo	Estudo de abordagem quantitativa (observação não participante do cumprimento da LVSC)
População	261 itens da LVSC em 111 procedimentos cirúrgicos observados durante 2 meses
Caraterísticas da amostra	Amostra por conveniência
Metodologia de avaliação	A adesão foi confirmada pelo o preenchimento de cada item e com o tempo correto dos domínios da LVSC.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Transferência dos domínios para outros elementos da equipa cirúrgica, motivam os enfermeiros a iniciar proactivamente o domínio <i>sign out</i> , melhorando o ambiente, comunicação e trabalho de equipa O uso de LVSC montada na parede, permite um maior envolvimento devido ao recurso visual, desencorajando a omissão de itens.

Este estudo permite identificar que ocorre uma melhoria na conformidade da LVSC, após a transferência respetivamente dos domínios *sign in, time out e sign out* para os diversos elementos da equipa cirúrgica (anestesiastas, cirurgiões e enfermeiros). Também o uso do formato da LVSC montada na parede, aumenta o cumprimento da lista. Os autores verificam

que o olhar direcionado do elemento que cumpre a lista parece chamar a atenção dos restantes elementos (efeito visual). O facto de todos os elementos da equipa estarem a olhar para a lista aumenta o envolvimento e desencoraja a omissão de itens. A liderança partilhada dos domínios promove uma compreensão dos desafios e do envolvimento dos membros da equipa.

No que concerne ao domínio liderado pelos enfermeiros, existe uma excelente conformidade, mesmo quando não existe a LVSC montada na parede sob a forma de poster. Assim os autores referem que a mudança no paradigma e transferência do domínio *sign out* para a responsabilidade dos enfermeiros, torna-os mais motivados e capacitados para iniciar proactivamente este domínio, considerando que no passado parecia mais uma imposição no fluxo de trabalho e muitas vezes sentiam-se mais à vontade simplesmente omitindo certos itens.

Artigo 6 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 6: dados extraídos do Artigo 6

Título: Remote video auditing with realtime feedback in an academic surgical suite improves safety and efficiency metrics: a cluster randomised study	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Frank J Overdyk, Oonagh Dowling, Sheldon Newman, David Glatt, Michelle Chester, Donna Armellino, Brandon Cole, Gregg S Landis, David Schoenfeld, John F DiCapua
Ano de Publicação	2015
País	Estados Unidos da América
Objetivos/ Finalidades	Avaliar o impacto da auditoria remota por vídeo com feedback, em tempo real, sobre o cumprimento LVSC.
Tipo de estudo	Estudo prospetivo
População	Profissionais de saúde (enfermeiros, cirurgiões e anestesistas) presentes em 23 procedimentos cirúrgicos no Bloco Operatório do Long Island Jewish Medical Center
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória,
Metodologia de avaliação	O cumprimento no preenchimento da LVSC (aprovado/ reprovado) durante os 3 momentos (<i>sign in, time ou e sign out</i>).
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Reconhecimento que a LVSC depende da comunicação eficaz e envolvimento entre todos os profissionais; Formação e treino envolvendo a liderança de enfermagem, cirúrgica e anestésica.

Neste estudo verifica-se que há uma melhoria no cumprimento da LVSC nos 3 momentos (*sign in, time out e sign out*), demonstrando na fase final taxas de 90.8%, 95.3% e 84.3%, respetivamente. Também não há a ocorrência de eventos adversos relacionados com pessoas erradas, locais/lados errados ou corpos estranhos retidos. Os autores identificam como um motivo comum para o não cumprimento da LVSC, a referência pelos profissionais de falta “tempo”. Contudo é possível contabilizar que estas tarefas poderiam ser realizadas 60, 30 e 30 segundos respetivamente (*sign in, time ou e sign out*).

Artigo 7 (obtido de CINHAI, em 6 de junho 2023)

Tabela 7: dados extraídos do Artigo 7

Título: A Cultura de Segurança do paciente na adesão ao Protocolo de Cirurgia Segura	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Arminda Rezende de Pádua Del Corona, Aparecida de Cássia Giani Peniche
Ano de Publicação	2015
País	Brasil
Objetivos/ Finalidades	Analisar o papel determinante da cultura de segurança do paciente na adesão do Protocolo para Cirurgia Segura do Ministério da Saúde realizado pelas equipas cirúrgicas nas organizações de saúde.
Tipo de estudo	Revisão narrativa
População	Estudos primários publicados no período de 2004 a 2014 e indexados no portal Saúde Baseada em Evidências e Periódicos da CAPES, utilizando os descritores em Português: segurança do paciente, cultura organizacional, lista de checagem e liderança, com o operador booleano “OR (período de pesquisa ocorreu nos meses de julho a dezembro de 2014)
Metodologia de avaliação	A análise dos estudos extraídos foi concluída e fundamentada nas publicações da OMS e as normas regulamentadoras da Agência de Vigilância Sanitária, bem como na literatura em geral, como livros, dissertações e teses, para cumprir o objetivo proposto.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Reconhecimento da LVSC como uma ferramenta básica, simples e prática que qualquer equipa no mundo pode aplicar; Serve como barreira para evitar falhas humanas; Requer comprometimento e adaptação, sendo necessário ter uma cultura de segurança e de trabalho de equipa consolidada na instituição.

Este estudo permite analisar a evolução da temática da segurança da pessoa em situação Perioperatória até ao projeto de *Safe Sugery Saves Lives* e implementação da LVSC em 2013. É confirmado que esta ferramenta simples contém componentes essenciais que servem como barreira para evitar falhas humanas, melhorar o desempenho e padronizar as ações

desenvolvidas nas salas de operações e criar ou manter uma cultura de segurança. No entanto, é identificado que para uma adesão plena da LVSC é primordial a existência de cultura de segurança e trabalho de equipa consolidado nas instituições, bem como um compromisso das lideranças.

Artigo 8 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 8: dados extraídos do Artigo 8

Título: An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialties e A systematic review.	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Janki Patel, Kamran Ahmed, Khurshid A. Guru, Fahd Khan, Howard Marsh, Mohammed Shamim Khan, Prokar Dasgupta
Ano de Publicação	2014
País	Inglaterra
Objetivos/ Finalidades	Determinar a eficácia da LVSC da OMS para melhorar a segurança do paciente.
Tipo de estudo	Revisão sistemática
População	16 artigos após pesquisa nas bases de dados MEDLINE, EMBASE e PsychINFO (99 artigos)
Metodologia de avaliação	Identificação de informação revelante relacionadas com a conformidade da LVSC, efeitos do seu uso e percepções da equipa cirúrgica sobre a lista.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Programas de educação sobre a LVSC, com o intuito de reforçar o treino da maneira correta de usar a LVSC; Melhoria da comunicação e criação de uma atmosfera positiva, uma vez que tentam eliminar a hierarquia cirúrgica aumentando o trabalho de equipa e o conforto dos seus elementos.

Este estudo permite identificar que no mundo existe uma consciencialização que medidas preventivas que podem ser tomadas para reduzir as complicações pós-operatórias e a morte no decorrer dos procedimentos cirúrgicos. Um fator determinante é a implementação correta e consistente da LSCV da OMS. Indo ao encontro desta ideia, vários países pelo mundo tornam a LVSC uma ferramenta obrigatória que pode ser adaptada para responder as diretrizes nacionais e adequar aos hospitais. Os autores referem que existe um consenso geral entre as equipas cirúrgicas de que a LVSC é benéfica, melhora a comunicação e trabalho de equipa entre os elementos, e como tal tem sido amplamente aceite.

Artigo 9 (obtido de PUBMED, em 8 de junho 2023)

Tabela 9: dados extraídos do Artigo 9

Título: A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England Lessons From the “Surgical Checklist Implementation Project”	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Stephanie J. Russ, Nick Sevdalis, Krishna Moorthy, Erik K. Mayer, Shantanu Rout, Jochem Caris, Jenny Mansell, Rachel Davies, Charles Vincent, e Ara Darzi
Ano de Publicação	2014
País	Inglaterra
Objetivos/ Finalidades	Avaliar como a LVSC da OMS foi implementada nos hospitais na Inglaterra; Identificar barreiras e aspetos facilitadores para a implementação; Extrair lições para a implementação de iniciativas de melhoria em cirurgia/cuidados de saúde em geral.
Tipo de estudo	Estudo de abordagem qualitativa
População	119 entrevistas realizada em profissionais da equipa cirúrgica de 10 hospitais de Inglaterra
Caraterísticas da amostra	Amostra representativa
Metodologia de avaliação	Os profissionais são questionados sobre sua experiência de como a LVSC foi introduzido e os fatores que dificultaram ou facilitaram esse processo. As transcrições são submetidas a análise temática.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	A implementação da LVSC foi diferente nos hospitais em estudo, variando de abordagens planeadas/faseadas, abordagens onde lista simplesmente “aparece” nas salas de operação, ou onde a equipe sente que a lista havia sido imposta. A maioria das barreiras identificadas à implementação é específica da própria lista de verificação (por exemplo, problemas de conteúdo percebidos), mas também incluía integração problemática em processos preexistentes. A barreira mais comum foi a resistência dos clínicos seniores. Os aspetos facilitadores revelaram algumas medidas positivas que podem ser tomadas para prevenir/resolver essas barreiras, por exemplo, modificar a lista de verificação, fornecer informação e treino, fornecer dados locais, promover uma liderança forte (especialmente no nível de frequência) e incutir responsabilidade.

Os autores deste estudo identificam que existe uma grande disparidade na forma como a LVSC foi implementada. Se houve hospitais com estratégias bem delimitadas e organizadas, existiram outros onde a lista apenas apareceu sem aviso prévio ou onde as equipas cirúrgicas revelaram que esta estratégia lhes estava a ser imposta. Deste modo, a estratégia de implementação é identificada como uma barreira ou aspeto facilitador organizacional para a aceitação efetiva da LVSC. Também das entrevistas emergem diversas barreiras adicionais e facilitadores como: fatores organizacionais e de sistema, de equipa e específicas da lista.

Assim, 29 % relatam que a verificação demora muito tempo a ser concluída, gerando ineficiência e muitas vezes é repetitiva das práticas de segurança já existentes. No que concerne à barreira da equipa, 51 % afirma que há uma resistência ou a não adesão de elementos, mais frequentemente (84 %) verificada em cirurgiões e anestesistas. Este facto torna a tarefa muito árdua, para a pessoa que conduz a lista (geralmente enfermeiros). Uma barreira específica da lista identificada em 14 %, é a reação das pessoas em situação perioperatória ao ter de confirmar a sua identificação, procedimento, etc. em diversas vezes no percurso cirúrgico, o que até lhe poderia provocar ansiedade.

Neste estudo a estratégia facilitadora identificada em 56 % das entrevistas, é a possibilidade de modificar a LVSC, adequando aos contextos cirúrgicos específicos. São referidas estratégias como a execução em poster nas salas operatórias em vez de usar o formulário em papel, reforçando esta ferramenta numa “discussão” de segurança e não, apenas um exercício de seleção de itens. Outro fator facilitador, já identificado (1/3 das entrevistas), é a formação pré implementação e treino na equipa. É sugerido sessões de treino que ensinariam as melhores práticas no uso da LVSC e/ou como lidar com os membros da equipa resistentes. É manifestado em 15 %, o desejo de que haja consequências para o não cumprimento da LVSC de forma a responsabilizar estes elementos. Outro elemento facilitador e relatado em 22% dos participantes, é a execução da lista por um membro com habilidades de liderança e presença assertiva na sala operatória, anulando qualquer resistência.

Artigo 10 (obtido de CINHALL, em 6 de junho 2023)

Tabela 10: dados extraídos do Artigo 10

Título: Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	CHRISTOFER RYDENFÄLT, GERD JOHANSSON, PER ODENRICK, KRISTINA ÅKERMAN e PER ANDERS LARSSON
Ano de Publicação	2013
País	Suécia
Objetivos/ Finalidades	Investigar os desvios do <i>time out</i> da LVSC de um ponto de vista prático. Observar as atividades da equipa durante o procedimento de time-out para explicar desvios e identificar possíveis melhorias.
Tipo de estudo	Estudo observacional

População	24 momentos de <i>time out</i> da LVSC de procedimentos cirúrgicos num hospital municipal sueco
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória
Metodologia de avaliação	Verificação se cada item do <i>Time Out</i> é avaliado, ou seja, “confirmado” por pelo menos um membro da equipa e “validado” por pelo menos um outro membro da equipa.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Reconhecimento que a conceção de risco e segurança do paciente, bem como a importância percebida que os profissionais têm, dos diferentes itens da LVSC, influenciam na conformidade da aplicação da LVSC.

Neste estudo verifica-se que em 96% dos procedimentos cirúrgicos há uma conformidade na aplicação da LVSC, mas o momento *time out* nem sempre é aplicado como estipulado. Os autores apontam como justificações para que a LVSC nem sempre seja aplicada, a visão que os profissionais têm sobre o objetivo desta ferramenta e a importância percebida sobre os itens a validar. É referido que os itens com melhor adesão na LVSC são: identificação da pessoa em situação perioperatória, procedimento planeado, eventos críticos antecipados, revisão do cirurgião e profilaxia antibiótica. Em contraste, as questões para a equipa de enfermagem sobre a esterilização (incluído a presença de indicadores) e problemas com equipamentos são muitas vezes negligenciados.

A melhoria da comunicação entre profissionais das salas operatórias, é outro objetivo indicado na implementação da LVSC. Com a validação do item da apresentação de todos os elementos da equipa e funções, pretende-se que haja a garantia que todo o pessoal envolvido conhece-se, sente-se incluído e livre para falar sobre quaisquer problemas, bem como comunique sobre as preocupações, os objetivos comuns e formas de trabalho. Contudo verifica-se que em 10 dos 24 procedimentos, este item não foi validado e ao ocorrer posteriormente os efeitos positivos podem não surgir.

Em conclusão, os autores referem que a disparidade na participação entre os profissionais, durante o momento do *time-out*, pode não ser considerado um esforço da equipa, mas pode ser visto como uma rotina de verificação dupla pela qual alguém deve passar, contrariando a intenção do *time-out* publicada pela OMS. É importante que apesar das divergências identificadas que o tempo gasto na implementação não seja considerado um desperdício, mas que indique que há potencial para melhorias.

Artigo 11 (obtido de CINHAL, em 6 de junho 2023)

Tabela 11: dados extraídos do Artigo 11

Título: A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	J A Hannam, L Glass, J Kwon, J Windsor, F Stapelberg, K Callaghan, A F Merry, S J Mitchell
Ano de Publicação	2013
País	Nova Zelândia
Objetivos/ Finalidades	Comparar a adesão no preenchimento da LVSC num centro de estudo piloto original da OMS (Hospital 1) com um hospital vizinho semelhante (Hospital 2) que integrou, independentemente, a LVSC com a prática pré-existente.
Tipo de estudo	Estudo observacional prospetivo
População	Profissionais de saúde (enfermeiros, cirurgiões e anestesistas) presentes em 100 procedimentos cirúrgicos nos hospitais do estudo em dois grandes hospitais universitários terciários na cidade de Auckland (200 no total)
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória
Metodologia de avaliação	Avaliação da conformidade e o envolvimento no preenchimento da LVSC nos 2 hospitais selecionados.
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Identificação dos fatores de implementação da LVSC: liderança ativa, justificação clara para o uso de listas de verificação, exemplos de prática ideal e um processo contínuo de discussão, treino e feedback.

Com este estudo, os autores compararam a adesão do uso da LVSC em 2 hospitais, sendo que no hospital 1 esta ferramenta está implementada há 5 anos, contra 2 anos do hospital 2. Ao pertencer ao projeto inicial *Surgical Safety Checklist* da OMS, o hospital 1 teve acesso a seminários interativos, material escrito e a LVSC torna-se uma prática padrão após a sua introdução em 2008. No que concerne ao hospital 2, este projeto é promovido através de seminários e integrado na prática de segurança cirúrgica já existente. De salientar que no hospital 2 é verificado uma melhor participação global nas equipas, pois há uma liderança na implementação do checklist compartilhada entre os membros da equipa de anestesia, cirurgia e enfermagem, em comparação com a liderança exclusiva da enfermagem no hospital 1. Contudo, regista-se uma adesão superior nos vários momentos da LVSC, no hospital 1 do que no hospital 2. Assim, constata-se respetivamente (hospital 1 *versus* hospital 2) a percentagem de 96% e 31% para o momento *Sign In*; 99% e 48% para *time out* e 22% e 9% para *Sign Out*.

Em conclusão, os autores descrevem que a educação abrangente, motivação, feedback e envolvimento de 'defensores' de liderança relevantes, semelhante ao que ocorreu no hospital 1, como parte do estudo original da WHO SSC, é provavelmente o modelo que é necessário para estabelecer uma boa prática de lista de verificação.

Artigo 12 (obtido de CINHAL, em 6 de junho 2023)

Tabela 12: dados extraídos do Artigo 12

Título: Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Stéphane Cullati, Sophie Le Du, Anne-Claire Raë, Martine Micallef, Ebrahim Khabiri, Aimad Ourahmoune, Armelle Boireaux, Marc Licker, Pierre Chopard
Ano de Publicação	2013
País	Suíça
Objetivos/ Finalidades	Determinar se os itens do <i>time out</i> e do <i>sign out</i> da LVSC são verificados adequadamente pela equipa da sala operatória e explorar se o número de itens verificados é influenciado pela gravidade da intervenção e pelo uso da lista de verificação como uma ferramenta de memória.
Tipo de estudo	Estudo observacional
População	80 momentos de <i>time out</i> e de <i>sign out</i> da LVSC nos Hospitais da Universidade de Genebra
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória
Metodologia de avaliação	Verificação se cada item dos checklists de <i>Time Out</i> e <i>Sign Out</i> é avaliado, ou seja, “confirmado” por pelo menos um membro da equipa e “validado” por pelo menos um outro membro da equipe. Determinação do número de itens validados durante o <i>Time Out</i> e o <i>Sign Out</i> .
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	Falta de treino e formação, com conseqüente compreensão insuficiente dos itens a verificar; Identificação de alguns itens como ambíguos e necessidade de modificar a LVSC de acordo com o contexto em que é aplicada; Heterogeneidade da cultura de segurança nos diferentes profissionais de saúde presentes nas salas operatórias, levando ao aparecimento de tensões e dificuldades na comunicação no seio da equipa multidisciplinar.

Neste estudo verifica-se que a implementação da LVSC nas salas operatórias é mais complexa do que se esperava. Foram realizadas em 99 % dos procedimentos cirúrgicos, mas nem sempre cumpriram a totalidade dos itens a verificar. Os itens foram confirmados

principalmente durante momento de *time out* (intervalo de 100 a 72%), mas com menos frequência durante o momento *sign out* (intervalo de 86 a 19%). Contudo, a validação dos itens não é a ótima: apenas 13% do *time out* e 3% *sign out* foram devidamente verificados (todos os itens validados). Durante o *Time Out*, o processo de validação foi significativamente melhorado entre as intervenções de maior risco (29% de validação vs 15% entre as intervenções de menor risco). Durante o *Sign Out*, um efeito semelhante foi observado (19% e 8%, respetivamente). Confirma-se também que há um benefício ao usar a LVSC impressa como ferramenta de memória durante o *Sign Out*, pois a proporção de intervenções com quase todos os itens validados é maior em comparação com aqueles sem a ferramenta de memória (20% e 0%, respetivamente).

Os autores sugerem, com estes os resultados, que para melhorar a implementação da LVSC, esta deve ser acompanhada de workshops e treinos sobre a segurança do cuidado, a função e o impacto dos controles e a importância do funcionamento do trabalho e comunicação em equipa.

Artigo 13 (obtido de CINHAL, em 6 de junho 2023)

Tabela 13: dados extraídos do Artigo 13

Título: The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Axel Fudickar, Kim Hörle, Jörg Wiltfang, Berthold Bein
Ano de Publicação	2012
País	Alemanha
Objetivos/ Finalidades	Apresentar dados sobre a implementação da LVSC da OMS e os seus efeitos na morbidade operatória, mortalidade e cultura de segurança.
Tipo de estudo	Estudo prospetivo randomizado
População	20 artigos sobre estudos que avaliam o processo de implementação na LVSC
Metodologia de avaliação	Artigos, pesquisados nas bases de dados PubMed e Medline com o termo de "Surgical Safety Checklist" até fevereiro 2012
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	A LVSC deve ser considerada como um instrumento para a melhoria da comunicação, do trabalho em equipa e da cultura de segurança no bloco operatório. São identificados como fatores de adesão à LVSC: a formação e o treino dos profissionais, bem como a implementação exemplar por líderes da equipa cirúrgica.

Este estudo identifica que a LVSC permite uma maior consciência da segurança cirúrgica, levando a uma melhora significativa no conhecimento dos nomes e tarefas dos membros das equipas cirúrgicas, confirmação da identidade da pessoa em situação perioperatória, história clínica e alergias. Melhora a comunicação entre anestesistas e cirurgiões, permitindo um maior diálogo e com mais frequência sobre incidentes críticos. A LVSC também está associada a redução significativa das taxas de morbimortalidade.

Os autores descrevem que após a implementação da LVSC, ocorreu um decréscimo de 88% para 76% só no primeiro ano de uso. Verifica-se que os 2 primeiros momentos são preenchidos com cerca de 90% de conformidade e o terceiro momento com 75%. O treino e formação na implementação da LVCS aumenta a frequência do seu uso. A relação custo-eficácia da lista de verificação também foi estudada e constata-se que a prevenção de cinco complicações graves por ano neutraliza o custo da sua implementação. Também é demonstrado que o momento *sign in* não deixa a pessoas mais ansiosas, apesar dos temores dos profissionais de que isso possa acontecer.

Para uma boa adesão à implementação da LVSC há que salientar o papel dos líderes da equipa cirúrgica, tendo estes que integrarem esta ferramenta no seu conceito de segurança cirúrgica, levando-a a sério e servindo de exemplo para os restantes membros da equipa. O preenchimento da LVSC não altera em nada a divisão do trabalho, nem a distribuição do mesmo. A cultura de comunicação também é alterada com a implementação da LVSC. Transmitir informações em voz alta e apresentar-se pelo nome antes do início da cirurgia pode parecer estranho no início e até constrangedor para alguns membros da equipa. Por vezes, a leitura da lista pode-se transformar num problema de hierarquia versus autonomia, se o cirurgião começar a sentir que perdeu sua autoridade ao cair sob o controle das enfermeiras da sala operatória. Além disso, a interrupção do fluxo de trabalho pode ser incómoda. Destaca-se que uma equipa com alguma prática no uso da LVSC implementa a lista e completa os 3 momentos em cerca de 2 minutos. No entanto, verifica-se que a lista também ajuda a dismantelar as barreiras hierárquicas à comunicação, possibilitando a transferência mais frequente de informações.

Em suma, verifica-se que o benefício mensurável da LVSC depende de uma melhoria da cultura de segurança e da comunicação, mas isso não pode ocorrer se os itens da lista forem simplesmente verificados de cor.

Artigo 14 (obtido de CINHAL, em 6 de junho 2023)

Tabela 14: dados extraídos do Artigo 14

Título: Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist	
Data de extração dos dados: julho 2023	
Autor (es)	Aude Fourcade, Jean-Louis Blache, Catherine Grenier, Jean-Louis Bourgain, Etienne Minvielle
Ano de Publicação	2011
País	França
Objetivos/ Finalidades	Identificar os obstáculos à implementação eficaz da LVSC e desenvolver uma estratégia de melhor utilização.
Tipo de estudo	Estudo observacional
População	1440 procedimentos cirúrgicos, com 1299 LVSC
Caraterísticas da amostra	Amostra aleatória
Metodologia de avaliação	Avaliação do cumprimento da utilização e as taxas de completude da LVSC de 80 procedimento cirúrgico em 18 centros cirúrgicos; Aplicação de questionários enviado por correio eletrónico, entrevistas coletivas e individuais e observações para proceder à análise dos obstáculos à utilização efetiva da LVSC
Fatores que influenciam os enfermeiros à adesão da LVSC?	São identificadas 2 principais barreiras na implementação: barreiras organizacionais e relações profissionais e os hábitos culturais na prática clínica. Deste modo, destaca-se a má comunicação entre os elementos da equipa (nomeadamente entre anestesista e cirurgião), a falta de liderança, o momento inadequado para a verificação e duplicação dos itens, o tempo gasto com o preenchimento da lista sem a perceção de benefício, a dificuldade em identificar o papel e a responsabilidade de cada membro do pessoal e uma hierarquia consagrada pelo tempo, como fatores dificultadores da adesão.

Neste estudo verifica-se uma taxa de média de conformidade da LVSC de 90.2%. A maioria dos itens em falta (47%) ocorreu durante o momento de *sign out*. Através das entrevistas, questionários e observações é possível identificar 11 barreiras à implementação da LVSC. A barreira mais comum referenciada nos 16 centros cirúrgicos, é a duplicação dos processos existentes. Muitos dos itens a validar na LVSC já são efetuados antes da sua implementação, como a verificação identidade da pessoa em situação perioperatoria, contagem de instrumentos, compressas e cortoperfurantes, entre outros. A segunda barreira identificada (em 10 centros) é a deficiente comunicação entre os elementos da equipa, prejudicando a partilha de informações. Em 9 centros é referenciado que a LVSC demora demasiado tempo, sobrecarregando a carga de trabalho já pesada e não trazendo a perceção, para os profissionais, de qualquer benefício. Também a elevada rotação do pessoal, em especial dos

enfermeiros, é considerada um obstáculo, apesar da formação ministrada. Os enfermeiros que são responsáveis pela aplicação da LVSC (em 6 centros) referem que há problemas de comunicação, uma vez que os restantes elementos da equipa cirúrgica nem sempre ouvem todos os itens quando estes são lidos. Por seguinte, os enfermeiros mostram preocupação com as implicações legais da sua assinatura da LVSC, uma vez que podem ser responsabilizados por erros. Os autores também verificam que para a utilização da LVSC seja eficaz a comunicação verbal entre todos os profissionais (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) tem de ser igualitária, o que nem sempre acontece nas práticas do pessoal do bloco operatório onde está enraizada uma hierarquia consagrada pelo tempo. A barreira relacionada a ansiedade que pode gerar para as pessoas em situação perioperatória, é referenciada em 5 centros.

8. Discussão

A elaboração desta *Scoping Review* tem como objetivo responder à questão “Quais as evidências existentes sobre os fatores que influenciam a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório?”. É neste sentido que todos os artigos selecionados, apesar de utilizarem diversas metodologias, identificam os fatores de adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório. A maioria dos estudos selecionados utilizam uma abordagem quantitativa, com recurso a observação direta não participante e observação documental de registos. Também são selecionados estudos com abordagem qualitativa onde se recorre a entrevistas que permitem a identificação direta no discurso dos fatores de adesão à LVSC. A metodologia de revisão da literatura é utilizada em 2 estudos nesta *Scoping Review*, com identificação de fatores com impacto na adesão à LVSC, previamente identificados noutros estudos. Apesar das diferentes metodologias utilizados, os fatores de adesão à LVSC identificados são relativamente semelhantes, demonstrando a pertinência desta temática. No que concerne ao intervalo de tempo e à área geográfica dos artigos selecionados, verifica-se que estes correspondem a um período abrangente e atual (2011 a 2019) e de diferentes áreas geográficas do mundo, validando uma vez mais a relevância deste assunto nos cuidados perioperatórios.

De acordo com Patel et al (2014), cada vez mais existe mais uma consciencialização de que medidas preventivas podem reduzir as complicações pós-operatórias e a morte no decorrer de procedimentos cirúrgicos, constituindo a implementação correta e consistente da LSCV da OMS, o fator determinante nesta temática. Corona e Peniche (2015) referem que esta ferramenta simples contém componentes essenciais, pode ser amplamente aplicada pelo mundo todo e serve como barreira para evitar falhas humanas, melhorar o desempenho, padronizar as ações e criar ou manter uma cultura de segurança. Estes aspetos identificados vão ao encontro dos 3 princípios fundamentais do desafio Cirurgia Segura Salva Vidas da OMS: simplicidade, ampla aplicabilidade e mensuralidade. Contudo, apesar do reconhecimento desta ferramenta primordial na segurança da pessoa em situação perioperatória, diversos autores (Ribeiro et al, 2019; Giles et al, 2016 e Ribeiro et al, 2015), verificam que não existe uma adesão significativa nem verificação verbal à LVSC. Quando esta verificação ocorre é, predominantemente, de forma individual e não verbal. Assim reforça-se a hipótese que muitas vezes a LVSC é preenchida (normalmente por um único membro da equipa: enfermeiro circulante), e não lida em voz alta e executada por toda a

equipa, como pretendido e anulando a principal vantagem desta ferramenta. Gilies et al (2016), afirma que ocorre uma discrepância entre a percentagem dos itens da LVSC preenchidos documentada (86 %) e o que é registado durante observações (27 %), pois existe uma incongruência entre a prática observada e a registada. Concomitantemente, é afirmado por estes autores que o simples facto de obrigar o uso de listas de verificação, não é suficiente para garantir o sucesso da sua implementação e adoção. Fudickar et al (2012), descrevem que após a implementação da LVSC ocorreu um decréscimo de 88% para 76% só no seu primeiro ano de uso. Relativamente à percentagem de adesão consoante os 3 momentos da LVSC (*sign in, time out e sign out*) existe uma discrepância de opiniões nos estudos seleccionados. Ribeiro et al (2019) referem que não existe uma diferença significativa no preenchimento dos 3 momentos (84.2 % no *sign in*, 84.2%, no *time out* e 84.9 % no *sign out*). Em oposição, na observação da percentagem nos 3 momentos da LVSC, Giles et al (2016) identificam que no *time out* existe a percentagem mais elevada (36.65 %), enquanto que no *sign in* a percentagem foi a mais baixa (16.57 %). De destacar que existe itens da lista mais frequentemente abordados, tais como: identificação da pessoa em situação perioperatória (99 %), procedimento cirúrgico (97 %), existência de alergias (80 %) e o cumprimento da contagem correta de instrumentos, compressas e cortoperfurantes (56 %). (Giles et al 2016) Em resposta à questão de investigação desta *Scoping Review*, identifica-se essencialmente aspetos facilitadores e barreiras à adesão dos enfermeiros à LVSC que podem ser agrupados em 2 grupos: barreiras organizacionais e relações pessoais, e hábitos culturais na prática clínica.

No que concerne às barreiras organizacionais e relações pessoais, nos vários estudos é nomeado a resistência de outros profissionais para proceder à verificação, como um aspeto dificultador na adesão à LVSC. Russ et al (2014) afirmam que em 51 % entrevistados há uma resistência ou a não adesão de elementos, mais frequentemente (84 %) verificada em cirurgiões e anestesistas. Este facto torna a tarefa muito árdua, para a pessoa que conduz a lista (geralmente enfermeiros). A leitura, em voz alta, da lista pode-se transformar num problema de hierarquia *versus* autonomia, se o cirurgião começar a sentir que perdeu sua autoridade ao cair sob o controle das enfermeiras da sala operatória. (Fuddickar et al, 2012) Realça desta temática a importância da LVSC na melhoria da comunicação entre a equipa cirúrgica, levando ao dismantelar de barreiras hierárquicas na comunicação, possibilitando a transferência mais frequente de informações. Também Fourcade et al (2011) mencionam que, quando os enfermeiros são responsáveis pela aplicação da LVSC e há problemas de comunicação, os mesmos mostram preocupação com as implicações legais da sua assinatura da LVSC, uma vez que podem ser responsabilizados por erros. Deste modo, os autores

afirmam que para uma utilização eficaz da LVSC, a comunicação verbal entre todos os profissionais (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) tem de ser igualitária, o que nem sempre acontece nas práticas do pessoal do bloco operatório onde está enraizada uma hierarquia consagrada pelo tempo.

Relativamente aos hábitos culturais na prática clínica, diversos autores apontam a LVSC como a ferramenta primordial na mudança e na alteração para a promoção na cultura de segurança nos blocos operatórios. Muitas vezes os profissionais apontam o uso da LVSC como uma duplicação da verificação de dados já existentes, levando à duplicação de dados, sobrecarga do trabalho e à percepção de qualquer benefício, o que leva ao desinteresse nesta ferramenta. (Fourcade et al, 2011) Para Russ et al (2014), 29 % dos profissionais relatam que a verificação demora muito tempo a ser concluída, gerando ineficiência e muitas vezes é repetitiva das práticas de segurança já existentes. Deste modo, a referência pelos profissionais de falta “tempo” é mencionada como um motivo comum para o não cumprimento da LVSC. Contudo, destaca-se que uma equipa com alguma prática no uso da LVSC implementa a lista e completa os 3 momentos em cerca de 2 minutos (podem ser realizadas em 60, 30 e 30 segundos respetivamente: *sign in, time out e sign out*). (Fudickar, 2012 e Overdyk et al, 2015) Também 14% dos profissionais identificam como barreira, a reação das pessoas em situação perioperatória, ao ter de confirmar a sua identificação, procedimento, etc. em diversas vezes no percurso cirúrgico, o que até poderia provocar ansiedade. (Russ et al, 2014). Contudo é demonstrado que o momento *sign in* não deixa a pessoas mais ansiosas, apesar dos temores dos enfermeiros de que isso possa acontecer. (Fudickar, 2012) A estratégia de implementação da LVSC é identificada como uma barreira ou aspeto facilitador organizacional para a aceitação efetiva da lista. (Russ et al, 2014) No mundo existiu uma grande disparidade na forma como a LVSC foi implementada. Se houve hospitais com estratégias bem delimitadas e organizadas, existiram outros onde a lista apenas apareceu sem aviso prévio ou onde as equipas cirúrgicas revelaram que esta estratégia lhes estava a ser imposta, condicionando a sua futura aplicabilidade.

Alguns aspetos facilitadores são referenciados para aumentar adesão e a conformidade na execução da LVSC, nomeadamente: a formação pré implementação e treino na equipa; a execução da lista por um membro com habilidades de liderança e presença assertiva na sala operatória e promoção da cultura de segurança, envolvendo gestores e todos os profissionais. No que concerne ao fator formação e treino, este é exposto por diversos autores como primordial, uma vez que programas de implementação estruturados e com envolvimento multidisciplinar melhorariam a adesão à LVSC. É sugerido sessões de treino e workshops para melhorar as práticas no uso da LVSC e/ou como lidar com os membros da

equipa resistentes. Este reforço das ações educativas e até direcionadas para quebrar paradigmas como a hierarquia, melhorariam a comunicação e promoveriam uma mudança na cultura de segurança. (Ribeiro et al, 2015) Em oposição, a falta de treino e formação pode levar a uma insuficiente compreensão dos itens a verificar dificultando a implementação da lista (Cullati et al, 2013) Em suma, só um processo contínuo de discussão, treino e feedback pode melhorar a conformidade na aplicabilidade da LSVC. Vários estudos (Russ et al, 2014; Corona e Peniche, 2015; Fudickar et al, 2012) destacam o quanto fundamental é a execução da lista por um membro com habilidades de liderança e presença assertiva na sala operatória. Deste modo, e como já referido anteriormente, estes líderes ao integrarem esta ferramenta no seu conceito de segurança cirúrgica e levando-a a sério, servem de exemplo para os restantes membros da equipa, anulando qualquer resistência. Por último fator destaca-se a existência de cultura de segurança e trabalho de equipa consolidado nas instituições, bem como um compromisso das lideranças, como essenciais para uma adesão plena da LVSC. (Corona e Peniche, 2015)

Após a reflexão sobre os aspetos facilitadores e as barreiras na adesão à LVSC, conclui-se que a formação abrangente, motivação, feedback e envolvimento de 'defensores' de liderança relevantes, é provavelmente o modelo necessário para estabelecer uma boa prática de lista de verificação. Contudo, ao fim de 14 anos de introdução da LVSC deve-se procurar novas estratégias para melhorar a conformidade na aplicabilidade desta ferramenta de segurança. Várias estratégias têm sido experienciadas no mundo, nem sempre com os melhores resultados pretendidos. Ong et al (2015) afirma que ao implementar estratégias como a transferência dos domínios para outros elementos da equipa cirúrgica, participação ativa do anestesista no primeiro momento (*sign in*) e do cirurgião no segundo momento (*time out*), tornando-os responsáveis por determinados pontos de verificação, motivam os enfermeiros a iniciar proactivamente o domínio *sign out*, melhorando o ambiente, comunicação e trabalho em equipa. Também ao utilizar a LVSC montada na parede, sob a forma de poster, leva a que ocorre um maior envolvimento de todos os elementos da equipa devido ao recurso visual, desencorajando a omissão de itens. Nos Estados Unidos da América, em 2015, Overdyk et al, pretendeu-se avaliar o impacto da auditoria remota por vídeo com feedback, em tempo real, sobre o cumprimento LVSC. Verificaram que ocorreu uma melhoria no cumprimento nos 3 momentos (*sign in, time out e sign out*), mas que estas taxas dependem da comunicação eficaz e envolvimento entre todos os profissionais, tendo a formação e treino envolvendo a liderança de enfermagem, cirúrgica e anestésica, uma primordial importância. Em 2016 Reed et al, analisa se a utilização da entrega de um áudio pré-gravado da LSVC melhora a conformidade e o envolvimento da equipa no cumprimento da LVSC.

Contudo, apesar da sua natureza automatizada, a gravação em áudio prejudicava a comunicação humana e o trabalho de equipa, registando que esta alternativa ocupava mais tempo ao protocolo.

Em suma, destaca-se que a LVSC é um documento relevante dos registos de enfermagem e de ações indispensáveis à segurança. Ao preenchê-lo de forma incorreta e incompleta torna-se um elemento de falta de qualidade e descuidos da equipa de enfermagem. (Ribeiro et al, 2015)

9. Limitações da *Scoping Review*

Nesta *Scoping Review*, são incluídos 3 idiomas o que pode ser considerado uma limitação nesta investigação. No entanto, os idiomas incluídos são os dominados pelas autoras. De modo a colmatar esta limitação são utilizadas diversas bases de dados científicas para permitir um maior número de artigos incluídos.

10. Conclusão

Esta *Scoping Review* tem como intuito mapear a evidência sobre a adesão dos enfermeiros à LVSC no bloco operatório, contribuindo para uma maior reflexão e compromisso com a política de segurança. Desde 2009, quando surge pela OMS nos blocos operatórios, esta ferramenta de trabalho tem como o objetivo crucial: melhorar a segurança cirúrgica, reduzir mortes e complicações cirúrgicas evitáveis. Concomitantemente a sua implementação deve permitir o desenvolvimento de estratégias de dinamização do trabalho de equipa, bem como uma melhoria na comunicação interprofissional das equipas cirúrgicas. No entanto, e ao fim de 14 anos de implementação, nem sempre a sua aplicabilidade é realizada como é padronizada pela OMS.

A análise dos artigos permite reconhecer que os problemas de comunicação, a resistência e o não envolvimento de outros profissionais (cirurgiões e anestesistas), a heterogeneidade da cultura de segurança dos elementos da equipa cirúrgica e uma incorreta implementação do Programa “Cirurgia Segura Salva Vidas”, contribuem para uma baixa taxa de efetividade da LVSC. Estas barreiras mencionadas conduzem a uma visualização da LVSC somente como um exercício de caixa de seleção de itens, tipo formulário, e não como uma ferramenta de reflexão e de discussão.

No que concerne aos fatores de adesão identificados destacam-se: a promoção de uma cultura de segurança cirúrgica envolvendo todos os elementos da equipa, os programas de formação periódicos com sessões de treino e reforço das ações educativas, as avaliações periódicas da adesão da LVSC com promoção de feedback acerca dos indicadores de efetividade e o envolvimento dos líderes/ gestores ao longo deste processo.

Como implicações para a prática e desenvolvimentos futuros, esta revisão pode servir para a sensibilização dos enfermeiros perioperatórios na reflexão sobre a prática e a efetividade da aplicação da LVSC, priorizando uma melhoria na cultura de segurança cirúrgica. Todos os enfermeiros perioperatório são responsáveis por planear, implementar e garantir ambientes perioperatórios seguros para a pessoa em situação perioperatória e para os restantes profissionais. Em conclusão, a LVSC surge como uma estratégia prioritária e requer mudanças de atitudes, comportamentos e da dinâmica da equipa. Deve constituir um exercício verbal, de segurança, promotor de comunicação e confiança entre a equipa e a pessoa em situação perioperatória, onde o enfermeiro tem um papel primordial.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com o término deste relatório, importa clarificar que este tem o objetivo de refletir sobre os diversos momentos de aprendizagem que ocorreram durante percurso escolar.

Tal como é pretendido no 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrados, as competências adquiridas neste percurso escolar, devem permitir à investigadora uma aprendizagem ao longo da vida, de uma forma na essencialmente auto-orientada ou autónoma. Deste modo, a escolha da temática alvo da investigação, manifesta uma inquietação continua no percurso profissional da investigadora, ao deparar-se com algumas falhas na aplicabilidade da LVSC. Indo ao encontro do objetivo da OMS (2021), no Plano de Ação Mundial para Segurança do Doente 2021–2030, em que a segurança das pessoas é uma prioridade estratégica para os cuidados de saúde modernos e fundamental para os esforços dos países no sentido da cobertura universal de saúde, a LVSC torna-se uma peça fundamental no âmbito dos cuidados perioperatórios. Ao aprofundar conhecimentos e mapear a evidência desta temática, as investigadoras pretendem sensibilizar outros profissionais e desenvolver um espírito crítico sobre este procedimento tão crucial na prestação de cuidados de enfermagem de qualidade à pessoa em situação perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amendoeira, J. (2022). *Revisão Sistemática de Literatura A Scoping Review*. Instituto Politécnico de Santarém UMIS-ESSS <http://hdl.handle.net/10400.15/3784>.
- Aromataris E, Munn Z (2020). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2006). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Loures: Lusodidacta.
- Barroso, F., Sales, Leila e Ramos, Susana. (2021) *Guia Prático para a Segurança do Doente* (1ª edição) LIDEL.
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. Denver: AORN Inc <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf> (aorn.org).
- Corona, A. e Peniche, A. (2015). A cultura de segurança do paciente na adesão ao protocolo da cirurgia segura. *Revista SOBECC*, 20 (3), 179-185. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201500030009>.
- Cullati, S., Du, S., Raë, A., Micallef, M., Khabiri, E., Ourahmoune, A., Boireaux, A., Licker, M. e Chopard, P. (2013). Is the Surgical Safety Checklist successfully conducted? An observational study of social interactions in the operating rooms of a tertiary hospital. *BMJ Quality & Safety*, 22 (8), 1-8. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001634>.
- Despacho n.º 1400-A/2015, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020, Diário da República, 2.ª série — N.º 28 — 10 de fevereiro de 2015. 3882-(9).
- Despacho n.º 9390/2021, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, Diário da República, 2.ª série — N.º 187- 24 de setembro de 2021. 96-103.

Direção Geral da Saúde. (2010). Manual de implementação da Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS 2009, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8.

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 2/2013. Cirurgia Segura, Salva Vidas. www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx (dgs.pt).

Direção Geral da Saúde (2015). CIRURGIA SEGURA SALVA VIDAS Relatório de Monitorização – 2014 <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/cirurgia-segura-salva-vidas-relatorio-de-monitorizacao-2014-pdf.aspx>.

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma Clínica nº 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022 - *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto.pdf.

Direção-Geral da Saúde (2022). Norma Clínica nº 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 - *“Feixe de Intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico*. Norma nº 020/2015 de 15/12/2015. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf.

Direção Geral da saúde. (2022). Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx> (dgs.pt).

Duarte, A. e Martins, O. (2020). *Enfermagem em Bloco Operatório*. LIDEL.

ESSN-CVP. (setembro, 2022). Guia de Orientação - Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. (E. S.-C. Portuguesa, Ed.) Oliveira de Azeméis, Portugal.

ESSN-CVP. (junho, 2023). Regulamento do 2º Ciclo de Estudos dos Cursos de Mestrado. Oliveira de Azeméis, Portugal.

European Operating Room Nurses Association. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care (3ª ed.)*. The European Operating Room Nurses Association (EORNA), Brussels, Belgium. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>.

Fourcade, A., Blache, J., Grenier, C., Bourgain, J. e Minvielle, E. (2011). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ quality & safety*, 21, 191-197. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000094>.

Fudickar, A., Hörle, K., Wiltfang, J. e Bein, B. (2012). The Effect of the WHO Surgical Safety Checklist on Complication Rate and Communication. *Dtsch Arztebl Int*, 109 (42), 695-701. DOI: 10.3238/arztebl.2012.0695.

Giles, K., Munn, Z., Aromataris, E., Deakin, A., Schultz, T., Mandel, C., Maddern, G., et al. (2016). Use of surgical safety checklists in Australian operating theatres: an observational study. *ANZ Journal of Surgery*, 87(12), 958-1066. <https://doi.org/10.1111/ans.13638>.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A., & Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England journal of medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>.

Hannam, J., Glass, L., Kwon, J., Windsor, J., Stapelberg, F., Callaghan, K., Merry, A. e Mitchell, S. (2013). A prospective, observational study of the effects of implementation strategy on compliance with a surgical safety checklist. *BMJ quality & safety*, 22, 940–947, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001749>.

- Maziero, E., Silva, A., Mantovani, M. e Cruz, E. (2015). Adesão ao uso de um *checklist* cirúrgico para segurança do paciente. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(4),14-20. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>.
- Mota, A.S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Repositório Aberto Institucional da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/140139>.
- MOURA, M. e DIEGO, L. Cirurgia segura. In: SOUSA, P. e MENDES, W., comps. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde [online]*. 2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro: CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, 2019, pp. 189-209. ISBN 978-85-7541-641-9. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0012>.
- Ong, A., Devcich, D., Hannam, J., Lee, T., Merry, A. e Mitchell, S. (2015). A ‘paperless’ wall-mounted surgical safety checklist with migrated leadership can improve compliance and team engagement. *BMJ quality & safety*, 25(12),971-976. <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004545>.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Ordem dos Enfermeiros. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidadeemc_rev.pdf.
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). *Parecer do Conselho de Enfermagem n.º 275/2023 - Responsabilidade do Enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-nº-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transição-de-cuidados-do-intraoperatório-para-a-uc-posanestesicos_anonimizado.pdf.

- Overdyk, F., Dowling, O., Newman, S., Glatt, D., Chester, M., Armellino, D., Cole, B., Landis, G., Schoenfeld, D. e DiCapua, J. Remote video auditing with realtime feedback in an academic surgical suite improves safety and efficiency metrics: a cluster randomised study (2015). *BMJ quality & safety*, 25, 947–953, <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004226>.
- Patel, J., Ahmed, K., Guru, K., Khan, F., Marsh, H., Khan, M. e Dasgupta, P. (2014). An overview of the use and implementation of checklists in surgical specialities e A systematic review. *International Journal of Surgery*, 12, 1317-1323. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2014.10.031>.
- Peters MDJ, Godfrey C, Mclnerney P, Munn Z, Tricco AC, Khalil, H. Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version). Aromataris E, Munn Z, editors. *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI; 2020. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>.
- Poveda, V., Lemos S., Lopes, S., Pereira, M e Carvalho R. (2021). Implementação de *checklist* de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Rev Bras Enferm.* 74(2), 1-5. <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>.
- Reed, S., Ganyani, R., King, R., Pandit, M. (2016). Does a novel method of delivering the safe surgical checklist improve compliance? A closed loop audit. *International Journal of Surgery*, 32, 99-108. <https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2016.06.035>.
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 135/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº 026/2019 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>.

- Ribeiro, L., Fernandes, G., Souza, E., Souto, L., Santos, A., Bastos, R. (2019). Checklist de cirurgia segura: adesão ao preenchimento, inconsistências e desafios. *Rev Col Bras Cir*, 46(5). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192311>.
- Russ, S., Sevdalis, N., Moorthy, K., Mayer, E., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Vincent, C. e Darzi, A. (2014). A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England Lessons From the “Surgical Checklist Implementation Project”. *Annals of Surgery*, 261 (1), 81-91. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000000793>.
- Rydenfält, C., Johansson, G., Odenrick, P., Åkerman, K. e Larsson, P. (2013). Compliance with the WHO Surgical Safety Checklist: deviations and possible improvements. *International Journal for Quality in Health Care*, 25 (2), 182–187. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt004>.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., . . . Hempel, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*. <https://doi:10.7326/M18-0850>.

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DE FORMAÇÃO NO CONTEXTO
CLÍNICO DE ESTÁGIO**



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE



Declaração

Para os devidos efeitos se declara que a Enfermeira Elsa Maria Carita Félix, com o CC nº 12182630, aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Peri-operatória, a realizar estágio no Bloco Operatório da Unidade de Tomar do CHMT, realizou, no dia 7 de fevereiro de 2023, uma ação de formação como o tema: "Sensibilização sobre a importância da adesão dos Enfermeiros do BO ao cumprimento do registo da Lista de Verificação Segurança Cirúrgica".

Anexa-se cópia do impresso de registo de presenças.

Tomar, 07 de fevereiro de 2023

Lídia Gaspar

Enfermeira Responsável do Bloco Operatório

1/1


CENTRO HOSPITALAR DO MÉDIO TEJO, E.P.E.
Unidade de Abrantes: Largo Eng.º Biucas, 2200-202 Abrantes | Unidade de Tomar: Av. Maria de Lourdes de Mello e Castro –
Apartado 118, 2304-909 Tomar | Unidade de Torres Novas: Av. Xanana Gusmão - Apartado 45, 2354-754 Torres Novas
Telefone: 249 810 100 | Fax: 249 810 106 | Email: geral@chmt.min-saude.pt www.chmt.min-saude.pt

IMP.GRL.001.05 / agosto 2016



**ANEXO II: LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CIRÚRGICA DA OMS**


Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Direção-Geral de Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
<p>O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O local está marcado?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>O doente possui:</p> <p>Alergia conhecida?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p>Via aérea difícil ou risco de aspiração?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e equipamento/assistência acessível</p> <p>Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/kg em crianças)?</p> <p><input type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> Sim e:</p> <p>2 acessos iv/central e administração de fluidos planeada</p> <p>Tipagem e sangue disponível</p>	<p><input type="checkbox"/> Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções</p> <p><input type="checkbox"/> Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão</p> <p>A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>A profilaxia tromboembólica foi administrada?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não aplicável</p> <p>Antecipação de eventos críticos</p> <p>O cirurgião enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> Quais são os passos críticos ou fora da rotina</p> <p><input type="checkbox"/> O tempo planeado para o caso</p> <p><input type="checkbox"/> Qual a perda de sangue prevista</p> <p>O Anestesista enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> Há alguma preocupação específica com o doente?</p> <p>A equipa de enfermagem enuncia em voz alta</p> <p><input type="checkbox"/> A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?</p> <p><input type="checkbox"/> Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?</p> <p>Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?</p> <p><input type="checkbox"/> Sim</p> <p><input type="checkbox"/> Não Aplicável</p>	<p>O enfermeiro confirma verbalmente</p> <p><input type="checkbox"/> O nome do procedimento</p> <p><input type="checkbox"/> As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes</p> <p><input type="checkbox"/> A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)</p> <p><input type="checkbox"/> Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver</p> <p>O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam</p> <p><input type="checkbox"/> informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente</p>

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio; adiantamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009 © WHO, 2009

Norma nº 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013


ANEXO III: ESTRATÉGIA DE PESQUISA EM BASE DE DADOS CIENTÍFICOS

Fatores de Adesão dos Enfermeiros à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



Sunday, June 11, 2023 5:23:20 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	(guideline adherence OR Adherence, Guideline OR Policy Compliance OR Compliance, Policy OR Protocol Compliance OR Compliance, Protocol OR Institutional Adherence OR Adherence, Institutional) AND (S1 AND S2 AND S3 AND S4)	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	26
S4	guideline adherence OR Adherence, Guideline OR Policy Compliance OR Compliance, Policy OR Protocol Compliance OR Compliance, Protocol OR Institutional Adherence OR Adherence, Institutional	Limitadores - Data de Publicação: 20090101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	16,505
S3	Operating Rooms OR Operating Room OR Room, Operating OR Rooms, Operating	Limitadores - Data de Publicação: 20090101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	13,469
S2	Checklist OR Checklists	Limitadores - Data de Publicação: 20090101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	42,304
S1	Patient Safety OR Patient Safeties OR Safeties, Patient OR Safety, Patient	Limitadores - Data de Publicação: 20090101-20231231 Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	70,828

 An official website of the United States government
Here's how you know.

PubMed Advanced Search Builder



Add terms to the query box

All Fields

Enter a search term

ADD

Show Index

Query box

Enter / edit your search query here

Search

History and Search Details

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
#5	...		Search: (((((((((((((((((((guideline adherence[MeSH Terms]) OR (guideline adherence[Title/Abstract])) OR (Adherence, Guideline[MeSH Terms]) OR (Adherence, Guideline[Title/Abstract])) OR (Policy Compliance[MeSH Terms]) OR (Policy Compliance[Title/Abstract])) OR (Compliance, Policy[MeSH Terms]) OR (Compliance, Policy[Title/Abstract])) OR (Protocol Compliance[MeSH Terms]) OR (Protocol Compliance[Title/Abstract])) OR (Compliance, Protocol[MeSH Terms]) OR (Compliance, Protocol[Title/Abstract])) OR (Compliance, Protocol[MeSH Terms]) OR (Compliance, Protocol[Title/Abstract])) OR (Adherence, Institutional[MeSH Terms]) OR (Adherence, Institutional[Title/Abstract])) AND (((((((Patient Safety[MeSH Terms]) OR (Patient Safety[Title/Abstract])) OR (Patient Safeties[MeSH Terms]) OR (Patient Safeties[Title/Abstract])) OR (Safeties, Patient[MeSH Terms]) OR (Safeties, Patient[Title/Abstract])) OR (Safety, Patient[MeSH Terms]) OR (Safety, Patient[Title/Abstract])) AND (((Checklist[MeSH Terms]) OR (Checklist[Title/Abstract])) OR (Checklists[MeSH Terms]) OR (Checklists[Title/Abstract])) AND (((((((Operating Rooms[MeSH Terms]) OR (Operating Rooms[Title/Abstract])) OR (Operating Room[MeSH Terms]) OR (Operating Room[Title/Abstract])) OR (Room, Operating[MeSH Terms]) OR (Room, Operating[Title/Abstract])) OR (Rooms, Operating[MeSH Terms]) OR (Rooms, Operating[Title/Abstract]))	47	10:33:57
#4	...		Search: (((((((Operating Rooms[MeSH Terms]) OR (Operating Rooms[Title/Abstract])) OR (Operating Room[MeSH Terms]) OR (Operating Room[Title/Abstract])) OR (Room, Operating[MeSH	42,779	10:32:42

Search	Actions	Details	Query	Results	Time
			Terms])) OR (Room, Operating[Title/Abstract])) OR (Rooms, Operating[MeSH Terms])) OR (Rooms, Operating[Title/Abstract]))		
#3	...		Search: (((Checklist[MeSH Terms]) OR (Checklist[Title/Abstract])) OR (Checklists[MeSH Terms])) OR (Checklists[Title/Abstract]))	57,652	10:30:18
#2	...		Search: (((((((Patient Safety[MeSH Terms]) OR (Patient Safety[Title/Abstract])) OR (Patient Safeties[MeSH Terms])) OR (Patient Safeties[Title/Abstract])) OR (Safeties, Patient[MeSH Terms])) OR (Safeties, Patient[Title/Abstract])) OR (Safety, Patient[MeSH Terms])) OR (Safety, Patient[Title/Abstract]))	185,928	10:28:51
#1	...		Search: (((((((((((guideline adherence[MeSH Terms]) OR (guideline adherence[Title/Abstract])) OR (Adherence, Guideline[MeSH Terms])) OR (Adherence, Guideline[Title/Abstract])) OR (Policy Compliance[MeSH Terms])) OR (Policy Compliance[Title/Abstract])) OR (Compliance, Policy[MeSH Terms])) OR (Compliance, Policy[Title/Abstract])) OR (Protocol Compliance[MeSH Terms])) OR (Protocol Compliance[Title/Abstract])) OR (Compliance, Protocol[MeSH Terms])) OR (Compliance, Protocol[Title/Abstract])) OR (Compliance, Protocol[MeSH Terms])) OR (Compliance, Protocol[Title/Abstract])) OR (Adherence, Institutional[MeSH Terms])) OR (Adherence, Institutional[Title/Abstract]))	36,955	10:26:20

Showing 1 to 5 of 5 entries

FOLLOW NCBI



Connect with NLM

National Library of Medicine
8600 Rockville Pike
Bethesda, MD 20894

Web Policies
FOIA
HHS Vulnerability Disclosure
Help
Accessibility
Careers

NLM NIH HHS USA.gov

Advanced Search

Search Search manager Medical terms (MeSH) PICO search

Save this search View/Share saved searches Search help Print search history

+ #1	MeSH descriptor: [Patient Safety] explode all trees	MeSH	1529
+ #2	MeSH descriptor: [Checklist] explode all trees	MeSH	637
+ #3	MeSH descriptor: [Guideline Adherence] explode all trees	MeSH	1382
+ #4	MeSH descriptor: [Operating Rooms] explode all trees	MeSH	290
+ #5	#1 and #2 and #3 and #4	Limits	2
+ #6	Type a search term or use the S or MeSH buttons to compose	S MeSH Limits	N/A

Clear all Highlight orphan lines

Save this search View/Share saved searches Search help Print search history

Cochrane Reviews 0 Cochrane Protocols 0 Trials 2 Editorials 0 Special Collections 0 Clinical Answers 0 More

For COVID-19 related studies, please also see the Cochrane COVID-19 Study Register

2 Trials matching "#5 - #1 and #2 and #3 and #4"
Did you mean: *Rand | band | hand*

Cochrane Central Register of Controlled Trials
Issue 6 of 12, June 2023

Authenticate to get access to full CENTRAL content **Unlock the potential of Cochrane Evidence**

Order by Relevancy Results per page 25

- Impact of the World Health Organization's Surgical Safety Checklist on safety culture in the operating theatre: a controlled intervention study**
AS Haugen, E Sefteland, GE Eide, N Sevdalis, CA Vincent, MW Nortvedt, S Harthug
British journal of anaesthesia, 2013, 110(5), 807-815 | added to CENTRAL: 30 September 2013 | 2013 Issue 9 | PubMed
- Remote video auditing with real-time feedback in an academic surgical suite improves safety and efficiency metrics: a cluster randomised study**
FJ Overdyk, O Dowling, S Newman, D Glatt, M Chester, D Armellino, B Cole, GS Landis, D Schoenfeld, JF DiCapua
BMJ quality & safety, 2016, 25(12), 947-953 | added to CENTRAL: 28 February 2017 | 2017 Issue 2 | PubMed Embase

Filter your results

Year

Year first published

2023 0

2022 0

2021 0

2020 0

2019 0

Custom Range: yyyy to yyyy Apply Clear

Date

Date added to CENTRAL trials database

The last 3 months 0

The last 6 months 0

The last 9 months 0

The last year 0

The last 2 years 0

Custom Range: dd/mm/yyyy to dd/mm/yyyy Apply Clear

Source

PubMed 2

Embase 1

Language

English 2