



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

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

Dânia da Silva Dias

AS BARREIRAS À ADESÃO  
DOS ENFERMEIROS  
PERIOPERATÓRIOS NA  
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES  
E EVENTOS ADVERSOS

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

**AS BARREIRAS À ADESÃO DOS ENFERMEIROS  
PERIOPERATÓRIOS NA NOTIFICAÇÃO DE  
INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS**

Relatório Final de Estágio

Dânia da Silva Dias

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Especialista Nelson Coimbra

Oliveira de Azeméis | 2024



*“A única segurança verdadeira consiste numa reserva de  
sabedoria, de experiência e de competência.”*

Henry Ford



## **AGRADECIMENTOS**

---

Ao Professor Especialista Nelson Coimbra, pelo apoio, empenho, disponibilidade e profissionalismo.

À Enfermeira Especialista Isabel Melo, pela partilha de conhecimento durante todo o estágio.

À Doutora Paula Bruno, por gentilmente ceder o seu instrumento de recolha de dados.

Ao Conselho de Administração, Comissão de Ética e Enfermeiro Gestor do hospital da zona norte, onde foi efetuado o estudo.

A todos os Enfermeiros que participaram no estudo.

Aos meus pais (em memória) por me ensinarem que o conhecimento ocupa o lugar da ignorância.

À Maribel e ao André, por me mostrarem que o caminho não é difícil de percorrer.

A todos os meus familiares e amigos pela compreensão de não ter estado presente nos momentos de convívio.



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

---

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHRQ - *Agency for Healthcare Research & Quality*

AORN - *Association of Perioperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CDE – Código Deontológico dos Enfermeiros

CS – Cultura de Segurança

CSSV – Cirurgia Segura Salva Vidas

EA – Eventos Adversos

EP – Enfermagem Perioperatória

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EUA - Estados Unidos da América

ICPS - *International Classification for Patient Safety*

ILC - Infeção do Local Cirúrgico

ISBAR - *Information, Situation, Background, Assessment and Recommendation*

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NIEA – Notificação de Incidentes e Eventos Adversos

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PPFM - *Perioperative Patient Focused Model*

PSPO – Pessoa em Situação Perioperatória

SD – Segurança do Doente

UID – Unidade de Investigação e Desenvolvimento

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

WHO – *World Health Organization*



## RESUMO

---

O bloco operatório é considerado um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados e a garantia da segurança neste ambiente é da total responsabilidade da equipa multidisciplinar.

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Este documento tem por objetivo analisar, de forma crítica e construtiva, todo o processo de desenvolvimento de competências avançadas durante o estágio e fundamentar todas as atividades desenvolvidas com a melhor evidência científica resultante da pesquisa efetuada. Para aperfeiçoamento destas competências avançadas, escolhemos a sala de urgência do bloco operatório central, de um hospital da zona norte, para a realização de estágio no período compreendido de 03 de outubro de 2022 a 08 de março de 2023.

Para a sua elaboração, adotamos uma metodologia critico-reflexiva e descritiva, suportada por pesquisas bibliográficas em bases de dados, trabalhos de investigação e publicações periódicas. Para além destes recursos, salientamos também, igualmente importante, as oportunidades de aprendizagem no contexto da prática clínica.

A componente de investigação foi desenvolvida na área de notificação de incidentes e eventos adversos. Um estudo quantitativo e descritivo cujo principal objetivo foi conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na notificação de incidentes e eventos adversos.

Os enfermeiros reconhecem a importância de notificar todos os incidentes, mas a frequência de notificação é reduzida, especialmente em casos de menor gravidade. No último ano, 71,2% dos enfermeiros não registaram qualquer ocorrência e 7,6% desconhecem o sistema institucional de notificação de incidentes e eventos adversos. As principais barreiras à notificação incluem a culpabilização dos profissionais mais novos, a falta de apoio dos colegas, o esquecimento devido à sobrecarga de trabalho, o receio de prejudicar a credibilidade pessoal e institucional, e a falta de clareza sobre quais incidentes devem ser registados.

Os resultados apontam para a necessidade de incentivar a Cultura de Segurança do serviço, consciencializando os profissionais de saúde da importância do seu papel para a melhoria da Segurança do Doente. Torna-se fundamental integrar a notificação de incidentes e eventos

adversos na prática diária dos profissionais, com recurso a formação contínua em serviço, criação de espaços facilitadores de *feedback* do incidente e evento adverso e criação de *debriefings*.

**Palavras-chave:** Enfermagem Perioperatória; Competências; Notificação; Eventos Adversos; Barreiras

## ABSTRACT

---

The operating room is considered one of the most complex work environments in healthcare delivery, and ensuring safety in this setting is the sole responsibility of the multidisciplinary team. This report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, specializing in Perioperative Nursing, at the Escola Superior de Saúde Norte of the Portuguese Red Cross. The document aims to critically and constructively analyze the entire process of developing advanced skills during the internship and to substantiate all activities undertaken with the best scientific evidence obtained through research. To enhance these advanced skills, the emergency room of the central operating block in a hospital in the northern region was chosen for the internship, which took place from October 3, 2022, to March 8, 2023. For its development, a critical-reflective and descriptive methodology was adopted, supported by bibliographic research using databases, research studies, and journal publications. In addition to these resources, learning opportunities within the clinical practice context were equally highlighted as significant. The research component focused on incident and adverse event reporting, employing a quantitative and descriptive study whose main objective was to identify the barriers to perioperative nurses' adherence to incident and adverse event reporting. Nurses recognize the importance of reporting all incidents; however, the reporting frequency is low, particularly for less severe cases. Over the past year, 71.2% of nurses did not report any occurrences and 7.6% were unaware of the institutional system for reporting incidents and adverse events. The main barriers to reporting include blaming junior professionals for incidents and adverse events, lack of support from colleagues, forgetting to report due to heavy workloads, fear of damaging personal and institutional credibility, and lack of clarity about which incidents need to be reported. The results highlight the need to promote a safety culture within the service, raising healthcare professionals' awareness of their critical role in improving patient safety. Integrating the reporting of incidents and adverse events into daily professional practice is essential, supported by continuous on-the-job training, the creation of spaces facilitating incident and adverse event feedback, and the implementation of debriefings.

**Keywords:** Perioperative Nursing; Competencies; Reporting; Adverse Events; Barriers



## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1 – Caraterização da amostra (sexo) .....	65
Tabela 2 - Caraterização da amostra (idade) .....	66
Tabela 3 – Caraterização da amostra (habilitações académicas) .....	66
Tabela 4 – Caraterização da amostra (Pós-Licenciatura em Enfermagem reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros) .....	67
Tabela 5 – Caraterização da amostra (tempo de experiência profissional em anos completos) .....	68
Tabela 6 - Caraterização da amostra (tempo de experiência profissional no bloco operatório em anos completos) .....	68
Tabela 7 – Frequência de notificação de Near Miss .....	71
Tabela 8 – Frequência de notificação de eventos sem perigo.....	71
Tabela 9 – Frequência de notificação de erros sem dano .....	72
Tabela 10 – Frequência de notificação de danos moderados .....	72
Tabela 11 – Frequência de notificação de danos trágicos .....	72
Tabela 12 – Frequência de notificação de incidentes e eventos adversos nos últimos 12 meses .....	73
Tabela 13 – Frequência de acontecimentos: avaria ou defeito de material/dispositivos médicos.....	75
Tabela 14 - Frequência de acontecimentos: falta de material clínico e medicamentos .....	75
Tabela 15 – Frequência de acontecimentos: disfunções do sistema informático.....	75
Tabela 16 – Frequência de acontecimentos: quedas dos doentes.....	76
Tabela 17 – Frequência de acontecimentos: falta de material/roupa/alimentos.....	76
Tabela 18 – Frequência de acontecimentos: falta do processo do doente.....	76
Tabela 19 – Frequência de acontecimentos: contagem incorreta de compressas numa cirurgia .....	77
Tabela 20 – Frequência de acontecimentos: infeções associadas aos cuidados de saúde.....	77
Tabela 21 – Frequência de acontecimentos: erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência) .....	77

Tabela 22 – Frequência de acontecimentos: erro da identificação do doente.....	78
Tabela 23 – Frequência de acontecimentos: esquecimento de exame, análise ou preparação do doente.....	78
Tabela 24 – Frequência de acontecimentos: erro relacionado com a anestesia.....	78
Tabela 25 – Frequência de acontecimentos: erro de prescrição de produto ou fármaco .....	78
Tabela 26 – Frequência de acontecimentos: desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente.....	79
Tabela 27 – Frequência de acontecimentos: lesão de outros órgãos numa cirurgia.....	79
Tabela 28 – Frequência de acontecimentos: erro do local a operar.....	80
Tabela 29 – Frequência de acontecimentos: erro na avaliação do estado de saúde do doente .....	80
Tabela 30 – Frequência de acontecimentos: conflitos com o doente .....	80
Tabela 31 – Frequência de acontecimentos: erro de administração de sangue.....	80
Tabela 32 – Frequência de acontecimentos: transmissão da informação médica errada .....	81
Tabela 33 – Frequência de acontecimentos: erro na interpretação de um exame .....	81
Tabela 34 – Frequência de acontecimentos: corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças) .....	81
Tabela 35 – Frequência de acontecimentos: prescrição incorretamente preenchida ou mal legível .....	82
Tabela 36 – Frequência de acontecimentos: troca de relatório do exame .....	82
Tabela 37 – Frequência de acontecimentos: morte inesperada.....	82
Tabela 38 – Barreira de notificação - tenho receio de um processo disciplinar .....	83
Tabela 39 – Barreira de notificação – quando há muito trabalho esqueço de registar .....	83
Tabela 40 – Barreira de notificação – tenho receio de um processo judicial .....	84
Tabela 41 – Barreira de notificação – os meus colegas não apoiam o registo .....	84
Tabela 42 – Barreira de notificação – não quero que o caso seja discutido em reunião .....	84
Tabela 43 – Barreira de notificação – não sei quais os incidentes que têm de ser registados .....	85
Tabela 44 – Barreira de notificação – as circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo .....	85

Tabela 45 – Barreira de notificação – desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais.....	86
Tabela 46 – Barreira de notificação – o registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados.....	86
Tabela 47 – Barreira de notificação – os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes/eventos adversos.....	86
Tabela 48 – Barreira de notificação – receio de afetar a minha credibilidade.....	87
Tabela 49 – Barreira de notificação – receio de afetar a credibilidade da instituição .....	87
Tabela 50 – Frequência sobre obrigatoriedade VS voluntariedade do registo de incidentes e eventos adversos.....	90
Tabela 51 – Grau de segurança do doente no serviço.....	91



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1 - Perioperative Patient Focused Model (AORN, 2018, p.3) .....	28
Figura 2 – Percepção dos inquiridos sobre programas de Acreditação hospitalar.....	69
Figura 3 – Percepção dos inquiridos sobre o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional.....	70
Figura 4 – Concordância dos inquiridos sobre o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional.....	70
Figura 5 – Tipos de incidentes e eventos adversos e a sua frequência de notificação .....	74
Figura 6 – Frequência de notificação se existisse legislação que garantisse a confidencialidade da informação.....	89



## ÍNDICE GERAL

---

<b>PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO</b> .....	25
1. Enquadramento do contexto de estágio .....	27
<b>1.1. Estágio em contexto de bloco operatório de urgência</b> .....	<b>29</b>
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	31
Responsabilidade profissional, ética e legal .....	31
Melhoria contínua da qualidade .....	32
Gestão dos cuidados .....	33
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais .....	34
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória .....	37
<b>3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa</b> .....	<b>37</b>
<b>3.2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica</b> .....	<b>40</b>
4. Considerações finais .....	45
<b>PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO</b> .....	<b>47</b>
1. <b>Resumo</b> .....	<b>49</b>
2. <b>Abstract</b> .....	<b>51</b>
3. <b>Fundamentação/enquadramento teórico</b> .....	<b>53</b>
4. <b>Finalidade e objetivos</b> .....	<b>59</b>
5. <b>Metodologia</b> .....	<b>61</b>
<b>5.1. Desenho do estudo</b> .....	<b>61</b>
<b>5.2. Considerações éticas</b> .....	<b>64</b>
6. <b>Resultados</b> .....	<b>65</b>
7. <b>Discussão</b> .....	<b>93</b>
8. <b>Conclusão</b> .....	<b>99</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>101</b>

<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	103
<b>ANEXOS</b> .....	109
<b>ANEXO I: Certificado de Póster “Papel do Enfermeiro Perioperatório na Notificação de Incidentes e Eventos”</b> .....	111
<b>ANEXO II: Certificado de Póster “Fumo Cirúrgico: O Inimigo Invisível no Bloco Operatório”</b> 115	
<b>ANEXO III: Questionário</b> .....	119
<b>ANEXO IV: Autorização da autora para a utilização do questionário</b> .....	129
<b>ANEXO V: Pedido Formal à Comissão de Ética</b> .....	133
<b>ANEXO VI: Parecer Positivo da Comissão de Ética</b> .....	143
<b>APÊNDICES</b> .....	147
<b>APÊNDICE I - Instrução de Trabalho - Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”</b> ....	149
<b>APÊNDICE II - Check-List de Controlo de Consumíveis/Dispositivos Médicos e Equipamentos para Pensos por Pressão Negativa</b> .....	155
<b>APÊNDICE III -Formação – “Registo de Incidentes e Eventos Adversos”</b> .....	159
<b>APÊNDICE IV - Formação – “Fumo Cirúrgico – O Inimigo Invisível Dentro do Bloco Operatório”</b> .....	169
<b>APÊNDICE V - Projeto de Investigação</b> .....	181
<b>APÊNDICE VI - Pedido de Autorização ao CA</b> .....	203
<b>APÊNDICE VII - Pedido ao Enf. Gestor do BO</b> .....	207
<b>APÊNDICE VIII - Consentimento Informado para o Questionário</b> .....	211

## INTRODUÇÃO

---

A Enfermagem perioperatória (EP) desempenha um papel essencial no cuidado integral da pessoa submetida a cirurgia, abrangendo desde a fase pré-operatória até a fase pós-operatória. Este campo da Enfermagem é fundamental para assegurar a segurança, o bem-estar e a recuperação adequada da pessoa em situação perioperatória (PSPO).

Compreender os princípios e práticas da EP é crucial para os profissionais de saúde, pois isso influencia diretamente os resultados clínicos e a experiência da PSPO durante todo o processo cirúrgico.

Esta introdução destina-se a explorar os conceitos fundamentais da EP, incluindo as suas diferentes fases, papéis dos profissionais de enfermagem envolvidos, desafios enfrentados e a importância de uma abordagem multidisciplinar para garantir a segurança e o sucesso da pessoa no ambiente cirúrgico.

É importante reconhecer que a EP não se limita apenas à execução de tarefas técnicas durante a cirurgia, mas também envolve aspetos holísticos do cuidado, como o suporte emocional da PSPO e sua família/pessoa significativa e a coordenação eficaz entre a equipa cirúrgica. Portanto, este trabalho procura destacar a complexidade e a importância da EP como uma componente indispensável no âmbito do cuidado cirúrgico (Serrano et al., 2011). Ao compreender profundamente os princípios e práticas da EP, os enfermeiros perioperatórios estarão mais bem preparados para prestar cuidados de alta qualidade à pessoa que requer cuidados cirúrgicos, promovendo melhores resultados clínicos e uma experiência mais positiva para a pessoa como um todo.

A relação entre competência, exercício profissional e contexto na Enfermagem é fundamental para o desenvolvimento e aprimoramento da prática.

A inovação tecnológica e as mudanças na organização do trabalho têm impacto direto na necessidade de desenvolver competências específicas para atender às demandas atuais. Os enfermeiros perioperatórios são considerados como agentes de mudança e os contextos profissionais são essenciais para o desenvolvimento dessas competências. A interação entre competência, exercício profissional e contexto é crucial para garantir a qualidade do cuidado prestado e para acompanhar as transformações na área da saúde (Serrano et al., 2011).

A Segurança do Doente (SD) encontram-se associada à melhoria contínua de qualidade dos cuidados de saúde, constituindo-se como objeto de grande responsabilidade para toda a equipa multidisciplinar. Neste contexto, evitar a ocorrência de eventos adversos (EA) surge como mais um desafio na prestação de cuidados de saúde perioperatórios (Mota, 2021).

Um EA pode culminar em dano, incapacidade ou morte para a pessoa submetida a cirurgia e, para além destas consequências diretas, verificam-se também outras a nível profissional, organizacional, social e económica. A diversidade de fatores que causam EA tornam necessária uma abordagem metódica, contínua e integrada para a promoção da segurança da PSPO (Mota, 2021).

No contexto do perioperatório, é fundamental recordar que a PSPO requer atenção redobrada devido às suas características inerentes relacionadas com o seu estado de saúde. A evolução tecnológica no âmbito perioperatório aumenta a suscetibilidade desta pessoa a EA.

Os enfermeiros perioperatórios, por se encontrarem na linha da frente da prestação de cuidados de saúde e pela experiência na identificação de situações potencialmente perigosas para as pessoas submetidas a cirurgia, são apontados como elementos fundamentais na prevenção desses incidentes (Levine et al., 2020).

A Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (NIEA) surge como ferramenta primordial para a sua prevenção e permite identificar situações potencialmente perigosas para a pessoa e situações que culminaram em dano para a mesma, criando uma base de dados completa que, após investigação e análise por profissionais competentes, permite identificar os fatores causadores do incidente e EA (Carvalho, 2020).

Assim, o objetivo deste estudo de investigação é conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na NIEA.

O presente relatório encontra-se dividido em duas partes. A primeira parte diz respeito à componente de estágio, que se subdivide em quatro itens: enquadramento do contexto de estágio, competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à PSPO e o último diz respeito às considerações finais onde se aborda todo o desenvolvimento profissional à luz das competências adquiridas.

Na perspetiva da abordagem conceptual em Enfermagem, fundamentamos a nossa atuação no *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM), cuja elaboração foi realizada pela *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN).

Este modelo conceptual da prática de Enfermagem durante o período perioperatório baseia-se em quatro pilares: segurança, respostas comportamentais, respostas fisiológicas e o sistema de saúde (Rothorck&Smith, 2000).

O modelo supracitado dirige a sua intervenção centrada na pessoa em situação perioperatória, proporcionando cuidados perioperatórios eficazes alinhados com a prática baseada em evidência e inseridos num sistema de saúde que promove a segurança, otimizando as respostas fisiológicas e comportamentais do indivíduo nesse contexto

(Wicklin, 2020). Assim, o PPFM visa a padronização da linguagem e dos cuidados de enfermagem perioperatórios, bem como a adoção de documentos padronizados, permitindo uma avaliação contínua dos resultados decorrentes da implementação de processos de melhoria contínua.

A segunda parte diz respeito à componente de investigação que visa conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na NIEA e está subdividida em seis tópicos: enquadramento teórico, na qual se realiza uma revisão da literatura, finalidade e objetivos; metodologia, na qual se apresentam as etapas do percurso metodológico, resultados, discussão dos resultados e, por último, a conclusão. O presente trabalho segue as indicações da *American Psychological Association: the official guide to APA style*, 7ª edição.



**PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---

Relatório de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação  
Perioperatória II



## 1. Enquadramento do contexto de estágio

---

A experiência ao longo do percurso de estágio clínico em Enfermagem avançada, na área do perioperatório, proporciona uma oportunidade de desenvolvimento pessoal e profissional. A ampliação do conhecimento nos âmbitos teórico, prático e científico prepara os enfermeiros para uma intervenção adaptada, equipando-os com habilidades para atender às necessidades da PSPO, como a promoção de cuidados de segurança, qualidade e excelência e, ainda, na valorização da Enfermagem como ciência baseada em evidência científica.

O estágio desenvolvido no âmbito da unidade curricular de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, inserido no plano de estudos do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à PSPO, foi realizado no bloco operatório (BO) de urgência do bloco operatório central (BOC) de um hospital da zona norte, no período compreendido entre 03 de outubro de 2022 a 08 de março de 2023.

Durante o desenvolvimento do capítulo, abordaremos, de maneira crítica e reflexiva, o cenário de estágio, detalhando as atividades que promovam a aquisição das competências mencionadas anteriormente, além das intervenções realizadas conforme as exigências do ambiente de estágio.

Assim sendo, definimos os seguintes objetivos:

- Analisar o caminho percorrido na obtenção e aprimoramento das competências gerais e específicas do enfermeiro especialista;
- Exibir uma perspicácia crítica diante dos desafios na prática profissional associada à NIEA, organizando e dinamizando sessões de formação em serviço;
- Compreender o processo de notificação de incidentes a nível institucional;
- Identificar os motivos da não-adesão, por parte dos enfermeiros do BO, à NIEA;
- Capacitar os enfermeiros do BO com informação sobre a NIEA na plataforma informática institucional;
- Propor uma instrução de trabalho sobre NIEA para os enfermeiros do BO;

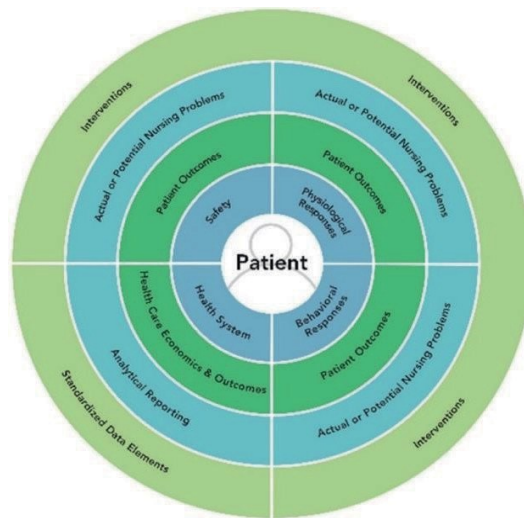
Dado que a enfermagem perioperatória emprega um conjunto de conhecimentos teóricos, práticos e humanos para preservar a individualidade da PSPO durante o período perioperatório e promover a sua melhor condição de saúde, sem causar danos adicionais,

intervém nas fases pré, intra e pós-operatórias da experiência anestésica e cirúrgica da pessoa (AESOP, 2012).

É crucial que o enfermeiro perioperatório baseie a sua prática num modelo conceptual de Enfermagem que atenda aos seus objetivos profissionais. Essa fundamentação representa um benefício adicional na identificação dos problemas de enfermagem atuais ou potenciais e justifica a necessidade de cuidados e intervenção correspondentes.

É neste referencial que consideramos seguir o *Perioperative Patient Focused Model*.

Figura 1 - *Perioperative Patient Focused Model* (AORN, 2018, p.3)



A EP é uma área crítica da Enfermagem que engloba uma série de domínios e aspetos essenciais para garantir a segurança, o bem-estar e a recuperação adequada das pessoas durante o período perioperatório.

O PPFM da AORN é uma estrutura conceptual que serve como guia para a prática de EP, delineando os diferentes domínios e componentes cruciais envolvidos no cuidado à PSPO.

Conforme descrito no modelo supracitado (fig.1), existem quatro domínios centrados na pessoa: segurança, respostas fisiológicas, respostas comportamentais à experiência cirúrgica e sistema de saúde. Estes domínios compõem a totalidade da prática profissional dos enfermeiros perioperatórios, abrangendo desde aspetos físicos e fisiológicos até aspetos emocionais e sociais do cuidado à PSPO (AORN, 2018).

No domínio da segurança, destaca-se a importância da ausência de sinais e sintomas de lesão física não relacionada aos efeitos terapêuticos pretendidos do procedimento cirúrgico. Isso está alinhado com iniciativas como o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD), que enfatiza a necessidade de uma abordagem sistémica e contínua para

promover a segurança da pessoa submetida a cuidados de saúde. Os enfermeiros perioperatórios têm a responsabilidade primária de garantir a segurança da PSPO ao longo de todo o processo perioperatório, desde a admissão até a alta da unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA).

As respostas fisiológicas e comportamentais à experiência cirúrgica representam aspetos cruciais do cuidado à PSPO. As respostas fisiológicas referem-se às reações físicas, bioquímicas e funcionais da pessoa aos efeitos terapêuticos do procedimento cirúrgico, enquanto as respostas comportamentais englobam as respostas psicológicas, sociológicas e espirituais da pessoa e da sua família à experiência cirúrgica. Os enfermeiros perioperatórios devem prestar cuidados individualizados que visem manter o estado fisiológico e promover o bem-estar emocional das pessoas durante todo o processo cirúrgico (AORN, 2018).

Por fim, o sistema de saúde representa o contexto no qual os cuidados perioperatórios são prestados, incluindo todos os elementos estruturais e ambientais da prática. Reconhece-se a importância do ambiente de prática na promoção de cuidados seguros e de qualidade durante o período perioperatório (AORN, 2018).

Em suma, o PPFM da AORN oferece uma estrutura abrangente para a prática da EP, integrando os diferentes domínios e componentes essenciais para fornecer cuidados seguros, eficazes e centrados na pessoa durante todo o processo cirúrgico. A compreensão e aplicação deste modelo são fundamentais para os enfermeiros perioperatórios na prestação de cuidados de alta qualidade à PSPO.

### *1.1. Estágio em contexto de bloco operatório de urgência*

O BOC do referido hospital da zona norte está localizado no 3º Piso. É constituído por seis salas operatórias, todas elas com equipamento anestésico e cirúrgico, um carro de anestesia protocolado segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), um carro de circulante, uma marquesa e material de suporte para as diversas especialidades cirúrgicas. Funciona com cirurgia eletiva, urgente e/ou emergente. Desde janeiro de 2010, a sala quatro está reservada apenas para as cirurgias urgentes. Existe ainda o BO de Otorrinolaringologia e Oftalmologia, situado no 1º piso, com duas salas de operações que funcionam com cirurgia eletiva e ambulatoria.

O BOC é assegurado por uma equipa de Enfermagem, constituída por 79 elementos que se subdividem em várias equipas conforme a área de atuação: enfermeiros da área anestésica e enfermeiros da área cirúrgica. Os enfermeiros da área anestésica prestam cuidados nas salas operatórias de cirurgia eletiva em todas as especialidades, na sala operatória de

urgência e/ou emergência, na UCPA e também são responsáveis pela anestesia fora do bloco, acompanhando o anestesista sempre que necessário (unidade funcional de dor aguda, serviço de gastroenterologia, núcleo de partos, apoio à linha vida e emergência interna hospitalar).

A sala de urgência e/ou emergência do BOC é assegurada sempre por dois enfermeiros de anestesia, um para a sala operatória e um outro que assegura a UCPA, dois enfermeiros da área cirúrgica - um instrumentista de Ortopedia e outro instrumentista de Cirurgia Geral, que exercem as suas funções (instrumentista/circulante) consoante a especialidade da urgência e/ou emergência a operar.

Relativamente a gestão da unidade BO, existe um enfermeiro gestor para os dois blocos e seis coordenadoras de área (uma para cada especialidade cirúrgica e uma da área de anestesia).

O cenário cirúrgico cada vez mais complexo, influencia a estratégia organizacional, focada na aprimoração dos métodos e procedimentos de trabalho, visando um controlo mais eficaz dos resultados, em conformidade com os princípios da segurança cirúrgica.

O envolvimento especializado dos enfermeiros em cada uma dessas áreas reflete o êxito da execução diária do BO.

No decorrer do percurso em contexto de estágio clínico, verificámos que todos estes profissionais interagiram como uma verdadeira equipa multidisciplinar, trabalhando em conjunto e tendo como finalidade a prestação de cuidados de excelência à pessoa submetida a cirurgia.

A utilização e aplicação do PPFM da AORN durante o progresso da nossa trajetória profissional tem sido fundamental para o desenvolvimento e aprimoramento das competências e habilidades necessárias para uma prática clínica eficaz. Este modelo tem proporcionado uma estrutura sólida para os PSPO, capacitando-os a enfrentar com sucesso os desafios do ambiente cirúrgico em constante evolução, especialmente diante das crescentes demandas tecnológicas. Como resultado, os profissionais são capazes de oferecer cuidados avançados baseados em evidências científicas, contribuindo significativamente para a promoção da excelência na enfermagem perioperatória (Kolovos, 2020).

## **2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista**

---

A aquisição de competências num BO implica, para além de um agir e um conhecimento sólido em práticas avançadas em Enfermagem, o desenvolvimento de uma capacidade crítica e reflexiva de forma a proporcionar uma melhor capacidade de adaptação a diferentes contextos (interação permanente com a pessoa submetida a cirurgia, seus familiares/pessoa significativa e restante equipa) e garantir a formação dos restantes profissionais.

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2010), o enfermeiro especialista

possui conhecimentos aprofundados num domínio específico da enfermagem, considera as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstra elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzindo assim um conjunto de competências especializadas relativas a um determinado campo de intervenção. (p.2)

O referido documento define que todos os enfermeiros especialistas partilham um grupo de domínios, as competências comuns, que se dividem em quatro, nomeadamente: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, domínio da gestão dos cuidados, domínio da melhoria contínua da qualidade e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Ainda segundo a OE (2010), competências comuns são

demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria. (p.3)

Os subcapítulos seguintes foram estruturados tendo por base os quatro domínios das competências comuns do enfermeiro especialista.

### **Responsabilidade profissional, ética e legal**

Lidar diariamente com problemas éticos implica que os enfermeiros recorram a competências de tomada de decisão baseadas numa prática responsável, tendo por base princípios éticos, valores e normas deontológicas com vista a promover a proteção dos direitos humanos e consequentemente a dignidade da pessoa.

Esta competência corresponde diretamente ao âmbito das respostas comportamentais delineadas no modelo conceptual, que se referem às reações psicológicas, sociológicas e espirituais da pessoa e sua família/pessoa significativa diante de um procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo (Wicklin, 2020).

Para adquirir esta competência no decorrer do estágio, desenvolvemos uma prática baseada no Código Deontológico do Enfermeiro (CDE), respeitando o direito das pessoas submetidas a cirurgia à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados de saúde; identificámos práticas de cuidados que podem comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade das pessoas submetidas a cirurgia; tomámos decisões suportadas por princípios, valores e normas deontológicas e assumimos a responsabilidade dos nossos atos.

A valorização da dignidade humana implica o reconhecimento do ser humano como sujeito, e não como objeto, estabelecendo-se neste conceito um princípio bioético essencial - o princípio da autonomia. Assim, o exercício da responsabilidade profissional deverá reconhecer e respeitar o carácter único e a dignidade de cada pessoa envolvida (tríade - pessoa submetida a cirurgia, família/pessoa significativa e enfermeiro). Desta forma, a intervenção do enfermeiro é realizada com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do próprio enfermeiro, tal como está consagrado no artigo 99º do CDE (Lei 156/2015).

No decorrer do nosso percurso em contexto de estágio clínico, manifestamos o respeito pela autonomia e liberdade da PSPO, informando-o dos cuidados que prestávamos e solicitando o seu consentimento, sempre que o seu estado de consciência o permitia e a sua capacidade de tomada de decisão não estivesse afetada.

Procuramos refletir também sobre a problemática do sigilo de informação que se prende ao fato de utilizar aplicativos informáticos para partilha de informação. No BOC, existe a política do “hospital sem papel”, no qual, todo o processo da PSPO se encontra informatizado e só de acesso restrito à equipa indispensável ao processo terapêutico, salvaguardando todo o sigilo referente ao processo da pessoa.

Outro aspeto que tivemos em conta foi a preservação da privacidade e a intimidade da PSPO, uma vez que consideramos a dignidade, o respeito e o toque corporal, conceitos interligados, considerando-os imprescindíveis a ter em atenção durante todo o ato cirúrgico. Este é um grande desafio e exercício estratégico, de modo a que, quando havia necessidade de expor a área corporal da pessoa para a intervenção de um ato anestésico ou cirúrgico, fosse possível salvaguardar a intimidade e respeito de forma a evitar a exposição corporal prolongada.

### **Melhoria contínua da qualidade**

A melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde implica um esforço diário para que os cuidados prestados sejam efetivos, seguros e que satisfaçam as necessidades e expectativas da PSPO.

Podemos observar uma sobreposição entre a dimensão da segurança delineada no PPFM da AORN e a competência relacionada à melhoria contínua da qualidade. Ambas estão voltadas para o estímulo e o fomento de uma cultura centrada na prática de cuidados que sejam cada vez mais seguros e de alta qualidade.

No mesmo seguimento, o Conselho de Enfermagem da OE, implementou um programa de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, definindo os enunciados dos padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2017).

O enfermeiro especialista deve assumir a responsabilidade de aproximar o seu exercício e o seu desempenho aos padrões de excelência definidos na sua prática diária. Na procura permanente da excelência, o Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica definiu oito categorias de enunciados descritivos dos cuidados de Enfermagem Médico-Cirúrgica onde engloba: satisfação da pessoa, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de Enfermagem, prevenção e controlo da infeção e de resistência antimicrobianas e a segurança nos cuidados especializados.

Os padrões de qualidade consistem na tomada de decisão com base em evidência científica, onde o enfermeiro incorpora os resultados da investigação no seu exercício profissional por forma a contribuir para elevados níveis de satisfação das pessoas. Tendo em conta o exposto, garantimos uma prática de cuidados centrados na qualidade, assegurando a segurança do PSPO e a continuidade dos cuidados.

De forma a garantir a melhoria e segurança dos cuidados, são permanentemente desenvolvidos protocolos, normas/instruções de trabalho para implementar uma uniformização de cuidados baseados na evidência científica. Neste âmbito, realizamos uma instrução de trabalho sobre a NIEA na plataforma institucional (APÊNDICE I).

### **Gestão dos cuidados**

O enfermeiro especialista desempenha um papel crucial na gestão dos cuidados ao adaptar os recursos às necessidades, supervisionar e aprimorar as atuações da equipa de enfermagem para elevar a qualidade dos cuidados, e ao ajustar os estilos de liderança de modo a fortalecer as relações dentro da equipa, visando a realização dos objetivos institucionais.

No contexto do quarto domínio do PPFM - o sistema de saúde, assumimos um papel importante e dinâmico ao atualizar uma *check-list* de controlo de consumíveis/dispositivos médicos e equipamentos para pensos por pressão negativa que inclui todos os materiais

utilizados no tratamento da ferida cirúrgica para posterior pedido ao serviço de aprovisionamento (APÊNDICE II).

A área de gestão de cuidados é crucial para a melhoria da evolução da prestação de cuidados de Enfermagem. O enfermeiro especialista gere os cuidados, otimizando as respostas dos enfermeiros e dos restantes profissionais de saúde, adequando os recursos existentes às situações e contextos, de forma a garantir a segurança e promoção da qualidade dos mesmos (OE, 2010).

Reconhecendo que o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma, assim como pelos atos praticados e que delega, procuramos aperfeiçoar a capacidade de tomada de decisão em situações para as quais fomos solicitados e sempre que consideramos necessário. Para isso, para além de acompanharmos a enfermeira tutora, que era sempre designada como responsável de turno, pois no hospital em questão, o enfermeiro de anestesia alocado à sala de urgência é sempre o responsável desse turno. Tivemos a oportunidade de acompanhar a enfermeira coordenadora da área de anestesia durante cinco turnos. Este acompanhamento permitiu-nos desenvolver competências na gestão de recursos humanos, materiais e de equipamentos para rentabilização desses meios de forma adequada, de modo a diminuir os custos sem diminuir os ganhos em saúde.

Deste modo, encontramos-nos numa posição privilegiada para a perceção e gestão de uma conduta de consciência cirúrgica, promovendo um ambiente com segurança e qualidade dos cuidados.

### **Desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

Em virtude da complexidade das situações de saúde e as respostas necessárias à PSPO, o enfermeiro especialista, na perspetiva de dar uma resposta em tempo útil e de forma holística, mobiliza uma multiplicidade de conhecimentos e habilidades. Pela necessidade constante de atualizações, para uma prática de Enfermagem avançada, justifica-se a importância do desenvolvimento de aprendizagens profissionais para a excelência do cuidar. Ao longo do nosso percurso em contexto de estágio clínico, e em paralelo com o nosso percurso profissional, valorizamos sempre a formação profissional, através de cursos, congressos e formação contínua e de serviço.

Neste domínio, a aquisição de competências deve-se sobretudo ao nosso investimento pessoal a fim de manter uma atualização de conhecimentos, que nos leve a prestar cuidados de excelência com base na segurança da prática profissional. Neste contexto, considerando a formação um alicerce importante na prestação de cuidados diferenciados como especialista, onde nos responsabilizamos pela atualização constante dos conhecimentos na

área perioperatória que contribuem para um desenvolvimento de competências avançadas, na procura de evidência e conhecimento científico, através da formação como formandos e formadores.

A formação em serviço permite aos elementos da equipa a possibilidade de atualização e reflexão sobre a prática de Enfermagem, bem como a reflexão sobre oportunidades de melhoria (Santos, 2008).

No BOC, é recorrente existir formação em serviço todas as quintas-feiras de manhã, antes do início do plano cirúrgico diário e, como contributo para o contexto na prática apresentamos uma sessão de formação intitulada “Registo de Incidentes e Eventos Adversos” de forma a sensibilizar os enfermeiros perioperatórios para o tema da NIEA (APÊNDICE III).

A formação supracitada dividiu-se em duas fases distintas e complementares, objetivando uma abordagem holística da aprendizagem. Inicialmente, houve um momento dedicado à exposição teórica, durante o qual os enfermeiros perioperatórios foram apresentados à plataforma institucional. Esta fase teve como foco a disseminação de conhecimentos fundamentais e a familiarização com as ferramentas e recursos disponíveis na plataforma, essenciais para o desenvolvimento da atividade subsequente.

De seguida, a segunda fase da formação caracterizou-se por uma abordagem prática, na qual foi apresentado um caso concreto do BO. Este segmento incluiu a notificação em tempo real, proporcionando aos enfermeiros perioperatórios a oportunidade de aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos em um contexto realístico e dinâmico.

Portanto, a combinação de ensino teórico com a prática simulada reflete um avanço significativo na metodologia de ensino, especialmente na área da saúde, onde a capacidade de aplicar conhecimentos e habilidades em situações reais é crucial. Tal metodologia visou não apenas reforçar a compreensão dos conceitos apresentados anteriormente mas também desenvolver competências práticas através da análise e intervenção direta em situações simuladas, espelhando os desafios encontrados no cotidiano profissional (Martins, 2017).

Ainda neste contexto de formação, também foi desenvolvida e apresentada uma formação sobre os riscos do fumo cirúrgico para os profissionais, denominada “ Fumo Cirúrgico – O Inimigo Invisível Dentro do Bloco Operatório” (APÊNDICE IV).

A problemática do fumo cirúrgico no BO é reconhecida como uma questão de saúde ocupacional relevante. Durante procedimentos cirúrgicos que utilizam bisturis elétricos, é gerado um fumo que contém uma mistura de produtos químicos e material biológico. Esta exposição pode causar náuseas, irritação dos olhos, vias respiratórias e outras patologias, além de obstruir a visão clara do campo cirúrgico.

A evidência científica revela cada vez mais o perigo que o fumo cirúrgico representa para os profissionais de saúde em contexto perioperatório. O risco está identificado e existem estratégias preventivas recomendadas devendo ser promovida a sua implementação através de elaboração de normas/protocolos baseados nas recomendações específicas para a prevenção dos riscos da exposição crónica ao fumo cirúrgico, assim como a formação contínua aos profissionais perioperatórios, e ainda, a sensibilização das organizações de saúde no que se refere à aquisição de equipamentos de evacuação de fumos. (Schultz, 2014). Neste domínio, a nossa prática foi baseada em evidência científica atualizada e a nossa tomada de decisão foi assente em premissas de natureza científica e técnica, garantindo assim a qualidade e segurança na prestação de cuidados perioperatórios.

Destacamos os Congressos Científicos onde apresentamos estes dois temas em formato póster:

- 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, na qual se apresentou um póster intitulado “ Papel do enfermeiro perioperatório na notificação de incidentes e eventos adversos”, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023 (ANEXO I);
- VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde: Investigação em Saúde Global e Redes de Colaboração, apresentando um póster intitulado “Fumo Cirúrgico: O Inimigo Invisível no Bloco Operatório”, realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023 (ANEXO II).

Concluído o percurso, julgamos ser capazes de prestar cuidados especializados em enfermagem à PSPO, através de processos de tomada de decisão assentes em práticas baseadas na evidência científica.

### **3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**

---

Os cuidados de Enfermagem à PSPO tem como alvo de intervenção a pessoa submetida a cirurgia e respetiva família/pessoa significativa (OE, 2018).

O Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à PSPO foi aprovada por unanimidade em Assembleia do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica a 25 de Novembro de 2017. Posteriormente publicado como Regulamento nº 429/2018 no Diário da República em Julho de 2018, e este refere que os cuidados de Enfermagem à PSPO são aqueles dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento nº429/2018).

#### *3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa*

A pessoa submetida a cirurgia é caracterizada como uma pessoa que se apresenta numa situação vulnerável impossibilitado de responder com os seus próprios meios.

O enfermeiro especialista na PSPO deve possuir capacidades e competências, que além de possibilitar o cuidado diferenciado a estas pessoas, identificam precocemente problemas e potenciais focos de instabilidade (OE, 2018).

#### **Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica**

O Enfermeiro Especialista nesta área aplica os seus conhecimentos e competências no cuidado à PSPO/pessoa significativa, facilitando a compreensão do processo vivido e promovendo a capacitação para o autocuidado, bem como a reintegração no contexto familiar e social.

Neste contexto, aperfeiçoamos uma prática baseada no CDE, com vista a promover a proteção dos direitos humanos e dignidade humana, e assumir a responsabilidade dos nossos atos. A experiência e a competência, aliadas a um sentido crítico produzem cuidados de Enfermagem seguros e responsáveis.

Um dos princípios da relação entre o enfermeiro e a PSPO é o respeito pela autonomia e pela autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, informada e esclarecida face ao seu processo de saúde (Nunes, 2016).

Neste âmbito, na admissão da PSPO, no seu processo consta sempre a proposta cirúrgica e o consentimento informado, tanto cirúrgico como anestésico, assinado. O consentimento em saúde surge como um direito que a PSPO tem para decidir receber ou recusar determinada prestação de cuidados, em que o enfermeiro deve respeitar e assegurar. Neste contexto, estabelecemos uma comunicação acessível e efetiva, utilizando uma linguagem simples e clara para que a pessoa submetida a cirurgia entendesse a informação dada e expressasse a sua opinião. A comunicação é um fator essencial, não só como membro integrante de uma equipa multidisciplinar, mas também como meio de relacionamento com a pessoa submetida a cirurgia e respetiva família/ pessoa significativa. Ao longo do nosso percurso em contexto de estágio clínico, como enfermeiros com competências perioperatórias, estabelecemos, sempre que solicitada e oportunamente, a comunicação de forma assertiva, promovendo sentimentos de segurança e confiança nos cuidados prestados, estabelecendo uma relação empática e de ajuda, exigindo conhecimento, sensibilidade e tato na transmissão das informações relativas à pessoa submetida a cirurgia.

Também concebemos estratégias para realizar uma comunicação não-verbal, que muitas vezes resultou de forma eficaz, através do olhar, do toque, do silêncio e da presença, estabelecendo uma comunicação eficaz na medida em que tranquilizava e apoiava.

Desde o acolhimento da PSPO até à transição de cuidados para a UCPA eram aplicados todos os princípios de uma comunicação segura e eficaz através da técnica de comunicação “*ISBAR – Information, Situation, Background, Assessment and Recommendation*”. Esta é uma ferramenta padronizada de comunicação para a segurança na transferência de cuidados em contexto perioperatório.

A mnemónica *ISBAR* é um auxiliar de memória em que “*I*” corresponde à identificação, “*S*” à situação atual, “*B*” aos Antecedentes, “*A*” à Avaliação e “*R*” às Recomendações (DGS, 2017).

A Direção Geral de Saúde (DGS) (2017) refere que

a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica *ISBAR*. (p.1)

Esta competência está alinhada com o domínio das respostas comportamentais do modelo PPFM, que abrange as respostas psicológicas, sociais e espirituais da pessoa e da família ou das pessoas significativas perante um procedimento cirúrgico ou outro tipo de procedimento invasivo (Wicklin, 2020).

### **Promove cuidados à pessoa sem situação perioperatória**

O enfermeiro especialista na PSPO orienta a sua prática para o cuidado integral da pessoa, adotando uma abordagem holística, onde a relação humana e o respeito pelos direitos são elementos essenciais. Estes princípios estão presentes de forma constante na nossa atuação diária ao longo de todo o processo intraoperatório, permitindo-nos estabelecer um paralelismo com o modelo PPFM, refletindo o domínio das respostas comportamentais e fisiológicas.

Antes de iniciar a transferência da PSPO para a marquesa cirúrgica, todas as listas de verificação da sala cirúrgica são minuciosamente revistas, incluindo a higienização e a verificação da operacionalidade dos equipamentos anestésicos e cirúrgicos. Segue-se então a transferência da PSPO para a marquesa cirúrgica, tentando, ao máximo, nunca comprometer a sua privacidade. Salvar esta privacidade é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados.

Já dentro da sala operatória, colaboramos na monitorização da PSPO, no posicionamento cirúrgico e colaboramos sempre no preenchimento da lista de verificação de segurança cirúrgica (LVCS) com a restante equipa cirúrgica.

A LVSC foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para reforçar práticas de segurança, melhorar a comunicação e o trabalho em equipa nos cuidados perioperatórios, reduzir a mortalidade e as complicações cirúrgicas evitáveis. Esta ferramenta compreende itens em três domínios: antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e antes da PSPO sair da sala operatória (WHO, 2009).

Esta boa prática é da responsabilidade de toda a equipa cirúrgica realizado em voz alta e com todos os elementos presentes, sendo o registo em sistema informático da responsabilidade do enfermeiro da área de anestesia. Através desta lista, é verificado o consentimento informado, a identidade da PSPO, o local da cirurgia, o procedimento cirúrgico a ser realizado, a profilaxia antibiótica e a funcionalidade dos equipamentos anestésicos e cirúrgicos.

### **Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional**

Desempenhamos um papel importante na colaboração no posicionamento cirúrgico. É este momento crucial que mais afeta a integridade e intimidade da PSPO. Segundo a AESOP, o posicionamento é

uma atividade pluridisciplinar, fundamental na segurança intraoperatória do cliente, estando-lhe associados riscos, como lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (p.71).

Durante o posicionamento, é essencial manter o alinhamento corporal e minimização da pressão ou fricção nas áreas sensíveis, utilizando para isso todos os equipamentos e dispositivos disponíveis, como colchões de espuma, almofadas de gel, entre outros. Este cuidado deve considerar os riscos específicos de cada pessoa, a natureza do posicionamento e a duração do ato cirúrgico. Paralelamente, a monitorização e ajuste da temperatura ambiental são cruciais, especialmente porque as salas cirúrgicas tendem a ser mais frias (18 a 22°C), e é necessário prevenir a hipotermia perioperatória inadvertida (AESOP, 2012).

Uma vigilância contínua e acentuada é fundamental ao longo de todo o processo cirúrgico, cabendo ao enfermeiro perioperatório a responsabilidade de monitorar e prever possíveis complicações, como perdas sanguíneas significativas e baixo débito urinário, por exemplo.

O enfermeiro especialista, com competências específicas na área perioperatória, garante e implementa os cuidados que melhor se adequem à pessoa submetida a cirurgia no momento do posicionamento, de modo a reconhecer os fatores de risco que advêm do incorreto posicionamento, identificando as alterações anatómicas e fisiológicas da PSPO associadas ao tipo de anestesia, ao tipo de cirurgia e ao tempo cirúrgico de modo a evitar complicações que atrasem a sua recuperação. Neste contexto, a AORN (2018) também sustenta que a principal responsabilidade dos Enfermeiros Perioperatórios é assegurar a segurança da PSPO. Esta área de intervenção dos enfermeiros está diretamente relacionada com a promoção da segurança da PSPO, da equipa multidisciplinar e do ambiente, enquadrando-se no domínio do modelo PPFM associado à segurança.

### *3.2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica*

Gerir situações de *stress* que possam ocorrer durante os atos cirúrgicos de forma a contribuir para um ambiente agradável também foi um exercício constante.

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de EA na vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, “o enfermeiro perioperatório mobiliza conhecimentos e habilidades que garantem a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho, p.19367).

### **Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório**

Para a realização deste papel é imperativo e fundamental que qualquer enfermeiro numa sala operatória (instrumentista, circulante e anestesia) desenvolva a “consciência cirúrgica”. A consciência cirúrgica trata-se de um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012).

O BOC, pela sua especificidade, pelo número de intervenientes da equipa multidisciplinar e pelo número elevado de pessoas submetidas a intervenções cirúrgicas, pode levar a prevalência de incidentes e erros, acidentes e complicações inerentes à intervenção cirúrgica.

Partindo daqui, facilmente se compreende que a gestão do risco, neste contexto, é um instrumento crucial da segurança e consequentemente da qualidade dos cuidados na medida que contribui para a diminuição da probabilidade de acidentes evitáveis e erros de procedimentos menos conformes.

Durante todo o procedimento de indução anestésica, asseguramos de forma eficaz um ambiente seguro e silencioso, de modo a permitir uma comunicação sem interrupções nem distrações por parte de toda a equipa interveniente. Toda a terapêutica foi validada verbalmente em voz alta com o médico anestesiológico, através do *double-check*. Esta medida é considerada como uma estratégia para a prevenção e/ou redução de erros na administração de medicação, de modo a enaltecer a segurança sem causar dano (Athanasakis, 2015).

Esta prática torna-se imprescindível na administração de medicamentos de alerta máximo como medida de reforço eficaz (Norma 014/2015 da DGS).

### **Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios**

Um dos riscos mais prevalentes para a PSPO é o risco de infeção, devido à necessidade frequente de utilizar técnicas invasivas. A Infeção do Local Cirúrgico (ILC) representa um sério risco para a saúde e o bem-estar da pessoa submetida a cirurgia, tornando essencial o investimento na sua prevenção. Define-se a ILC como a invasão e multiplicação de micro-organismos nos tecidos na pessoa que foi submetida a uma intervenção cirúrgica, podendo ocorrer até 30 dias após o procedimento (AESOP, 2012).

De acordo com DGS, em 2013, na ILC continua a ser uma das infeções hospitalares mais comuns e frequentemente ligada a complicações cirúrgicas graves. O risco de desenvolver uma infeção é influenciado por vários fatores, incluindo aqueles próprios da PSPO, como a

obesidade e a diabetes, e os fatores exógenos como aqueles que estão relacionados com o procedimento cirúrgico. Estes últimos incluem a duração da cirurgia, a adesão às técnicas assépticas cirúrgicas e uma adequada profilaxia antimicrobiana, entre outros.

Neste sentido, baseamos a prestação dos nossos cuidados na norma da DGS “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infecção do Local Cirúrgico”, norma nº020/2015 atualizada 17/11/2022 onde emite os cuidados a ter na fase pré-operatória, intra-operatória e pós-operatória.

De todos os cuidados emanados pela norma, destacamos os que mereceram o nosso foco:

- Realizar banho com solução de clorhexidina, exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia;
- Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único;
- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, incluindo repicagem quando indicada (administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea);
- Realizar antissépsia da pele da PSPO imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de clorhexidina, exceto quando contra-indicado;
- Garantir a homeostasia, durante a intervenção cirúrgica e na UCPA, da PSPO (manter a normotermia, manter normoglicemia, manter a saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95% e perfusão adequada durante a cirurgia), (DGS, 2022).

Em resumo, para maximizar o sucesso no cumprimento destas orientações, são implementadas listas de verificação ao longo de todo o processo cirúrgico. Concluímos que, no âmbito da liderança no processo de prevenção e controlo das ILC, as atividades realizadas foram orientadas para a obtenção de resultados, em alinhamento com o modelo PPFM, que se centra na pessoa e engloba etapas como avaliação, diagnóstico, definição de resultados, planeamento e implementação (Wicklin, 2020). Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume um papel central e de destaque.

### **Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**

Nesta competência, o enfermeiro especialista na PSPO assume a responsabilidade de manter um ambiente seguro e eficiente, quer para a PSPO, quer para a restante equipa multidisciplinar.

A administração e o controlo dos dispositivos médicos englobam tanto aqueles que pertencem ao serviço quanto os que são fornecidos em regime de consignação, sendo imperativo realizar o controlo dos dispositivos a serem usados. Esta gestão ocorre

semanalmente, alinhada com o planeamento das cirurgias programadas e inclui também a preparação diária de material necessário para intervenções urgentes ou situações não previstas. Todos os dispositivos médicos utilizados numa cirurgia devem ser cuidadosamente registados na Cirurgia Segura Salva Vidas (CSSV), tanto para documentar o material utilizado e os seus códigos, úteis em caso de necessidade de revisão devido a infeções, quanto para fins estatísticos e de controlo de custos. A manutenção desses dispositivos é crucial, não só para assegurar a sua funcionalidade e qualidade, mas também para garantir a sua durabilidade e rastreabilidade.

A gestão do BO deve assegurar o uso eficiente e eficaz dos diversos recursos humanos, materiais e físicos disponíveis, com o objetivo de alcançar as metas estabelecidas pelo serviço e demonstrar uma efetividade consistente. Quando falamos de gestão, referimo-nos ao planejar, organizar, controlar, e, acima de tudo, tomar decisões estratégicas sobre quais objetivos a perseguir e como alcançá-los. Isto implica maximizar os recursos disponíveis, evitando desperdícios e perdas de tempo, tendo em conta a capacidade existente, tornando o serviço o mais rentável possível. Gerir um BO vai além de simplesmente coordenar o número de cirurgias e os profissionais envolvidos nas situações perioperatórias. Envolve uma compreensão abrangente e detalhada do serviço, que inclui desde as funções de cada profissional até ao uso dos materiais mais recentes em cirurgias, passando pela formação na área, os tempos ocupados por cada sala operatória e a sua efetiva utilização, assim como a otimização de recursos e as consequências de uma gestão inadequada dos mesmos.

A gestão inclui também a que é realizada diariamente por cada enfermeiro perioperatório destacado na sala operatória. É essencial sensibilizar as equipas para a importância de evitar o desperdício de materiais, que não só acarreta custos adicionais como também contribui para o aumento dos resíduos hospitalares, especialmente plástico. Neste serviço, adota-se uma política de contenção, reutilização e reciclagem, com a separação de papel e plástico, incentivando-se a prática de não desperdiçar recursos.



## 4. Considerações finais

---

Este relatório, inserido no âmbito da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à PSPO, constituiu uma peça fundamental na construção de um saber especializado, refletindo um percurso significativo na consolidação de competências técnicas, éticas e intelectuais. A experiência de estágio em contexto clínico, desenvolvida no BOC de um hospital de referência, proporcionou um cenário privilegiado para a aplicação e aprofundamento dos conhecimentos teóricos num contexto prático e desafiador, reforçando a importância da EP na promoção da segurança e bem-estar da PSPO. A utilização do PPFM como referencial teórico demonstrou ser uma escolha fundamentada, guiando as intervenções e decisões clínicas com o foco centrado na pessoa, e integrando as dimensões de segurança, respostas fisiológicas e comportamentais e o sistema de saúde, numa prática coerente visando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no perioperatório. Este modelo revelou-se essencial na identificação e gestão de riscos, na promoção de práticas seguras e na melhoria contínua dos cuidados de excelência.

A interação com a equipa multidisciplinar, a gestão de incidentes e EA, bem como a implementação de estratégias para aumentar a adesão à notificação de incidentes, não só evidenciam a complexidade da atuação do enfermeiro especialista em ambiente perioperatório, mas também destacam a sua capacidade de liderança, gestão de cuidados e compromisso com a segurança da PSPO.

As competências desenvolvidas durante o estágio em contexto clínico refletem a amplitude e profundidade do papel do enfermeiro especialista em EP, reafirmando a importância da especialização para a prestação de cuidados de elevada qualidade, baseadas em evidências científicas e nas boas práticas. A contribuição para o aumento significativo das notificações de incidentes por parte dos enfermeiros do BO é um indicativo concreto do impacto positivo deste trabalho na cultura de segurança institucional.

Em conclusão, este relatório não só cumpriu os seus objetivos iniciais, promovendo o desenvolvimento pessoal e profissional da autora, mas também contribuiu de forma significativa para o campo da EP. As experiências vivenciadas e as competências adquiridas durante o percurso de ensino clínico constituem uma base sólida para a prática profissional, reforçando o compromisso com a excelência, a segurança da PSPO e a melhoria contínua dos cuidados de saúde. Este trabalho reitera a relevância da formação especializada e da investigação em enfermagem, como pilares fundamentais para o avanço da profissão e para a promoção de um sistema de saúde mais seguro, eficaz e centrado na pessoa.



## **PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO**

---

### Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos



## 1. Resumo

---

**Introdução:** A ocorrência de incidentes e eventos adversos relacionados com a segurança na prestação de cuidados de saúde é uma realidade atual. A adoção de políticas e estratégias que minimizem esses eventos, sendo que alguns são passíveis de prevenção, é amplamente reconhecida tanto a nível internacional quanto nacional, refletindo melhorias na saúde e representando uma prioridade significativa. Neste âmbito, surgem os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

**Objetivo:** Este estudo teve como objetivo conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na notificação de incidentes e eventos adversos.

**Metodologia:** Foi realizado um estudo quantitativo e descritivo. A recolha de dados foi efetuada com a realização de um questionário eletrónico aos enfermeiros perioperatórios a exercerem funções no bloco operatório de uma unidade local de saúde da zona norte. Os dados foram analisados e tratados através da análise estatística descritiva com o *Software Statistical Package for the Social Science*, versão 24.

**Resultados:** Para os enfermeiros todos os incidentes devem ser notificados, mas a frequência de notificação é baixa e diminui com a leveza do dano.

No último ano, 71,2% não registou qualquer ocorrência e 7,6% desconhece o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional.

Os principais obstáculos à notificação são a culpabilização dos profissionais mais novos pelos incidentes e eventos adversos, não haver apoio ao registo, por parte dos colegas, esquecimento do registo pelo elevado trabalho, receio de afetar a credibilidade, quer a pessoal, quer a da instituição e o não conhecimento dos incidentes que têm de ser registados.

**Conclusão:** De forma geral, os enfermeiros perioperatórios possuem uma perceção positiva sobre a segurança das pessoas submetidas a cirurgia. Compreender o contexto profissional no qual estamos inseridos é o passo inicial para transformar paradigmas e práticas. Dessa forma, este estudo contribuiu para a avaliação da situação atual da Cultura de Segurança entre os enfermeiros perioperatórios no que diz respeito à notificação de incidentes e eventos adversos, com o objetivo de possibilitar a implementação de ações de melhoria nos

procedimentos desses profissionais, através de formações contínuas, da criação de espaços facilitadores para *feedback* sobre incidentes e eventos adversos, bem como da realização de *debriefings*.

**Palavras-chave:** Segurança do Doente; Cultura de Segurança; Eventos Adversos; Notificação; Barreiras

## 2. Abstract

---

**Introduction:** The occurrence of incidents and adverse events related to safety in healthcare delivery is a current reality. The adoption of policies and strategies to minimize these events, many of which are preventable, is widely recognized at both international and national levels. These efforts reflect improvements in health outcomes and represent a significant priority. Within this context, systems for reporting incidents and adverse events have emerged.

**Objective:** This study aimed to identify the barriers to perioperative nurses' adherence to reporting incidents and adverse events.

**Methodology:** A quantitative and descriptive study was conducted. Data were collected through an electronic questionnaire administered to perioperative nurses working in the operating room of a local health unit in the northern region. The data were analyzed using descriptive statistical analysis with the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) software, version 24.

**Results:** Nurses believe that all incidents should be reported; however, the frequency of reporting is low and decreases with the severity of harm. Over the past year, 71.2% of nurses reported no incidents, and 7.6% were unaware of the institutional system for reporting incidents and adverse events. The main barriers to reporting include blaming junior professionals for incidents and adverse events, lack of support from colleagues for reporting, forgetting to report due to heavy workloads, fear of compromising personal and institutional credibility, and lack of awareness about which incidents should be reported.

**Conclusion:** Overall, perioperative nurses have a positive perception of the safety of individuals undergoing surgery. Understanding the professional context in which we operate is the first step toward transforming paradigms and practices. This study contributed to assessing the current state of the Safety Culture among perioperative nurses regarding incident and adverse event reporting. Its findings aim to facilitate the implementation of improvement actions in professional procedures through continuous training, the creation of spaces that facilitate feedback on incidents and adverse events, and the organization of debriefings.

**Keywords:** Patient Safety; Safety Culture; Adverse Events; Reporting; Barriers

### 3. Fundamentação/enquadramento teórico

---

Com o avançar da tecnologia em saúde, em geral, e no contexto de perioperatório, em específico, torna-se pertinente falar sobre a SD. São dois processos que não podem ser desacoplados um do outro.

Estas realidades decorrem da necessidade de se tornar mais seguras as instituições de saúde de onde se executam os cuidados cada vez mais individualizados, diferenciadores e altamente complexos derivados do desenvolvimento científico e tecnológico (Antunes, 2015).

A relevância da CS surge inicialmente com o relatório "*To Err is Human: Building a Safer Health System*" é um influente documento publicado em 1999 pelo *Institute of Medicine*, nos Estados Unidos da América (EUA). Este relatório teve um impacto significativo no campo da saúde, especialmente no que se refere à segurança da PSPO e à qualidade dos cuidados de saúde.

O principal objetivo do relatório foi alertar para a prevalência de erros médicos nos EUA e as suas consequências devastadoras, tanto em termos de perdas de vidas humanas quanto aos custos elevados para o sistema de saúde. Estima-se que, na época, entre 44.000 a 98.000 pessoas morriam anualmente devido a erros médicos evitáveis, o que colocava a segurança da pessoa na agenda nacional como uma questão urgente de saúde pública (Kohn et al., 2000).

A publicação deste relatório foi um marco que incitou mudanças substanciais nas políticas e práticas em todo o setor de saúde, estimulando hospitais, profissionais de saúde, governos e organizações a adotarem medidas mais rigorosas para reduzir os erros médicos e melhorar a segurança da PSPO.

Em 2009, a OMS introduziu a Classificação Internacional para a Segurança do Doente (*International Classification for Patient Safety - ICPS*). Esta classificação visa sistematizar a informação relativa à segurança da PSPO através de um esquema de conceitos internacionalmente padronizados e claramente definidos, considerando as suas inter-relações conforme os princípios da ontologia. O documento detalha múltiplos conceitos fundamentais, sobressaindo-se a definição de SD, que é descrita como a "minimização do risco de danos desnecessários associados aos cuidados de saúde até um limite considerado aceitável" (WHO, 2009).

Face à problemática crescente dos EA na saúde, o Conselho da União Europeia emitiu, igualmente em 2009, a recomendação 2009/C 151/01 sobre a SD. Esta recomendação visa

fomentar o desenvolvimento de políticas e ações estratégicas para abordar os desafios associados à SD no contexto da União Europeia. Entre as medidas salientadas no documento, enfatiza-se a colaboração com a indústria de tecnologia em saúde para aprimorar o *design* das plataformas de SD, a formulação de políticas nacionais e institucionais focadas nesta área e a implementação de sistemas de notificação e de aprendizagem que não sejam recriminatórios acerca dos EA, promovendo um ambiente de notificação aberto, justo e não punitivo. Reitera-se também a necessidade de educação e formação contínua dos profissionais de saúde, a partilha de conhecimentos, experiências e boas práticas a nível nacional e internacional, bem como o impulso para a investigação em SD.

Em Portugal, em 2015, foi publicado em Diário da República, o Despacho n.º 1400-A/2015 referente ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 que tinha como objetivo

*apoiar os gestores e os clínicos do Serviço Nacional de Saúde na aplicação de métodos e na procura de objetivos e metas que melhorem a gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde uma vez que a melhoria da segurança dos doentes é uma responsabilidade de equipa, que mobiliza as competências individuais de cada um dos seus elementos e implica a gestão sistémica de todas as atividades. (p. 3882-3)*

Este PNSD 2015-2020 alcançava objetivos estratégicos tais como

*aumentar a CS do ambiente interno; aumentar a segurança da comunicação; aumentar a segurança cirúrgica; aumentar a segurança na utilização da medicação; assegurar a identificação inequívoca dos doentes; prevenir a ocorrência de quedas; prevenir a ocorrência de úlceras por pressão; assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes e prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos. (p. 3882-3)*

Ao longo deste período de cinco anos, o PNSD 2015-2020 trouxe melhorias em todos os objetivos estratégicos descritos anteriormente e daí resultou a execução do PNSD 2021-2026, publicado em Despacho n.º 9390/2021 no Diário da República em Setembro de 2021.

Este plano reúne o conhecimento mais atualizado no âmbito da SD, incorporando e apelando à mobilização e ação dos diferentes intervenientes da saúde, concretamente,

*os decisores políticos, líderes e gestores das instituições de saúde e das estruturas com responsabilidade na área da qualidade, segurança e gestão do risco, auditoria clínica, profissionais de saúde, PSPO, famílias e/ou pessoa significativa. (p. 97)*

As principais metas e estratégias do plano incluem:

- Promoção da CS: Reforçar a CS em todas as instituições de saúde, incentivando a comunicação aberta e a NIEA sem medo de represálias.
- Melhoria dos sistemas de notificação: Desenvolver e aperfeiçoar os sistemas de NIEA para que sejam mais eficientes e para facilitar a aprendizagem a partir dos incidentes.
- Formação e capacitação: Aumentar a formação em SD para profissionais de saúde, garantindo que têm as competências necessárias para identificar e gerir riscos associados aos cuidados de saúde.
- Desenvolvimento de práticas seguras: Implementar e disseminar práticas baseadas em evidência que tenham demonstrado contribuir para a SD.
- Envolvimento da PSPO/família/ pessoa significativa: Encorajar a participação ativa da PSPO e dos seus cuidadores nos processos de cuidados de saúde, promovendo a tomada de decisão compartilhada e o respeito pelas preferências individuais das pessoas (Despacho n.º 9390/2021 de 24 de Setembro)

Este plano é crucial para o sistema de saúde de Portugal, uma vez que visa não só reduzir a incidência de EA, mas também fortalecer a confiança do público nos serviços de saúde, através da promoção de transparência e responsabilidade.

Assim, diretamente ligados com a segurança da PSPO estão os incidentes e os EA (Levine et al., 2020). Estes afirmam que falar sobre os erros médicos é um comportamento essencial por parte dos prestadores de cuidados e que tem como principal objetivo manter a segurança dos cuidados. Para identificar estes incidentes, é preciso que alguém os relate e registe, em suma, os notifique (Ferreira & Dixe, 2024), mas para que isso aconteça é importante saber distinguir os conceitos.

A ICPS classifica o termo "erro" como um ato de execução que não se desenrola como pretendido ou a utilização de um plano errado para alcançar um objetivo (WHO, 2009).

De acordo com ICPS, um "incidente" é definido como um evento ou circunstância que poderia ter resultado, ou resultou, em dano desnecessário à PSPO. Esta definição é crucial porque abrange uma gama ampla de situações que incluem tanto os eventos que causam dano efetivo como aqueles que apenas têm o potencial de causar dano, mas que são detetados antes que o dano ocorra (WHO, 2009).

A ICPS categoriza os incidentes em diferentes tipos, incluindo:

Incidente sem dano (também conhecido como quase erro ou *near miss*): Um evento que não causa dano à PSPO, mas que tem o potencial para tal.

EA: Um incidente que resulta em dano à PSPO. Este dano pode ser físico, social ou psicológico e inclui danos que resultam em incapacidade temporária ou permanente, prolongamento do

tempo de hospitalização, ou mesmo a morte. Importante notar que os EA podem ser causados por uma intervenção médica ou podem ocorrer de forma espontânea, devido a uma complicação da própria condição médica da PSPO. Este dano pode variar em gravidade, desde ligeiro até grave (WHO,2009).

Evento Sentinela: incidente inesperado que envolve a morte ou grave dano físico ou psicológico ao paciente. Este tipo de evento é tão grave que requer uma resposta imediata e uma investigação aprofundada para identificar as causas e implementar medidas para prevenir a sua repetição (WHO, 2009).

A identificação e a NIEA são considerados componentes essenciais para a gestão da SD, pois proporcionam dados valiosos que podem ser usados para desenvolver estratégias de prevenção e redução da probabilidade de ocorrência de EA futuros.

Os enfermeiros são elementos fundamentais nos hospitais com competências e capacidade para dar resposta a estas necessidades (Levine et al., 2020).

A NIEA envolve a identificação, documentação e comunicação de quaisquer ocorrências que não estejam alinhadas com o curso normal de cuidados à PSPO e que possam ou tenham causado dano à pessoa. O objetivo principal da notificação é recolher informações que possam ser usadas para entender as causas subjacentes dos incidentes e implementar medidas para prevenir a sua recorrência (WHO, 2020).

Os sistemas de notificação podem ser voluntários ou obrigatórios, confidenciais e não punitivos. Os sistemas voluntários caracterizam-se pela participação facultativa dos profissionais de saúde, que, embora incentivados a notificar incidentes, frequentemente conduzem a uma subnotificação de EA devido à natureza não obrigatória da notificação. Por outro lado, os sistemas obrigatórios requerem a comunicação obrigatória de certos tipos de EA graves às autoridades de saúde, desempenhando um papel crucial na monitorização de incidentes críticos e na implementação de medidas de segurança em larga escala. Adicionalmente, os sistemas confidenciais e não punitivos são projetados para minimizar o receio de represálias legais ou profissionais, promovendo um ambiente de transparência e aprendizagem (WHO, 2020).

Os objetivos destes sistemas são múltiplos e incluem a aprendizagem organizacional, a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados de saúde prestados, bem como o reforço da responsabilidade e transparência perante o público. Contudo, enfrentam desafios significativos, como a subnotificação, frequentemente exacerbada por barreiras culturais, o medo de represálias, ou a falta de conhecimento sobre os procedimentos de notificação. A eficácia destes sistemas depende igualmente da capacidade de analisar e utilizar

adequadamente os dados recolhidos, numa ótica de implementação de práticas baseadas na evidência (WHO, 2020).

Os profissionais da saúde encaram a ocorrência de incidentes e EA com vergonha, medo e punição, além que os associa à falta de atenção, desmotivação e treino insuficiente, portanto, quando estes ocorrem há tendência em escondê-los. Também, quando um incidente ocorre, a principal preocupação está relacionada com a descoberta do culpado, perdendo-se a oportunidade de esmiuçar o que aconteceu e tomar as medidas para prevenir novos eventos (Martins, 2017).

As instituições devem estar sempre em permanente esforço para adotar políticas que transmitam confiança aos seus profissionais e, sobretudo, apoiar os profissionais que notificam. Assim, é necessário aperfeiçoar os sistemas de comunicação voluntária, confidencial e não punitiva, a qual requer um grande empenho dos profissionais mas também deve existir uma maior proteção dos profissionais a nível legal, por parte dessas instituições (Martins, 2017).

Para a *Agency for Healthcare Research & Quality* (AHRQ), as barreiras à NIEA no contexto da saúde são múltiplas e variam entre questões culturais, organizacionais, e pessoais. Estas barreiras podem comprometer a eficácia dos sistemas de notificação, limitando assim a capacidade das organizações de saúde de aprender com os erros e melhorar a segurança da PSPO.

Na esfera da cultura organizacional, o medo de represálias e o estigma associado aos erros são fatores predominantes que desencorajam a NIEA (Hammoudi et al., 2018).

Os profissionais de saúde frequentemente hesitam em notificar incidentes por receio de punições, seja de natureza legal ou disciplinar, e muitas vezes os erros são vistos como falhas pessoais ao invés de oportunidades de aprendizagem (Levine et al., 2020).

Fatores psicológicos como a culpa e a vergonha, bem como o *stress* e a fadiga, também influenciam negativamente a capacidade dos profissionais de saúde em reportar incidentes de forma adequada (Hung et al., 2016).

As falhas no sistema de notificação contribuem igualmente para a subnotificação. Sistemas complexos e que consomem muito tempo constituem uma barreira significativa, especialmente em ambientes de alta pressão como o BO. Além disso, a falta de *feedback* sobre as ações tomadas após uma notificação pode desmotivar novas notificações, ao fazer com que os profissionais sintam que as suas contribuições são inúteis (Hung et al., 2016).

A falta de conhecimento ou formação sobre o processo de notificação e a incerteza sobre o que constitui um incidente são barreiras adicionais que limitam a eficácia dos sistemas de notificação. A falta de clareza sobre o que notificar, juntamente com a insegurança em

relação à seriedade do incidente, podem criar hesitação entre os profissionais de saúde (Hammoudi et al., 2018).

Os problemas estruturais e de recursos, como recursos insuficientes e a falta de incentivos para a notificação, também são impedimentos significativos. A ausência de tempo, recursos humanos inadequados e falta de incentivos, seja em forma de reconhecimento ou recompensas, podem desencorajar a prática da notificação (Chiang et al., 2019).

Por fim, os problemas legais e de confidencialidade, incluindo preocupações com a privacidade e possíveis repercussões legais, podem inibir os profissionais de saúde de participar ativamente nos sistemas de notificação (Levine et al., 2020).

Para superar estas barreiras, é imperativo que as organizações de saúde promovam uma CS aberta, desenvolvam sistemas de notificação simples e eficazes e ofereçam formação e suporte adequados aos seus profissionais. Estes esforços são essenciais para transformar erros e incidentes em oportunidades de melhoria e não em falhas pessoais, fortalecendo assim a segurança global dos sistemas de saúde.

## 4. Finalidade e objetivos

---

A questão de investigação que orienta este estudo é: "Quais são as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na notificação de incidentes e eventos adversos?". O objetivo principal consiste em conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios na notificação destes eventos, fundamentais para a promoção da segurança da PSPO.

A partir desta questão e deste objetivo, é possível delinear uma série de finalidades que este estudo visa alcançar:

- Contribuir para a melhoria da segurança da PSPO, ao identificar as barreiras que impedem os enfermeiros perioperatórios de notificar os incidentes e EA. Este estudo pretende fornecer informações cruciais para o desenvolvimento de estratégias eficazes que promovam uma CS eficaz, incentivando a notificação como ferramenta de aprendizagem e prevenção.
- Avaliar o impacto das barreiras na frequência de notificações realizadas, ao se entender como as barreiras identificadas afetam quantitativamente a NIEA, influenciando a subnotificação e, conseqüentemente, a gestão de riscos em saúde.
- Promover uma CS positiva, ao entender as barreiras à notificação, o estudo contribuiu para a criação de ambientes de trabalho onde a comunicação aberta e a aprendizagem a partir de erros são valorizadas.
- Aperfeiçoar a qualidade dos cuidados de saúde, ao facilitar a NIEA, o estudo apoiou a implementação de medidas corretivas e preventivas que aprimoram a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à PSPO.

Portanto, este estudo, não só pretendeu entender as barreiras existentes, mas também pretendeu contribuir, de forma prática, para o aumento da segurança da PSPO e para a promoção de uma cultura de transparência e aprendizagem contínua no contexto da EP.



## 5. Metodologia

---

Este capítulo visa estabelecer os contornos metodológicos desta investigação em relação à abordagem do estudo, população, seleção de participantes, método de recolha de dados, considerações éticas, tratamento e interpretação dos dados.

Partindo da sua relevância no contexto deste estudo, elaborámos um projeto de investigação que foi apresentado à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da ESSNorteCVP. Este projeto recebeu uma avaliação positiva e foi oficialmente incorporado na mencionada unidade (APÊNDICE V).

### 5.1. *Desenho do estudo*

O presente estudo centra-se na investigação das barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios à NIEA num hospital da zona norte de Portugal.

#### 5.1.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo e descritivo, pois visa conhecer as diversas barreiras que os enfermeiros perioperatórios enfrentam na sua prática diária.

Numa metodologia quantitativa, o investigador segue uma série de etapas ordenadas que visa a objetividade, predição, controlo e generalização (Fortin, 2009).

Fortin (2009) sustenta que a finalidade dos estudos descritivos reside na descrição de um fenómeno ou de um conceito associado a uma determinada população, visando identificar as suas características específicas ou de uma amostra desta.

#### 5.1.2 População, Amostra e Técnica de Amostragem

Para Fortin (2009), a população é definida como uma coleção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios e amostra define-se como um grupo de pessoas de uma população escolhidas com vista a obter informação sobre um fenómeno.

A população deste estudo foi constituída por todos os enfermeiros em exercício de funções no BO de um hospital localizado na zona norte. A amostra incluiu apenas os enfermeiros que responderam ao questionário e que possuíam mais de um ano de experiência profissional, excluindo-se os que tinham menos de um ano de exercício, por se considerar não possuírem a experiência necessária no contexto clínico específico indispensável.

A amostra foi selecionada através da amostragem não probabilística por conveniência, devido à facilidade de acesso aos participantes por parte da investigadora. Para Fortin (2009),

este tipo de amostragem é constituída por indivíduos facilmente acessíveis e que respondem a critérios de inclusão precisos e permite escolher indivíduos que estão no local certo e no momento certo.

### 5.1.3 Instrumento de Colheita de Dados

Para Fortin (2009), a colheita de dados é um método de recolha de informação junto dos participantes com instrumentos escolhidos previamente.

Para a recolha de dados foi utilizado o questionário de autopreenchimento que foi elaborado, testado, validado e aplicado pela Doutora Paula Bruno no seu estudo intitulado “ *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*” publicado em 2010 e ainda se encontra adequado à questão de investigação delineada (ANEXO III).

O instrumento de recolha de dados utilizado neste estudo compreende questões destinadas à caracterização sociodemográfica dos participantes, incluindo informações sobre sexo, idade, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, tempo de experiência profissional em BO e a eventual posse de pós-licenciatura em Enfermagem.

As questões de resposta fechada estão organizadas da seguinte forma:

- Conhecimento sobre o programa de acreditação:

Questão que avalia o conhecimento dos participantes acerca do programa de acreditação em vigor no hospital.

- Existência de um sistema de NIEA:

Duas questões relacionadas com a existência do sistema de NIEA institucional.

- Frequência de notificação:

Questão com cinco alíneas, utilizando uma escala Likert (nunca, raramente, por vezes, a maioria das vezes, sempre), para avaliar a frequência de notificação.

- Notificação nos últimos 12 meses:

Questão específica sobre a realização de notificações de incidentes e EA no último ano.

- Caracterização de incidentes e eventos adversos:

Lista de 25 situações para caracterizar os incidentes e/ou EA ocorridos e/ou notificados no serviço.

- Motivos para ausência de registos:

Questão com 13 alíneas, também estruturada em escala Likert (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo, concordo totalmente), para identificar os fatores que justificam a falta de registo de incidentes e/ou EA.

- Legislação aplicável:

Questão que avalia a opinião dos participantes sobre a legislação referente a um conjunto de 25 incidentes e/ou EA.

- Obrigatoriedade do sistema de NIEA:

Questão sobre a obrigatoriedade ou não do sistema de NIEA.

- Perceção da segurança da PSPO:

Questão final que avalia o grau de segurança percecionado pelos enfermeiros perioperatórios em relação à PSPO.

No âmbito deste questionário, foram excluídas três questões: a que inquiria sobre a classe profissional (médico/enfermeiro), dado que o estudo se dirige exclusivamente aos enfermeiros perioperatórios; a questão relacionada com a criação de um sistema nacional de registo de NIEA; e a questão que indagava se tal sistema deveria ser anónimo. Estas exclusões deveram-se ao facto de, à data da elaboração do instrumento, o sistema referido ainda não existir, embora já se encontre atualmente em vigor. Além disso, o questionário foi atualizado no que respeita à terminologia relativa ao sistema de notificação, onde a autora anteriormente usava a expressão "registou por escrito", foi substituída por "notificou", para refletir a utilização de um sistema eletrónico institucional de NIEA.

Foi obtida a autorização da autora para a sua adaptação e aplicação (ANEXO IV).

#### **5.1.4 Recolha de Dados**

O instrumento foi disponibilizado aos enfermeiros do serviço, num formato online, de 13 a 27 de março de 2023.

O período de recolha de dados decorreu entre 27 de março de 2023 e 3 de abril do mesmo ano. Após esta etapa, os dados foram organizados e tratados utilizando a análise estatística descritiva, com recurso ao software *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 24. O tratamento e análise dos dados ocorreu no período compreendido entre 4 de abril e 25 de abril de 2023.

Na análise dos dados recolhidos, foi atribuído um código à base de dados, conhecido exclusivamente pelo investigador principal, de forma a assegurar o sigilo e o anonimato dos participantes. Este código foi utilizado exclusivamente para o tratamento estatístico deste estudo. Após a conclusão e apresentação dos resultados, a base de dados será eliminada, garantindo o cumprimento das normas éticas e legais em vigor.

## 5.2. Considerações éticas

A investigação é importante para o avanço do conhecimento técnico e científico, no entanto, é essencial a salvaguarda do respeito pelos direitos fundamentais das pessoas, quando esta é efetuada em seres humanos.

Nestes direitos está a noção de consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido, fulcral em qualquer investigação.

Relativamente à instituição hospitalar onde foi realizada a investigação, foi solicitado formalmente ao Presidente do Conselho de Administração autorização para a realização do estudo (APÊNDICE VI). Adicionalmente, submeteu-se um pedido de aprovação à Comissão de Ética do hospital, através de um requerimento institucional que detalhava os objetivos, materiais e métodos, resultados esperados e potenciais implicações para a prática, garantindo o anonimato e a confidencialidade dos participantes (ANEXO V), tendo sido emitido parecer positivo (ANEXO VI). Por fim, foi solicitado ao enfermeiro gestor do Bloco Operatório Central autorização para a recolha de dados, tendo igualmente sido obtido parecer positivo (APÊNDICE VII).

Para a realização deste estudo, foi utilizado um questionário *online* a cada participante.

O início do estudo foi marcado por uma introdução concisa e esclarecedora sobre o tema em análise, seguida pelo convite à participação voluntária e anónima, com a garantia de que nenhum risco ou dano seria causado. Todos os protocolos éticos da pesquisa foram estritamente seguidos durante todo o processo (APÊNDICE VIII).

À base de dados foi atribuído um código e os dados recolhidos foram tratados sem nunca fazer referência ao participante em estudo.

## 6. Resultados

---

Este capítulo apresenta os resultados obtidos através do questionário aplicado, refletindo o conhecimento dos enfermeiros perioperatórios sobre a NIEA. Os resultados estão organizados em duas secções: a primeira aborda a caracterização sociodemográfica da amostra, e a segunda diz respeito às respostas dos inquiridos relativamente às questões associadas à NIEA.

### 6.1 - CARACTERIZAÇÃO SÓCIO-DEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

Os resultados conseguidos em relação ao sexo, idade, habilitações académicas, detenção de Especialização em Enfermagem, tempo de experiência profissional e tempo de experiência profissional em BO apresentam-se nas tabelas a seguir.

#### 6.1.1 - SEXO

A seguinte tabela apresenta os resultados obtidos acerca do sexo da amostra (N=66).

**Tabela 1 – Caracterização da amostra (sexo)**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Feminino</b>	49	74,2 %
<b>Masculino</b>	17	25,8 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os resultados revelam que a maioria dos enfermeiros perioperatórios que compõem a amostra são do sexo feminino (n=49), o que representa uma clara predominância deste grupo.

### 6.1.2- IDADE

Nesta tabela, apresentam-se os dados acerca da idade da amostra (N=66) do estudo.

**Tabela 2 - Caracterização da amostra (idade)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Amplitude</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Idade</b>	66	23	66	44,64	43	8,882

A idade mínima registada é de 23 anos, enquanto a idade máxima é de 66 anos, resultando numa amplitude de 43 anos. A média das idades dos participantes é de 44,64 anos. O desvio-padrão é de 8,882.

### 6.1.3- HABILITAÇÕES ACADÉMICAS

Os dados apurados sobre as habilitações académicas da amostra (N=66) são mostrados na tabela a seguir.

**Tabela 3 – Caracterização da amostra (habilitações académicas)**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Licenciatura</b>	61	92,4 %
<b>Mestrado</b>	5	7,6 %
<b>N</b>	66	100,0 %

A tabela apresenta a distribuição das habilitações académicas da amostra. A maioria dos inquiridos indicou possuir o grau de licenciatura (n=61). Apenas 5 enfermeiros declararam ter concluído o grau de mestrado. Importa salientar que, embora o questionário contemplasse a opção de doutoramento como resposta possível, nenhum dos inquiridos seleccionou esta categoria.

#### 6.1.4- PÓS-LICENCIATURA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM

A tabela seguinte apresenta os dados relativos à formação de especialização em Enfermagem, reconhecida pela OE, na amostra do estudo (N=66).

**Tabela 4** – Caracterização da amostra (Pós-Licenciatura em Enfermagem reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros)

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Enf. Comunitária</b>	1	1,5 %
<b>Enf. de Saúde Materna e Obstétrica</b>	1	1,5 %
<b>Enf. Médico-Cirúrgica</b>	11	16,7 %
<b>Enf. Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica</b>	4	6,1 %
<b>Não</b>	49	74,2 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os dados apresentados revelam que, na amostra (N=66), 74,2% (n=49) não possui qualquer formação pós-licenciatura reconhecida pela OE. Entre os participantes com formação especializada, 16,7% (n=11) possuem formação em Enfermagem Médico-Cirúrgica, enquanto 6,1% (n=4) indicaram formação específica em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica. Importa salientar que os participantes que assinalaram a opção "Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica" não assinalaram simultaneamente a opção "Enfermagem Médico-Cirúrgica", evidenciando que estes profissionais identificam a sua especialização de forma específica e distinta. Adicionalmente, verificou-se uma representação reduzida em outras áreas de especialização, como Enfermagem Comunitária (1,5%, n=1) e Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica (1,5%, n=1).

#### 6.1.5- TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL (anos completos)

Nesta tabela, apresentam-se os resultados sobre o tempo de experiência profissional da amostra (N=66) do estudo.

**Tabela 5 – Caracterização da amostra (tempo de experiência profissional em anos completos)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Amplitude</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Tempo de Experiência Profissional</b>	66	1	37	21,82	36	8,048

Os resultados apresentados na tabela revelam que, na amostra analisada (N=66), o tempo de experiência profissional varia entre 1 e 37 anos. A média do tempo de experiência é de 21,82 anos, com uma amplitude de 36 anos. O desvio-padrão de 8,048 anos.

#### **6.1.6- TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL EM BLOCO OPERATÓRIO (anos completos)**

Na tabela seguinte, apresentam-se os dados acerca do tempo de experiência profissional em BO da amostra do estudo (N=66).

**Tabela 6 - Caracterização da amostra (tempo de experiência profissional no bloco operatório em anos completos)**

	<b>N</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>Amplitude</b>	<b>Desvio-Padrão</b>
<b>Tempo de Experiência Profissional em BO</b>	66	1	37	17,32	36	9,574

Os resultados apresentados mostram que o tempo de experiência profissional em BO na amostra analisada (N=66) varia entre 1 e 37 anos. A média de 17,32 anos sugere que, de forma geral, os participantes possuem um nível de experiência relevante na área. A amplitude de 36 anos.

#### **6.2 - RESPOSTAS DOS INQUIRIDOS SOBRE A NIEA**

Nos subseqüentes subcapítulos, proceder-se-á à apresentação detalhada dos resultados obtidos para cada uma das questões apresentadas aos participantes.

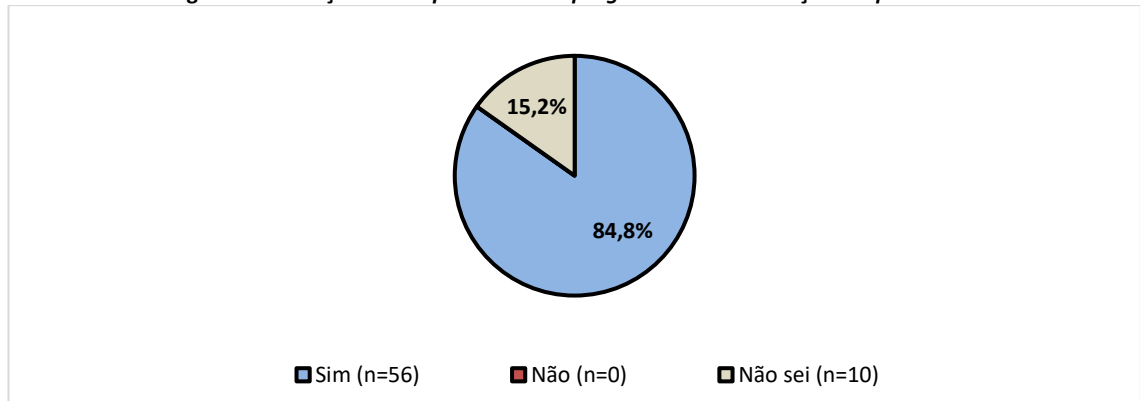
A exposição dos resultados é estruturada de modo a refletir a sequência das questões tal como apresentadas aos inquiridos, garantindo assim uma maior clareza e coesão na apresentação dos dados e nas conclusões daí derivadas.

Cada subcapítulo dedicado a uma questão específica inicia-se com uma breve introdução ao objetivo da questão, seguida pela apresentação dos dados recolhidos e sua subsequente análise.

### 6.2.1 - PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS SOBRE PROGRAMAS DE ACREDITAÇÃO E O SISTEMA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS INSTITUCIONAL

O gráfico seguinte representa as respostas da amostra (N=66) na questão “o hospital onde trabalha participa em programas de Acreditação (*JointComission / Healthquality Service*)?”

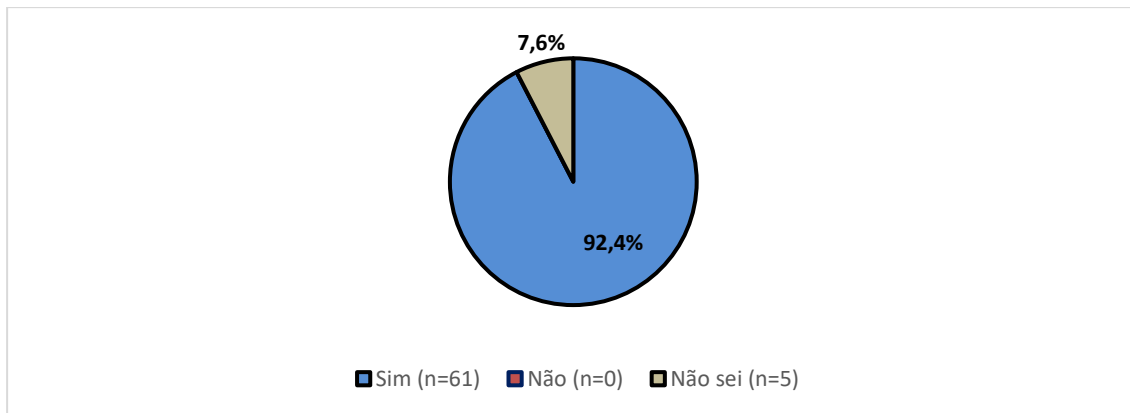
Figura 2 – Perceção dos inquiridos sobre programas de Acreditação hospitalar



Os dados apresentados no gráfico mostram que 84,8% (n=56) dos enfermeiros perioperatórios tem conhecimento de que o hospital onde o estudo foi realizado participa num programa de Acreditação Hospitalar. Em contraste, 15,2% (n=10) dos inquiridos indicaram não ter conhecimento sobre a participação do hospital neste tipo de programa.

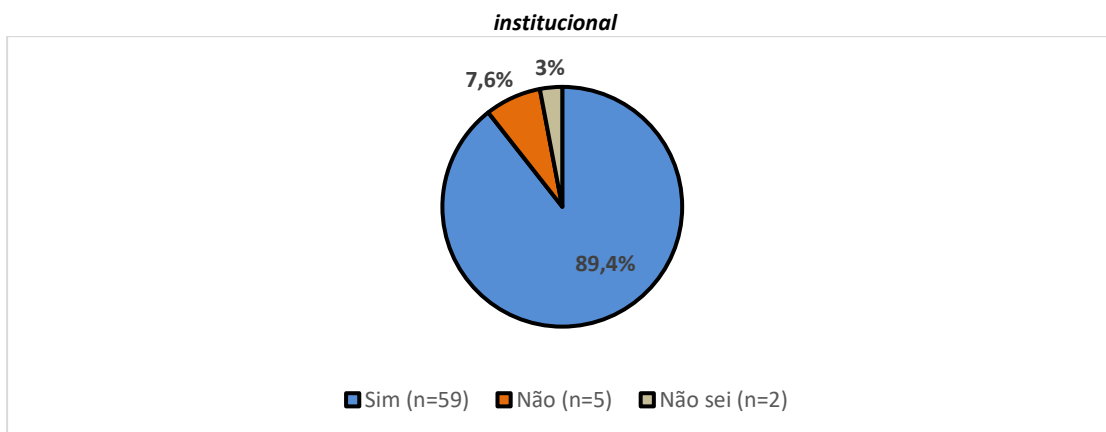
O próximo gráfico compreende as respostas da amostra (N=66) na questão “no hospital está implementado um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos?”

**Figura 3 – Percepção dos inquiridos sobre o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional**



Os dados mostram que a vasta maioria (n=61) confirma a existência de tal sistema na instituição. Por outro lado, nenhum dos inquiridos (n=0) respondeu negativamente, enquanto 7,6% (n=5) indicaram não ter conhecimento sobre a existência deste sistema. O gráfico subsequente espelha as respostas da amostra (N=66) na questão “ concorda com o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos do hospital?”

**Figura 4 – Concordância dos inquiridos sobre o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional**



A maioria dos participantes, 89,4% (n=59) concorda com a implementação deste sistema na instituição, contudo, 7,6% (n=5) considerou que este sistema não está corretamente implementado, enquanto 3% (n=2) afirmaram não ter opinião formada.

## 6.2.2 - CARACTERIZAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS SEGUNDO A SUA GRAVIDADE

As tabelas seguintes apresentam os resultados detalhados sobre a frequência de NIEA, organizadas de acordo com a sua gravidade.

A próxima tabela apresenta o resultado à questão “quando ocorre um incidente e/ou EA, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente (*Near Miss*), com que frequência é notificado?”.

**Tabela 7 – Frequência de notificação de Near Miss**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>A maioria das vezes</b>	11	16,7 %
<b>Nunca</b>	13	19,7 %
<b>Por vezes</b>	7	10,6 %
<b>Raramente</b>	32	48,5 %
<b>Sempre</b>	3	4,5 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os incidentes e EA notificados com menor frequência são os *Near Miss*, com 48,5% (n=32) de respostas dos inquiridos que raramente notificam.

A tabela seguinte apresenta os resultados à questão “quando ocorre um incidente e/ou EA, mas não tem perigo potencial para o doente (eventos sem perigo), com que frequência é notificado?”.

**Tabela 8 – Frequência de notificação de eventos sem perigo**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>A maioria das vezes</b>	14	21,2 %
<b>Nunca</b>	5	7,6 %
<b>Por vezes</b>	15	22,7 %
<b>Raramente</b>	30	45,5 %
<b>Sempre</b>	2	3,0 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Seguido do *Near Miss*, os eventos sem perigo têm uma frequência de 45,5% (n=30) de profissionais que raramente notificam.

A tabela subsequente mostra os resultados à questão “quando ocorre um incidente e/ou EA, que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece (erros sem dano), com que frequência é notificado?”.

**Tabela 9 – Frequência de notificação de erros sem dano**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>A maioria das vezes</b>	8	12,1 %
<b>Nunca</b>	8	12,1%
<b>Por vezes</b>	19	28,8 %
<b>Raramente</b>	29	43,9 %
<b>Sempre</b>	2	3,0 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os erros sem dano apresentam uma frequência de 43,9% (n=29) de participantes que raramente notificam.

A próxima tabela apresenta os resultados à questão “quando o incidente e/ou EA provoca dano moderado (danos moderados), com que frequência é notificado?”.

**Tabela 10 – Frequência de notificação de danos moderados**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>A maioria das vezes</b>	35	53,0 %
<b>Nunca</b>	4	6,1 %
<b>Por vezes</b>	11	16,7 %
<b>Raramente</b>	7	10,6 %
<b>Sempre</b>	9	13,6 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os incidentes e EA notificados com maior frequência são os que causam dano moderado à PSPO, com 53,0% (n=35).

Na tabela imediatamente a seguir mostra os resultados à questão “quando o dano é trágico (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?”.

**Tabela 11 – Frequência de notificação de danos trágicos**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>A maioria das vezes</b>	28	42,4 %
<b>Nunca</b>	2	3,0 %
<b>Por vezes</b>	8	12,1 %

<b>Raramente</b>	5	7,6 %
<b>Sempre</b>	23	34,8 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os danos trágicos (morte ou incapacidade) obtiveram uma frequência de 42,4% (n=28) de notificação.

Em relação à frequência de NIEA e de acordo com a gravidade, podemos aferir que os danos moderados e os danos trágicos são os eventos reportados.

### 6.2.3 - QUANTIFICAÇÃO DA FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

A tabela 12 apresenta a frequência de NIEA efetuada pela amostra (N=66) nos últimos doze meses em que o estudo foi realizado.

**Tabela 12 – Frequência de notificação de incidentes e eventos adversos nos últimos 12 meses**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>1 a 2 incidentes/eventos adversos</b>	11	16,7 %
<b>3 a 5 incidentes/eventos adversos</b>	6	9,1 %
<b>6 a 10 incidentes/eventos adversos</b>	2	3,0 %
<b>Nenhuma</b>	47	71,2 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Os dados apresentados revelam que a maioria significativa dos inquiridos, 71,2% (n=47), não realizou qualquer notificação de incidentes/EA durante o período em análise.

Entre os participantes que notificaram, 16,7% (n=11) reportaram entre 1 a 2 incidentes/EA, enquanto 9,1% (n=6) indicaram ter notificado entre 3 a 5 ocorrências. Apenas 3% (n=2) dos inquiridos relataram um volume mais elevado de notificações, com 6 a 10 incidentes/EA registados.

### 6.2.4 - TIPOS DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS E A SUA FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO

No gráfico seguinte, é possível analisar os diferentes tipos de incidentes e EA notificados, assim como a respetiva frequência de notificação.

12. Dos incidentes e eventos adversos que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Diga também se os notificou.

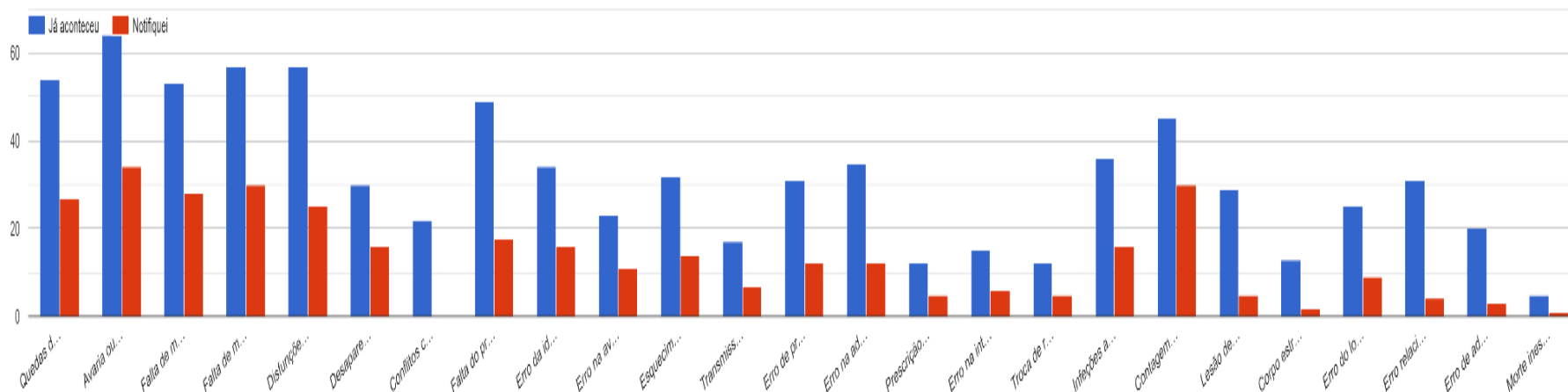


Figura 5 – Tipos de incidentes e eventos adversos e a sua frequência de notificação

De forma a facilitar a compreensão, as tabelas subsequentes apresentam os dados organizados por ordem decrescente de frequência, ou seja, começando pelos tipos de incidentes e EA mais frequentemente notificados e terminando com aqueles que tiveram menor frequência de notificação.

A próxima tabela apresenta os resultados da amostra (N=66) do acontecimento “avaria ou defeito de material/dispositivos médicos”.

**Tabela 13 – Frequência de acontecimentos: avaria ou defeito de material/dispositivos médicos**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	2	3,0%
<b>Já aconteceu</b>	30	45,5%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	34	51,5%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela seguinte apresenta os resultados do acontecimento “falta de material clínico e medicamentos” efetuada pela amostra (N=66).

**Tabela 14 - Frequência de acontecimentos: falta de material clínico e medicamentos**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	5	7,6%
<b>Já aconteceu</b>	31	47,0%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	26	39,4%
<b>Notifiquei</b>	4	6,1%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela subsequente apresenta os resultados do acontecimento “disfunções do sistema informático” obtida da amostra (N=66).

**Tabela 15 – Frequência de acontecimentos: disfunções do sistema informático**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	9	13,6%
<b>Já aconteceu</b>	32	48,5%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	25	37,9%
<b>N</b>	66	100,0%

Os dados apresentados evidenciam que o incidente referido com maior frequência pelos inquiridos foi a avaria ou defeito de material/dispositivos médicos, com uma frequência de 97% (n=64). Em seguida, destacam-se a falta de material clínico e medicamentos, bem como as disfunções do sistema informático, ambos com uma frequência de 86,4% (n=53).

A tabela 16 mostra os resultados do acontecimento “quedas dos doentes”.

**Tabela 16 – Frequência de acontecimentos: quedas dos doentes**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	12	18,2%
<b>Já aconteceu</b>	27	40,9%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	27	40,9%
<b>N</b>	66	100,0%

A próxima tabela mostra os resultados do acontecimento “falta de material/roupa/alimentos”.

**Tabela 17 – Frequência de acontecimentos: falta de material/roupa/alimentos**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	13	19,7%
<b>Já aconteceu</b>	25	37,9%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	28	42,4%
<b>N</b>	66	100,0%

As quedas da PSPO com 81,8% (n=54), e a falta de material/roupa/alimentos, reportada por 80,3% (n=53) mostram que são incidentes frequentemente notificados.

A tabela a seguir mostra os resultados do acontecimento “falta do processo do doente”.

**Tabela 18 – Frequência de acontecimentos: falta do processo do doente**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	17	25,8%
<b>Já aconteceu</b>	31	47,0%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	18	27,3%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela subsequente expõe os resultados do acontecimento “contagem incorreta de compressas numa cirurgia”.

**Tabela 19 – Frequência de acontecimentos: contagem incorreta de compressas numa cirurgia**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	21	31,8%
<b>Já aconteceu</b>	15	22,7%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	30	45,5%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 20 espelha os resultados do acontecimento “infecções associadas aos cuidados de saúde”.

**Tabela 20 – Frequência de acontecimentos: infeções associadas aos cuidados de saúde**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	30	45,5%
<b>Já aconteceu</b>	20	30,3%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	16	24,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 21 demonstra os resultados do acontecimento “erro na administração de produto ou fármaco”.

**Tabela 21 – Frequência de acontecimentos: erro na administração de produto ou fármaco**

*(dose/produto/frequência)*

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	31	47,0%
<b>Já aconteceu</b>	23	34,8%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 22 mostra os resultados do acontecimento “erro na identificação do doente”.

**Tabela 22 – Frequência de acontecimentos: erro da identificação do doente**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	32	48,5%
<b>Já aconteceu</b>	18	27,3%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	16	24,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 23 expressa os resultados do acontecimento “esquecimento de exame, análise ou preparação do doente”.

**Tabela 23 – Frequência de acontecimentos: esquecimento de exame, análise ou preparação do doente**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	34	51,5%
<b>Já aconteceu</b>	18	27,3%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	14	21,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 24 expõe os resultados do acontecimento “erro relacionado com a anestesia”.

**Tabela 24 – Frequência de acontecimentos: erro relacionado com a anestesia**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	35	53,0%
<b>Já aconteceu</b>	27	40,9%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	4	6,1%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 25 é relativa aos resultados do acontecimento “erro de prescrição de produto ou fármaco”.

**Tabela 25 – Frequência de acontecimentos: erro de prescrição de produto ou fármaco**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	35	53,0%

<b>Já aconteceu</b>	19	28,8%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 26 mostra os resultados do acontecimento “desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente”.

**Tabela 26 – Frequência de acontecimentos: desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	36	54,5%
<b>Já aconteceu</b>	14	21,2%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	16	24,2%
<b>N</b>	66	100,0%

Relativamente aos incidentes e EA que ocorrem com uma frequência significativa, salientam-se: a falta do processo da PSPO, com 74,3% (n=49), a contagem incorreta de compressas durante uma cirurgia, com 68,2% (n=45), as infeções associadas aos cuidados de saúde, com 54,5% (n=36), os erros na administração de produtos ou fármacos (relacionados com dose, produto ou frequência), com 53% (n=35), os erros na identificação da PSPO, com 51,1% (n=34), o esquecimento de exames, análises ou preparações da PSPO, com 48,5% (n=32), erros relacionados com a anestesia, bem como erros de prescrição de produtos ou fármacos, ambos com 47% (n=31). O desaparecimento de valores ou objetos pessoais da PSPO também foi notificado com uma frequência de 45,4% (n=30).

A tabela 27 mostra os resultados do acontecimento “lesão de outros órgãos numa cirurgia”.

**Tabela 27 – Frequência de acontecimentos: lesão de outros órgãos numa cirurgia**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	37	56,1%
<b>Já aconteceu</b>	24	36,4%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	5	7,6%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 28 diz respeito aos resultados do acontecimento “erro do local a operar”.

**Tabela 28 – Frequência de acontecimentos: erro do local a operar**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	40	60,6%
<b>Já aconteceu</b>	17	25,8%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	8	12,1%
<b>Notifiquei</b>	1	1,5%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 29 mostra os resultados do acontecimento “erro na avaliação do estado de saúde do doente”.

**Tabela 29 – Frequência de acontecimentos: erro na avaliação do estado de saúde do doente**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	43	65,2%
<b>Já aconteceu</b>	12	18,2%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	11	16,7%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 30 é respeitante aos resultados do acontecimento “conflitos com o doente”.

**Tabela 30 – Frequência de acontecimentos: conflitos com o doente**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	44	66,7%
<b>Já aconteceu</b>	22	33,3%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 31 expõe os resultados do acontecimento “erro de administração de sangue”.

**Tabela 31 – Frequência de acontecimentos: erro de administração de sangue**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	46	69,7%
<b>Já aconteceu</b>	17	25,8%

<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	3	4,5%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 32 diz respeito aos resultados do acontecimento “transmissão da informação médica errada”.

**Tabela 32 – Frequência de acontecimentos: transmissão da informação médica errada**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	49	74,2%
<b>Já aconteceu</b>	10	15,2%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	7	10,6%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 33 mostra os resultados do acontecimento “erro na interpretação de um exame”.

**Tabela 33 – Frequência de acontecimentos: erro na interpretação de um exame**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	51	77,3%
<b>Já aconteceu</b>	9	13,6%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	6	9,1%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 34 diz respeito aos resultados do acontecimento “corpo estranho retido pós cirurgia”.

**Tabela 34 – Frequência de acontecimentos: corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	53	80,3%
<b>Já aconteceu</b>	11	16,7%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	2	3,0%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 35 mostra os resultados do acontecimento “prescrição incorretamente preenchida ou mal legível”.

**Tabela 35 – Frequência de acontecimentos: prescrição incorretamente preenchida ou mal legível**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	54	81,8%
<b>Já aconteceu</b>	7	10,6%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	5	7,6%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 36 expõe os resultados do acontecimento “troca de relatório de exame”.

**Tabela 36 – Frequência de acontecimentos: troca de relatório do exame**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	54	81,8%
<b>Já aconteceu</b>	7	10,6%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	5	7,6%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 37 diz respeito aos resultados do acontecimento “morte inesperada”.

**Tabela 37 – Frequência de acontecimentos: morte inesperada**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Nenhuma das opções</b>	61	92,4%
<b>Já aconteceu</b>	4	6,1%
<b>Já aconteceu, Notifiquei</b>	1	1,5%
<b>N</b>	66	100,0%

Os incidentes e EA menos frequentes foram: a lesão de outros órgãos durante a cirurgia, com 44% (n=29), erros relativos ao local a operar, com 37,9% (n=25), erros na avaliação do estado de saúde da PSPO, com 34,9% (n=23), conflitos com a PSPO, reportados em 33,3% (n=22), erros na administração de sangue, com 30,3% (n=20), a transmissão de informação médica errada, com 22,7% (n=17), corpos estranhos retidos após cirurgia, com 19,7% (n=12),

prescrição incorreta ou de difícil leitura, com 18,2% (n=12), troca de relatório de exame, também com 18,2% (n=12), e morte inesperada, reportada com uma frequência de 7,6% (n=5).

O único evento identificado que ocorreu mas não foi notificado por nenhum participante foi o conflito com a PSPO.

### 6.2.5 - BARREIRAS À NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

Nas tabelas a seguir apresentam a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre as diferentes barreiras à notificação apresentadas.

A tabela 38 expõe os resultados da barreira de notificação “tenho receio de um processo disciplinar”.

**Tabela 38 – Barreira de notificação - tenho receio de um processo disciplinar**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Concordo</b>	6	9,1%
<b>Concordo totalmente</b>	2	3,0%
<b>Discordo</b>	22	33,3%
<b>Discordo totalmente</b>	26	39,4%
<b>Não concordo nem discordo</b>	10	15,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 39 mostra os resultados da barreira de notificação “quando há muito trabalho esqueço de registrar”.

**Tabela 39 – Barreira de notificação – quando há muito trabalho esqueço de registrar**

	<b>n</b>	<b>Porcentagem</b>
<b>Concordo</b>	13	19,7%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	18	27,3%
<b>Não concordo nem discordo</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 40 diz respeito aos resultados da barreira de notificação “tenho receio de um processo judicial”.

**Tabela 40 – Barreira de notificação – tenho receio de um processo judicial**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	7	10,6%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	25	37,9%
<b>Não concordo nem discordo</b>	11	16,7%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 41 espelha os resultados da barreira de notificação “os meus colegas não apoiam o registo”.

**Tabela 41 – Barreira de notificação – os meus colegas não apoiam o registo**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	15	22,7%
<b>Concordo totalmente</b>	3	4,5%
<b>Discordo</b>	16	24,2%
<b>Discordo totalmente</b>	17	25,8%
<b>Não concordo nem discordo</b>	15	22,7%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 42 diz respeito aos resultados da barreira de notificação “não quero que o caso seja discutido em reunião”.

**Tabela 42 – Barreira de notificação – não quero que o caso seja discutido em reunião**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	2	3,0%
<b>Discordo</b>	27	40,9%

<b>Discordo totalmente</b>	23	34,8%
<b>Não concordo nem discordo</b>	14	21,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 43 é respeitante à barreira de notificação “não sei quais os incidentes que têm de ser registados”.

**Tabela 43 – Barreira de notificação – não sei quais os incidentes que têm de ser registados**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	8	12,1%
<b>Concordo totalmente</b>	3	4,5%
<b>Discordo</b>	25	37,9%
<b>Discordo totalmente</b>	20	30,3%
<b>Não concordo nem discordo</b>	10	15,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 44 mostra os resultados à barreira de notificação “as circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo”.

**Tabela 44 – Barreira de notificação – as circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	6	9,1%
<b>Concordo totalmente</b>	1	1,5%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	24	36,4%
<b>Não concordo nem discordo</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 45 expõe os resultados à barreira de notificação “desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais”.

**Tabela 45 – Barreira de notificação – desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Discordo</b>	24	36,4%
<b>Discordo totalmente</b>	31	47,0%
<b>Não concordo nem discordo</b>	11	16,7%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 46 mostra os resultados à barreira de notificação “o registo pouco contribui para a qualidade dos cuidados”.

**Tabela 46 – Barreira de notificação – o registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	1	1,5%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	31	47,0%
<b>Não concordo nem discordo</b>	11	16,7%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 47 diz respeito aos resultados à barreira de notificação “os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes/eventos adversos”.

**Tabela 47 – Barreira de notificação – os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes/eventos adversos**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	16	24,2%
<b>Discordo</b>	16	24,2%

<b>Discordo totalmente</b>	17	25,85%
<b>Não concordo nem discordo</b>	17	25,8%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 48 mostra os resultados à barreira de notificação “receio de afetar a minha credibilidade”.

**Tabela 48 – Barreira de notificação – receio de afetar a minha credibilidade**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	12	18,2%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	19	28,8%
<b>Não concordo nem discordo</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

A tabela 49 expõe os resultados à barreira de notificação “receio de afetar a credibilidade da instituição”.

**Tabela 49 – Barreira de notificação – receio de afetar a credibilidade da instituição**

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Concordo</b>	12	18,2%
<b>Discordo</b>	23	34,8%
<b>Discordo totalmente</b>	19	28,8%
<b>Não concordo nem discordo</b>	12	18,2%
<b>N</b>	66	100,0%

De acordo com os resultados obtidos, 22,7% (n=15) dos inquiridos consideram que a falta de apoio por parte dos colegas é uma das principais causas para o não registo de incidentes e

EA. Em seguida, 24,2% (n=16) dos participantes indicaram que os profissionais mais jovens são frequentemente culpabilizados de forma injusta por incidentes e EA, o que contribui para a ausência de registo. Além disso, 19,7% (n=13) dos inquiridos referem que, em situações de elevado volume de trabalho, o registo dos incidentes é frequentemente esquecido. Outras razões apontadas incluem o receio de prejudicar a própria credibilidade (18,2%, n=12) e o receio de afetar a credibilidade da instituição (18,2%, n=12).

Adicionalmente, 12,1% (n=8) identificaram o desconhecimento sobre quais incidentes devem ser registados como um obstáculo, enquanto 9,1% (n=6) mencionaram que as circunstâncias ou a evolução do caso tornam o registo desnecessário. O receio de um processo judicial foi referido por 10,6% (n=7) e 9,1% (n=6) indicaram o receio de um processo disciplinar.

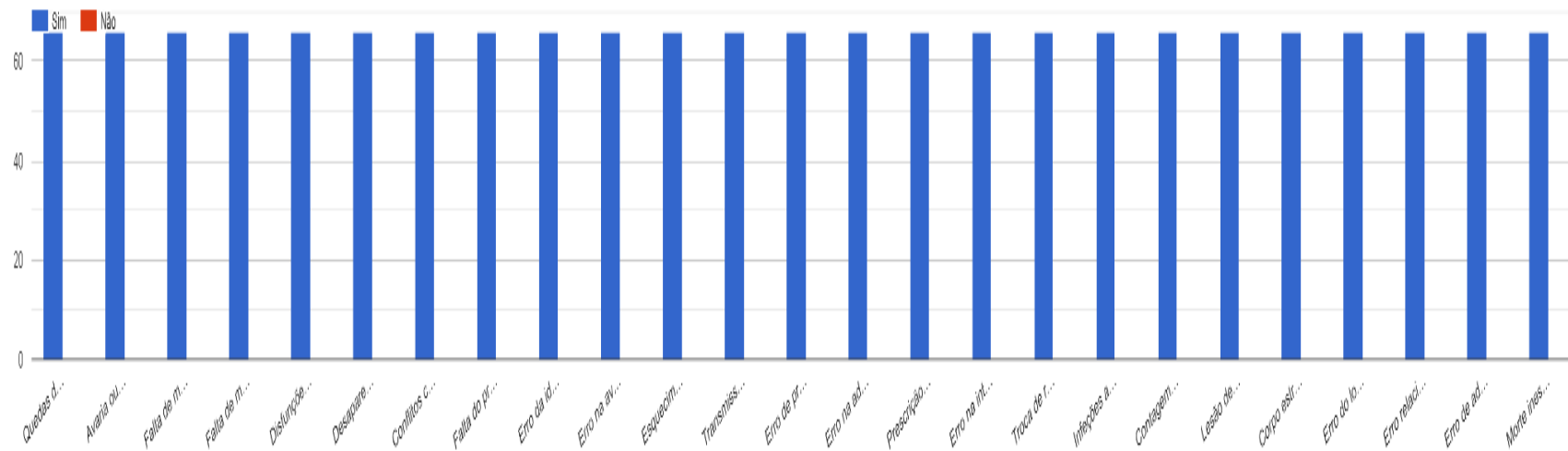
Outras barreiras menos frequentemente mencionadas incluem o desejo de evitar que o caso seja discutido em reunião (n=2) e a percepção de que o registo contribui pouco para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados (n=1). Por fim, a barreira associada à ideia de que “desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais” não foi apontada por nenhum participante.

#### **6.2.6 - FREQUÊNCIA DE NOTIFICAÇÃO SE EXISTISSE LEGISLAÇÃO QUE GARANTISSE A CONFIDENCIALIDADE DA INFORMAÇÃO (PROIBIÇÃO EXPRESSA DE SER REVELADA CONTRA A PESSOA COMO MEIO DE PROVA EM PROCESSO JUDICIAL OU DISCIPLINAR)**

De seguida, apresenta-se o gráfico com a opinião dos inquiridos sobre esta temática.

**Figura 6 – Frequência de notificação se existisse legislação que garantisse a confidencialidade da informação**

14. Se existisse legislação que garantisse a confidencialidade da informação (proibição expressa de ser revelada e usada como meio de prova contra si em processo judicial ou disciplinar) registraria esse incidente/evento adverso?



No gráfico apresentado compreende-se que houve uma frequência de 100% (N=66) de respostas em notificar todos os acontecimentos que foram descritos anteriormente, caso existisse legislação que garantisse a confidencialidade dessa informação. Relembra-se que esses acontecimentos são as quedas das pessoas submetidas a cirurgia, a avaria ou defeito de material/dispositivos médicos, a falta de material/roupa/alimentos, a falta de material clínico e medicamentos, as disfunções do sistema informático, o desaparecimento de valores/objetos pessoais da PSPO, os conflitos com a PSPO, a falta do processo da PSPO, o erro da identificação da PSPO, o erro na avaliação do estado de saúde da PSPO, o esquecimento de exame, análise ou preparação da PSPO, a transmissão da informação médica errada, o erro de prescrição de produto ou fármaco, o erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência), a prescrição incorretamente preenchida ou mal legível, o erro na interpretação de um exame, a troca de relatório de exame, as infeções associadas aos cuidados de saúde, a contagem incorreta de compressas numa cirurgia, a lesão de outros órgãos numa cirurgia, a retenção de corpos estranhos pós cirurgia (compressas, pinças), erro do local a operar, o erro relacionado com a anestesia, o erro de administração de sangue e, por fim, a morte inesperada.

#### 6.2.7 - FREQUÊNCIA SOBRE OBRIGATORIEDADE VS VOLUNTÁRIA DO REGISTO DE INCIDENTES E EVENTOS ADVERSOS

A tabela seguinte apresenta as respostas sobre o registo de incidentes e EA deva ser obrigatório ou voluntário.

**Tabela 50 – Frequência sobre obrigatoriedade VS voluntariedade do registo de incidentes e eventos adversos**

	n	Percentagem
<b>Obrigatório</b>	24	36,4 %
<b>Voluntário</b>	42	63,6 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Em relação ao registo de incidentes e EA deva ser obrigatório ou voluntário, 63,6% (n=42) dos enfermeiros perioperatórios respondeu que deveria ser voluntário, ao contrário de 36,4% (n=24) que respondeu que deveria ser obrigatório.

### 6.2.8 - GRAU DE SEGURANÇA DA PSPO NO SERVIÇO – BLOCO OPERATÓRIO

De seguida, apresenta-se a tabela com os dados recolhidos sobre o grau de segurança da PSPO, atribuídos pelos enfermeiros perioperatórios.

Tabela 51 – *Grau de segurança do doente no serviço*

	<b>n</b>	<b>Percentagem</b>
<b>Aceitável</b>	24	36,4 %
<b>Excelente</b>	5	7,6 %
<b>Muito Boa</b>	37	56,1 %
<b>N</b>	66	100,0 %

Relativamente ao grau de segurança percebido pelos inquiridos sobre a PSPO, a maioria dos inquiridos (n=37) classificou-a como "Muito Boa". Seguidamente, 36,4% (n=24) dos participantes consideraram-na "Aceitável", enquanto apenas 7,6% (n=5) avaliaram-na como "Excelente". Estes dados sugerem que, embora a perceção da segurança seja predominantemente positiva, com uma maioria a classificá-la como muito boa ou excelente, ainda existe uma parcela considerável que a considera apenas aceitável, evidenciando potencial para melhorias no reforço das práticas de segurança no contexto perioperatório.



## 7. Discussão

---

A amostra do estudo é composta por 66 enfermeiros, predominando os profissionais do sexo feminino, o que reflete a distribuição típica da profissão de Enfermagem em Portugal, reflexo de uma tendência histórica e cultural (OE, 2022).

Embora o sexo masculino esteja presente na amostra (n=17), a sua proporção é consideravelmente inferior, o que poderá indicar um menor interesse dos homens a esta especialidade ou à profissão em geral.

No que concerne à idade, varia entre os 23 e os 66 anos, correspondendo a uma amplitude de 43 anos. Esta variação ampla reflete uma representatividade de diferentes gerações de enfermeiros perioperatórios na amostra, o que pode ser considerado um aspeto enriquecedor para o estudo, uma vez que permite captar perspetivas e experiências variadas associadas a diferentes etapas da carreira profissional. A média de idades, situada nos 44,64 anos, sugere que a maioria dos participantes se encontra numa fase intermédia ou avançada da vida profissional, podendo refletir uma experiência consolidada na área perioperatória (OE, 2022).

Relativamente às habilitações académicas, apenas um número reduzido de elementos da amostra possui o grau de mestre ou o título de especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, o que também acompanha a realidade nacional, caracterizada por uma maioria de enfermeiros a exercer funções como generalistas (OE, 2022).

A análise dos dados sobre o tempo de experiência profissional em BO dos participantes do estudo mostra uma amplitude de 36 anos. Esta amplitude reflete a presença de enfermeiros tanto em fases iniciais quanto avançadas das suas carreiras, o que pode trazer uma diversidade de perspetivas e abordagens ao exercício profissional.

A média de 17,32 anos de experiência sugere uma base sólida de conhecimento e competências adquiridas ao longo do tempo. Este resultado é relevante para a análise do estudo, uma vez que profissionais mais experientes podem apresentar maior familiaridade com os processos, protocolos e desafios específicos da prática perioperatória, o que poderá influenciar as suas respostas ou comportamentos em relação às variáveis estudadas.

Por outro lado, o desvio-padrão de 9,574 sugere que existem diferenças notórias no tempo de atuação em BO dentro da amostra. Este aspeto pode implicar variabilidade nas práticas, opiniões e abordagens relacionadas ao contexto de trabalho.

Estes resultados destacam a importância de considerar a heterogeneidade da experiência profissional na análise dos dados, uma vez que enfermeiros com diferentes anos de experiência podem ter percepções e comportamentos distintos, influenciados pelo tempo de exposição ao ambiente e pelas transformações nas práticas ao longo dos anos.

Relativamente à questão aos inquiridos sobre a existência de programas de Acreditação e existência de um sistema de NIEA no hospital do referido estudo, as respostas são favoráveis. Os profissionais de saúde sabem que o hospital é acreditado pelo Programa da *Joint Commission*. Os profissionais de saúde reconhecem que as boas práticas da qualidade em serviços da saúde nos hospitais, quando associada à acreditação, proporcionam um aumento da produtividade, maior satisfação ao cliente e agrega valor à instituição (Terra & Berssaneti, 2017).

Acerca do conhecimento da existência de um sistema de NIEA no hospital, as respostas também foram satisfatórias mas destaca-se aqui um ponto importante, cinco elementos da amostra referiram desconhecimento da existência desse sistema, pelo que faz todo o sentido a elaboração e divulgação deste trabalho. Este facto reforça a necessidade de campanhas internas de sensibilização e formação contínua, garantindo que todos os profissionais compreendam o funcionamento e a importância do sistema.

Quando questionados sobre a concordância com o sistema de NIEA institucional, a maioria dos participantes manifestou concordância com o sistema, enquanto uma pequena parte revelou discordância e um número ainda menor indicou não ter opinião formada. Estes resultados mostram-se alinhados com os dados reportados por Bruno (2010).

É extremamente importante perceber o que os enfermeiros perioperatórios acham do sistema de NIEA para que possam ser feitas alterações para melhorar o sistema e motivar os profissionais a notificarem. Se o sistema for de fácil acesso, fácil compreensão, anónimo e o *feedback* ao registo for rápido, os profissionais sentem-se mais motivados a notificar (Lage, 2010).

Em relação à adesão dos enfermeiros perioperatórios à NIEA, esta mantém-se baixa, com 71,2% da amostra a referir que não notificou nenhum EA no último ano. Neste contexto, e com base nos resultados obtidos no estudo, consideramos estar na presença de um problema de subnotificação. Este problema não é exclusivo do serviço ou do hospital onde foi realizado o estudo mas sim transversal a vários hospitais onde já foram implementados sistemas de registo de incidentes e EA. Na tentativa de solucionar este problema, (Lage, 2010) referiu como estratégias para aumentar a confiança dos profissionais na notificação passam por clarificar a definição de incidentes e EA, simplificar os métodos de notificação,

realizar *feedback* aos profissionais e explicar a natureza e objetivos claros dos sistemas de notificação.

Esta conclusão que agora alcançamos, da fraca adesão dos enfermeiros perioperatórios à NIEA vem confirmar vários estudos, nomeadamente por Bruno (2010), Antunes (2015) e Carvalho (2020).

A notificação de EA parece estar diretamente relacionada com o tipo de incidente e o seu grau de gravidade. Eventos de maior gravidade ou situações de risco, como lesões a outros órgãos durante uma cirurgia, erros no local operado, corpos estranhos retidos após a cirurgia e morte inesperada, apresentam uma maior frequência de notificação.

Tais resultados devem-se a fatores organizacionais/educacionais, ou fatores individuais/culturais dos enfermeiros perioperatórios que não sabem o que registar, não identificam o incidente, não têm consciência da sua existência, não lhes atribuem importância ou têm receio de registar EA por recear consequências legais e/ou disciplinares, ou também, pôr em causa a sua credibilidade (Bruno, 2010).

Procurou-se entender, junto dos inquiridos, as barreiras à notificação de incidentes e EA.

Foram apresentadas 12 possíveis razões para justificar a ausência de notificação de incidentes e EA. A razão mais destacada pelos participantes foi a perceção de que os profissionais mais novos são frequentemente culpabilizados de forma injusta por estes incidentes, dividindo opiniões entre os que concordam e os que discordam desta afirmação. A falta de apoio dos colegas para efetuar os registos surgiu como a segunda razão mais mencionada, seguida pelo esquecimento de proceder à notificação devido à elevada carga de trabalho, considerada também uma justificação relevante pelos participantes.

No que diz respeito às razões relacionadas com o receio de comprometer a própria credibilidade ou a credibilidade da instituição, verificou-se uma tendência semelhante nas respostas. Embora a maioria dos participantes discorde de que estas sejam razões que impeçam a notificação de incidentes ou eventos adversos, ainda existem alguns inquiridos que admitem não proceder ao registo devido ao efetivo receio de prejudicar a sua imagem profissional ou a reputação da instituição.

No que diz respeito à falta de conhecimento sobre quais incidentes devem ser registados e à ideia de que, após aprender com o incidente, não é necessário discuti-lo mais, verificou-se que a maioria dos inquiridos discorda que estas sejam razões válidas para não procederem à notificação. Assim, conclui-se que estas justificações não são consideradas pelos participantes como principais impedimentos à prática de registo de incidentes e EA.

As opções relacionadas com o registo desnecessário devido às circunstâncias ou à evolução do caso, a relutância em permitir que o caso seja discutido em reuniões, e a perceção de que

o registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados refletem, ainda que em menor grau, uma falta de consciência por parte de alguns inquiridos em relação aos problemas associados à segurança da PSPO. Este comportamento demonstra lacunas na CS, evidenciando a necessidade de sensibilizar os profissionais para a importância da notificação como ferramenta fundamental para a melhoria contínua da segurança nos cuidados perioperatórios.

As razões relacionadas com o receio de enfrentar um processo judicial ou disciplinar evidenciam que alguns inquiridos optam por não notificar incidentes ou EA devido ao medo de possíveis repercussões legais ou institucionais. Esta apreensão é corroborada pelas respostas à questão sobre a existência de legislação que garantisse a confidencialidade da informação, nomeadamente através da proibição de a mesma ser utilizada como meio de prova em processos judiciais ou disciplinares. Face a este cenário, todos os itens apresentados nesta questão obtiveram respostas afirmativas, indicando que os inquiridos estariam dispostos a proceder à notificação se houvesse garantia de proteção e confidencialidade legal.

Segundo Bruno (2010), é generalizada a ideia sobre a necessidade dos sistemas de notificação serem confidenciais e não punitivos, sob pena dos mesmos não merecerem a adesão dos profissionais. Bruno (2010) refere também que em Portugal ainda não existe legislação que assegure os princípios da confidencialidade e não punibilidade. O anonimato dos sistemas, embora dificulte a análise das causas raiz, vem contornar a ausência de legislação, garantindo a proteção de quem notifica.

Considerou-se relevante avaliar a opinião dos profissionais perioperatórios inquiridos acerca da obrigatoriedade ou voluntariedade do sistema de notificação de incidentes e EA. Enquanto uma parte dos inquiridos defende que o sistema deve ser obrigatório, outra parte maioritária prefere que este seja voluntário. Estas posições refletem diferentes perspetivas sobre a melhor abordagem para fomentar a adesão à notificação, equilibrando o compromisso institucional e a motivação individual para contribuir para a segurança da PSPO.

De acordo com Bruno (2010), as características referidas pela maior parte dos participantes originaria a implementação de um sistema anónimo e obrigatório, o que demonstra que existem receios quanto à identificação dos profissionais envolvidos. Ainda, segundo a mesma autora, a confidencialidade garantida por lei, aumentaria a participação dos profissionais no registo e a obrigatoriedade do sistema só funcionaria com maior exigência e responsabilização de todos os envolvidos. WHO (2009) confirma que a confidencialidade e o

anonimato do sistema contribui para um maior registo de incidentes e EA pois diminui o receio de quem regista.

No que diz respeito ao grau de segurança percebido na PSPO, os profissionais perioperatórios avaliaram-na predominantemente como "muito boa", com uma parte considerável a classificá-la como "aceitável" e apenas uma pequena parcela a descrevê-la como "excelente". Estas perceções refletem a visão global dos inquiridos sobre as condições de segurança no contexto perioperatório, sugerindo confiança na prática profissional, embora ainda haja espaço para melhorias.

Bruno (2010) defende que as instituições que trabalham para uma mudança de paradigma cultural, obtém uma maior consciencialização dos problemas relacionados com a segurança da PSPO e, assim, uma maior adesão dos profissionais ao registo de incidentes e EA que ocorrem nos hospitais.

Alterações que tornem o sistema mais acessível, compreensível, confidencial e com retorno rápido aos profissionais podem ser determinantes para aumentar a adesão.



## 8. Conclusão

---

Em suma, os resultados desta análise revelam um panorama detalhado da composição demográfica, experiência profissional, habilitações académicas e percepções dos enfermeiros perioperatórios em relação à NIEA. Emergem várias conclusões importantes a partir desses dados.

A amostra estudada reflete as tendências observadas no universo da enfermagem em Portugal, com uma predominância de enfermeiras, uma distribuição etária ligeiramente mais elevada e uma maioria de enfermeiros generalistas. Além disso, a maioria dos profissionais apresenta um elevado grau de concordância e confiança nos sistemas de acreditação hospitalar e notificação de incidentes, reconhecendo o valor dessas práticas para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde.

No entanto, apesar do reconhecimento da importância da NIEA observa-se uma significativa subnotificação por parte dos enfermeiros perioperatórios, indicando um problema sistémico que não se limita apenas ao contexto deste estudo. Fatores organizacionais, educacionais e individuais contribuem para essa subnotificação, incluindo falta de clareza na definição de incidentes, receio de consequências legais ou disciplinares e falta de apoio dos colegas.

As barreiras identificadas para a notificação ressaltam a necessidade de medidas específicas para promover uma CS e incentivar a participação ativa dos profissionais na identificação e prevenção de incidentes. Tais medidas podem incluir a clarificação das políticas de notificação, a implementação de sistemas de notificação anónimos e não punitivos, e a criação de legislação que garanta a confidencialidade das informações.

Para melhorar a segurança da PSPO e aumentar a eficácia dos sistemas de notificação, é essencial abordar essas barreiras e promover uma CS que valorize a transparência, aprendizagem contínua e responsabilidade coletiva. Somente através de uma abordagem abrangente e colaborativa será possível alcançar os mais altos padrões de qualidade e segurança nos cuidados de saúde perioperatórios.

Entre as perspetivas futuras, destaca-se a necessidade de aumentar o conhecimento sobre o sistema de notificação através da formação em serviço, proporcionando aos profissionais as competências necessárias para identificar, reportar e analisar incidentes e EA.

Além disso, a criação de um espaço facilitador de *feedback* do incidente e EA pode promover uma cultura de aprendizagem contínua e melhoria da prática clínica. Da mesma forma, a realização de *debriefings* periódicos pode fornecer uma oportunidade para reflexão e

discussão sobre experiências passadas, contribuindo para a identificação de áreas de melhoria e a implementação de ações corretivas.

Em última análise, a implementação dessas medidas, não apenas promoverá a segurança da PSPO, mas também fortalecerá a CS nos serviços de saúde, garantindo que incidentes e EA sejam adequadamente identificados, notificados e abordados, com vista à prevenção de futuras ocorrências.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A EP emerge como um pilar central na garantia de um cuidado integral e seguro à PSPO, abarcando todas as fases do processo cirúrgico – pré, intra e pós-operatória. Esta especialidade não só desempenha funções cruciais na manutenção da segurança e bem-estar da pessoa, mas também se destaca na promoção da recuperação eficaz, enfatizando a importância de uma atuação autônoma e informada dos enfermeiros perioperatórios na tomada de decisões críticas, incluindo a NIEA.

A compreensão aprofundada dos princípios e práticas inerentes à EP é indispensável para os profissionais de saúde, influenciando diretamente os resultados clínicos e a experiência da PSPO. Este entendimento sublinha a necessidade de uma abordagem multidisciplinar e holística no cuidado, estendendo-se para além das competências técnicas para incluir o suporte emocional à pessoa e sua família/pessoa significativa, assim como a coordenação efetiva entre todos os membros da equipa cirúrgica.

Por outro lado, a SD apresenta-se como uma dimensão crítica, intrinsecamente ligada à melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde, representando um desafio constante no contexto perioperatório, especialmente na prevenção de EA. A ocorrência de tais eventos pode resultar em consequências devastadoras para a pessoa submetida a cirurgia, além de repercutir em diversos níveis – profissional, organizacional, social e económico. Assim, a NIEA assume um papel fundamental, funcionando como um mecanismo primordial para a identificação de riscos e a implementação de estratégias preventivas. A participação ativa dos enfermeiros perioperatórios, dotados de experiência na identificação de potenciais perigos, é crucial na prevenção desses incidentes, consolidando a EP como um campo essencial na construção de um ambiente cirúrgico seguro.

Entretanto, este estudo revelou uma adesão aquém da ideal dos enfermeiros perioperatórios à notificação de incidentes, apontando para uma problemática de subnotificação que transcende o ambiente específico deste estudo, refletindo uma questão mais ampla que afeta diversas instituições de saúde. A identificação de barreiras à notificação, tais como a culpabilização indevida de profissionais mais novos e a falta de apoio entre colegas, destaca a importância de fomentar uma CS que encoraje a notificação sem receios de represálias. A implementação de sistemas de notificação confidenciais e não punitivos, juntamente com a garantia legal da proteção de quem notifica, surge como estratégias essenciais para

aumentar a participação dos profissionais e, conseqüentemente, fortalecer a segurança da PSPO.

Em suma, este trabalho enfatiza a complexidade e a relevância da EP na promoção de cuidados cirúrgicos seguros e de alta qualidade, destacando a importância da NIEA como ferramenta vital para a prevenção de EA. A integração efetiva dos conhecimentos e práticas da EP, aliada a um sistema robusto de notificação e a uma cultura organizacional que valoriza a segurança, são elementos chave para assegurar resultados clínicos positivos e uma experiência satisfatória para a PSPO.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Antunes, N., S. (2015). *Notificação de Incidentes e Segurança do Doente: Perceção dos Enfermeiros*. [Tese de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu]. Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/3239>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta. ISBN: 972-8930-16-X
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta. ISBN: 978-972-8930-16-5
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2018). Introduction to the AORN Guidelines for Perioperative Practice. In AORN (Eds.), *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 1-5). ISBN: 978-0939583089
- Athanasakis, E. (2015). *The Method of Checking Medications Prior to Administration: An Evidence Review*. International Journal of Caring Sciences, 8(3), 801. [http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32\\_32\\_Athanassakis\\_review\\_8\\_3.pdf](http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/32_32_Athanassakis_review_8_3.pdf)
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal*. Coimbra Editora. ISBN: 978-972-32-1881-7
- Carvalho, I. C. C. (2020). Adesão dos Enfermeiros à Notificação de Eventos Adversos em Pediatria. [Tese de mestrado, Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10362/118993>
- Chiang, H.Y., Lee, H. F., Lin, S. Y., & Ma, S. (2019). Factors contributing to voluntariness of incident reporting among hospital nurses. *Journal Nursing Management*, 27(4), 806–814. <https://doi.org/10.1111/jonm.12744>

Diário da República. Despacho nº 1400A/2015 de 10 de Fevereiro (2015). Plano nacional para a segurança dos doentes (PNSD 2015-2020), 2ª Série, 2-10. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dr/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Diário da República. Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro (2021). Plano nacional para a segurança dos doentes (PNSD 2021-2026), 2ª Série, 96-103. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). Medicamentos de alerta máximo. Norma 014/2015 de 06/08/2015. <http://hdl.handle.net/10400.21/6356>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022). Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Norma 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. [www.dgs.pt](http://www.dgs.pt).

Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Norma 001/2017. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normase-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Ferreira, T. I. R., & Dixe, M. A. . (2024). Adesão à notificação de incidentes pelos enfermeiros de um bloco operatório: Diagnóstico da situação. *Revista De Enfermagem Referência*, 6(3, Supl. 1), 1–9. <https://doi.org/10.12707/RVI23.58.29350>

Fortin, M. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação* (1ª edição). Lusodidacta. ISBN: 9789898075185.

Hammoudi, B. M., Ismaile, S., & Abu Yahya, O. (2018). Factors associated with medication administration errors and why nurses fail to report them. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(3), 1038–1046. <https://doi.org/10.1111/scs.12546>

Hung, C. C., Lee, B. O., Liang, H. F., & Chu, T. P. (2016). Factors influencing nurses' attitudes and intentions toward medication administration error reporting. *Japan Journal of Nursing Science*, 13(3), 345–354. <https://doi.org/10.1111/jjns.12113>

- Jornal Oficial da União Europeia. (2009). Recomendação do conselho 2009/C 151/01 sobre a segurança dos doentes. Doi:10.3000/17252482.C\_2009.151.por
- Lage, M. J. (2010). *Segurança do doente : da teoria à prática clínica*. Revista Portuguesa de Saúde Pública. ISSN 0870-9025. Volume temático, Nº 10 (2010), p. 11-16
- Levine, K. J., Carmody, M., & Silk, K. J. (2020). The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors. *Journal of nursing management*, 28(1), 130–138. <https://doi.org/10.1111/jonm.12906>
- Martins, J., C., A. (2017). Aprendizagem e desenvolvimento em contexto de prática simulada. *Revista de Enfermagem Referência*, vol. IV, núm. 12, pp. 155-161. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. <https://doi.org/10.12707/RIV16074>
- Mota, A. (2021). *Segurança do Doente no Bloco Operatório: Contributos do Ambiente de Prática e da Liderança em Enfermagem*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar. <https://hdl.handle.net/10216/140139>.
- Nunes, L. (2016). Os limites do agir ético no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir*, 59(2), 7–17. <https://doi.org/10.48492/servir022.23674>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2010). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%A2ncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%A2ncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto\\_REPE\\_29102015\\_VF\\_site.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento nº 429/2018 de 16 julho. Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em

Situação Perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica.  
Diário da República: II Série, nº 135/2018.  
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). 2022. Relatório e Contas 2022. Assembleia Geral Ordinária de 25 de Março de 2023. Viana do Castelo. Chromeextension://efaidnbmnnnibpcajpcglclefindmkaj/https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/AssembleiasGerais/Documents/AG2023/Ponto\_1\_RAC\_2022V2.pdf

Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the perioperative patient focused model. *AORN Journal*, 71(5), 1030-1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

Santos, E. M.C P. (2008). *Formação em serviço e desenvolvimento profissional: desafios e constrangimentos no processo de desenvolvimento de competências dos enfermeiros* – [Dissertação de mestrado]. Universidade do Algarve <http://hdl.handle.net/10400.1/429>

Serrano, M., Costa, A., Vilhena, A., & Costa, (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) Competência(s). *Revista de Enfermagem Referência, III* (3), 15-23. ISSN: 0874-0283.

Schultz L. (2014). An analysis of surgical smoke plume components, capture, and evacuation. *AORN journal*, 99(2), 289–298. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2013.07.020>

Terra, J. & Berssaneti, F. (2017). Acreditação hospitalar e seus impactos nas boas práticas em serviços de saúde. *O Mundo da Saúde* 41(1):11-17 DOI:10.15343/01047809.201741011117

Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 100083. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To Err is Human: Building a Safer Health System*. Institute of Medicine Committee on Quality of Health Care in America. <https://doi.org/10.17226/9728>

Kolovos, P. (2020). Perioperative Nursing Care. Based on a Theoretical Model. *Hellenic Journal of Nursing*, 59 (4), 353-359. <https://www.hjn.gr/index.php/en/2020/volume-59-n-4/year-2020/volume-59-n-4/1183-2020406>

World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines for Safe Surgery: Safe Surgery Saves Lives. Section IV, Implementation Manual for WHO Patient Safety Surgical Safety Checklist. Geneva. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK143235/>

World Health Organization (WHO). (2020). Patient Safety. [https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/patient-safety#tab=tab_1)

World Health Organization (WHO). (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. ISBN 978-92-4-003270-5



## **ANEXOS**

---



**ANEXO I: Certificado de Póster “Papel do Enfermeiro Perioperatório na Notificação de Incidentes e Eventos”**

---





## Certificado

Certifica-se que:

Dânia da Silva Dias, Isabel Maria País Melo e  
Nélson Coimbra

apresentaram o Póster “Papel do enfermeiro perioperatório na notificação de incidentes e eventos adversos”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



[www.essnortecvp.pt](http://www.essnortecvp.pt)



**ANEXO II: Certificado de Póster “Fumo Cirúrgico: O Inimigo Invisível no Bloco Operatório”**

---






## Certificado

Certifica-se que

**Dânia da Silva Dias, Domingues André Marques, Fátima Miranda e Jorge Coelho** apresentaram o Póster “Fumo Cirúrgico: O Inimigo Invisível no Bloco Operatório” na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: *investigação em saúde global e redes de colaboração*” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP

  
Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

  
Prof. Doutora Liliana Mota





## **ANEXO III: Questionário**

---



## I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS

### 1. Sexo

Feminino

Masculino

### 2. Idade

\_\_\_\_\_ Anos

### 3. Habilitações Académicas

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

### 4. Tempo de experiência profissional

\_\_\_\_\_ (Anos completos)

### 5. Tempo de experiência profissional no bloco operatório

\_\_\_\_\_ (Anos completos)

### 6. Tem alguma Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros? Se Sim, indique qual.

Não	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	
Enfermagem Comunitária	
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	
Enfermagem de Reabilitação	
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	

Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	
Outra	

## II – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS

7.

	Sim	Não	Não Sei
O hospital onde trabalha participa em programas de Acreditação (JointComission / HealthQuality Service)			

8.

	Sim	Não	Não Sei
No hospital está implementado um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos?			

9.

	Sim	Não	Não Sei
Concorda com o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos do hospital?			

10. Para cada questão, assinale com um X a sua resposta conforme a escala:

	1. Nunca	2. Raramente	3. Por vezes	4. A maioria das vezes	5. Sempre
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, mas é detetado e corrigido antes de afetar o					

doente, com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, <b>mas não tem perigo potencial para o doente</b> , com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, <b>que poderia causar dano ao doente mas isso não acontece</b> , com que frequência é notificado?					
Quando o incidente e/ou evento adverso provoca <b>dano moderado</b> , com que frequência é notificado?					
Quando o <b>dano é trágico</b> (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?					

**11.**

<b>Nos últimos 12 meses, quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes e eventos adversos?</b>  <b>(Escolha apenas UMA resposta)</b>	
Nenhuma	
1 a 2 incidentes/eventos adversos	
3 a 5 incidentes/eventos adversos	
6 a 10 incidentes/eventos adversos	
11 a 20 incidentes/eventos adversos	
21 ou mais incidentes/eventos adversos	

**12.**

<b>Dos incidentes e eventos adversos que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Diga também se os notificou</b>	<b>Já aconteceu</b>	<b>Notifiquei</b>
1. Quedas dos doentes		
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/alimentos		
4. Falta de material clínico e medicamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente		
8. Falta do processo do doente		
9. Erro da identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		
12. Transmissão da informação médica errada		
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)		
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível		
16. Erro na interpretação de um exame		
17. Troca de relatório do exame		
18. Infeções associadas aos cuidados de saúde		
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia		
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		

21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
22. Erro do local a operar		
23. Erro relacionado com a anestesia		
24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada		

**13.**

<b>Não registo os incidentes e eventos adversos porque?</b>	<b>1. Discordo totalmente</b>	<b>2. Discordo</b>	<b>3. Não concordo nem discordo</b>	<b>4. Concordo</b>	<b>5. Concordo totalmente</b>
Tenho receio de processo disciplinar					
Quando há muito trabalho esqueço de registar					
Tenho receio de um processo judicial					
Os meus colegas não apoiam o registo					
Não quero que o caso seja discutido em reunião					
Não sei quais os incidentes que têm de ser registados					
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo					
Desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais					
O registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados					

Os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes/eventos adversos					
Receio de afetar a minha credibilidade					
Receio de afetar a credibilidade da instituição					

**14.**

<b>Se existisse legislação que garantisse a confidencialidade da informação (proibição expressa de ser revelada e usada como meio de prova contra si em processo judicial ou disciplinar) registaria esse incidente/evento adverso?</b>	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
1. Quedas dos doentes		
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/alimentos		
4. Falta de material clínico e medicamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente		
8. Falta do processo do doente		
9. Erro da identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		
12. Transmissão da informação médica errada		
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)		
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível		
16. Erro na interpretação de um exame		
17. Troca de relatório do exame		

18. Infecções associadas aos cuidados de saúde		
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia		
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
22. Erro do local a operar		
23. Erro relacionado com a anestesia		
24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada		

**15.**

	Obrigatório	Voluntário
<b>Na sua opinião, o Sistema de Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos deve ser:</b>		

**16.**

**Por favor atribua ao seu serviço, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)**

Excelente	
Muito Boa	
Aceitável	
Fraca	
Muito Fraca	



**ANEXO IV: Autorização da autora para a utilização do  
questionário**

---



**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos, declaro que autorizo a Investigadora **Dânia da Silva Dias**, no estudo que se encontra a realizar com o título "Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos", no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a utilizar o questionário que elaborei e apliquei na investigação realizada no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2007-2009), que se encontra publicado sob o título Registo de Incidentes e Eventos Adversos: implicações jurídicas da implementação em Portugal, na Walters (Kluwer Portugal), Coimbra Editora.

**Paula Bruno**



Lisboa 11 de Novembro de 2022.



## **ANEXO V: Pedido Formal à Comissão de Ética**

---





**Submissão de Projeto de Investigação à  
Comissão de Ética**

Centro Hospitalar de 

E.P.E

Projeto \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data de receção: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Recebido por: \_\_\_\_\_

Relator: \_\_\_\_\_

Data de Parecer do CE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

A preencher pela CE

**1. IDENTIFICAÇÃO DA INVESTIGAÇÃO / TRABALHO**

1.1. - Título da investigação / trabalho

**Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação  
de Incidentes e Eventos Adversos.**

1.2. - Nome do investigador / investigadores:

Dânia da Silva Dias

1.3. - Contatos do investigador Principal:

Morada:

Código P

Telefone

Endereç

1.4. - Nome do orientador (se aplicável):

Professor Nélon Coimbra.

1.5. - Âmbito do trabalho

ACADÉMICO

PROFISSIONAL

1.6. - Serviço(s) onde será realizada a investigação / trabalho

Bloco Operatório do Centro Hospitalar

1.7. - Existem outros locais, nacionais ou não, onde a mesma investigação/trabalho será efetuada?

SIM

NÃO

1.8.- Objetivos da investigação/trabalho

Conhecer a adesão dos Enfermeiros Perioperatórios sobre a Notificação de Incidentes e Eventos Adversos.

1.9.- Período de tempo no qual se vai desenrolar a investigação/trabalho

02/01/2023 a 10/02/2023

1.10.- População em estudo (critérios de inclusão/exclusão)

População: Todos os Enfermeiros que exerçam funções no Bloco Operatório do [ ] unidade de [ ] Critério de exclusão: A investigadora.

1.11.- Variáveis consideradas (se aplicável)

Variável Dependente: Adesão à Notificação de incidentes; Variável Independente: idade e sexo.

1.12.- Instrumento de colheita de dados (questionário, entrevistas ...)

Questionário autoadministrado e *online*.

1.13.- Quem colhe os dados?

A investigadora.

**2. RISCOS/BENEFÍCIOS**

2.1.- A investigação/trabalho envolve:

Doentes  Acompanhantes/família  Profissionais

Outros

Quais? [Clique ou toque aqui para introduzir texto.](#)

2.2.- Que benefícios poderão advir para os participantes?

Melhorar a prática dos cuidados dos Enfermeiros Perioperatórios, no que diz respeito à notificação de incidentes e eventos adversos, e assim maximizar a segurança do doente.

2.3.- Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?

Nenhum.

### **3. CONFIDENCIALIDADE E ANONIMATO**

Ao longo do desenvolvimento da investigação/trabalho e para apresentação de resultados estão garantidos a confidencialidade e o anonimato?

SIM

NÃO

### **4. CONSENTIMENTO**

4.1.- Está prevista a obtenção do Consentimento Informado Livre e Esclarecido?

SIM

NÃO

Se não, porquê?

Como folha de rosto irá ser facultada uma breve introdução sobre a investigação realizada, qual o objetivo do estudo, o apelo à participação, orientações sobre o preenchimento do questionário e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Como o questionário só irá ser preenchido se o enfermeiro assim o quiser e, irá ser o próprio a submete-lo *online*, assume-se que quem preencheu os questionários aceitou participar no estudo. Assim, não irá ser utilizado um documento escrito para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento.

4.2.- Está contemplada uma informação escrita, para o participante, esclarecedora dos objectivos, riscos e benefícios decorrentes desta

investigação/trabalho, assim como a garantia da sua total liberdade para decidir participar sem prejuízo decorrente da decisão de não participar?

SIM  NÃO

Se não, porquê?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.3.- A investigação/trabalho envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (menores, pessoas com incapacidade temporária ou permanente para decidir)?

NÃO  SIM

Se sim, quais?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.4.- Que razões justificam este envolvimento?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

4.5.- Como pretende obter o consentimento?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

## **5. PROPRIEDADE DOS DADOS**

5.1. - A investigação/trabalho exige a constituição de uma base de dados?

NÃO  SIM

Se sim:

5.1.1. - Quem é responsável pela base de dados e como é controlado o acesso?

Todo o estudo e todas as declarações inerentes ao processo de investigação serão recolhidas pela investigadora e armazenadas informaticamente em computador próprio, com *password* de acesso exclusivo, sendo fornecidas quando solicitados pela orientadora.

A divulgação dos resultados obtidos poderão ser apresentados e eventos científicos ou publicações, respeitando sempre o anonimato dos participantes e da instituição de acolhimento.

5.1.2. - Como é garantida a anonimização dos dados?

A cada participante será atribuído um código e os dados colhidos serão tratados sem nunca fazer referência ao participante em estudo.

5.1.3. - Qual o prazo de conservação dos dados ou, caso não seja possível referi-lo neste momento, quais os critérios usados para definir esse prazo?

O prazo de conservação dos dados será até à conclusão do estudo de investigação.

5.2. - Está prevista a transferência de dados pessoais para países terceiros ou organizações internacionais?

NÃO  SIM

Se sim, como está garantido o nível de proteção de dados das pessoas singulares de acordo com a legislação em vigor?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

5.3. - Está prevista a publicação dos resultados da investigação/trabalho?

SIM

NÃO

## **6. ASPETOS FINANCEIROS**

6.1.- A investigação/ trabalho proposto envolve custos acrescidos para o doente?

NÃO  NÃO Aplicável

SIM

Quem suportará os custos?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

6.2.- A investigação/trabalho proposto envolve custos acrescidos para a instituição?

NÃO  SIM

Quem suportará os custos?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

6.3.- Esta investigação/trabalho é financiada?

NÃO  NÃO Aplicável

SIM

Por quem?

Clique ou toque aqui para introduzir texto.

## **7. CONFLITO DE INTERESSES**

SIM

NÃO

## **8. TERMO DE RESPONSABILIDADE**

Eu, abaixo-assinado, Dânia da Silva Dias, na qualidade de Investigador Principal/autor, declaro por minha honra que as informações prestadas neste documento são verdadeiras e que em todo o processo de investigação serão respeitados os direitos humanos e as recomendações constantes nos documentos nacionais e internacionais relativos à investigação. Igualmente assumo entregar relatório final a esta Comissão de Ética, bem como comunicar eventuais intercorrências ou efeitos adversos graves que ocorram no decurso da investigação.

**NOTA:** Quando aplicável anexar obrigatoriamente exemplar do Consentimento Informado e do(s) instrumento(s) de colheita de dados.

Santa Maria da Feira, 07 de Novembro de 2022

---

Dânia da Silva Dias

## **ANEXO VI: Parecer Positivo da Comissão de Ética**





SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE



Centro Hospitalar de Entre o Douro e Vouga  
Reunião do Conselho de Administração  
15/12/2022

Exmo. Senhor  
Presidente do Conselho de Administração,

*Deliberado autorizar.*

**ASSUNTO:** Pedido de autorização para a realização de trabalho de investigação

Registo CES N.º 68\_2022

Santa Maria da Feira, 15 de dezembro de 2022

**Designação do trabalho de Investigação**

Perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre notificação de incidentes e eventos adversos.

**Proponente(s)**

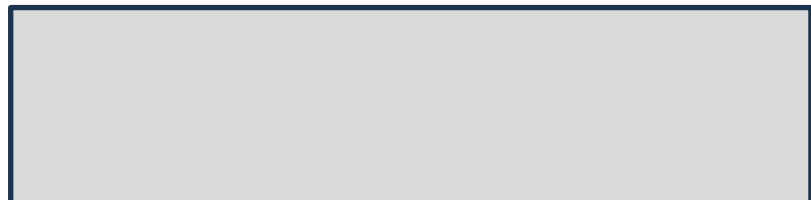
Enf.ª Dânia da Silva Dias - dania\_dias@hotmail.com

**Parecer da Comissão de Ética**

Favorável.

Ramete-se para apreciação do Conselho de Administração, o trabalho de investigação identificado em epígrafe.

*Instituição*



3  
22  
Digitalizada com CamScanner



## APÊNDICES

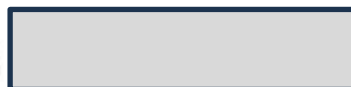
---



**APÊNDICE I - Instrução de Trabalho - Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”**

---





		N.º / Revisão – xxx.x	
		Página 1 de 3	
Tipo de documento: Instrução de Trabalho		Data – 15/02/2023	
Nome: Consumíveis / Dispositivos Médicos e Equipamentos para Penso por Pressão Negativa			
Palavras-chave	Incidente	Eventos Adversos	Registo
			Cultura de Segurança
Elaborado em	15/02/2023	Aprovado em	___/___/___
		Doc. Revogados	___/___/___
Dânia Dias			

## 1 Âmbito

No contexto desta instrução de trabalho, estão compreendidos os incidentes e/ou eventos adversos que resultem do funcionamento regular do serviço do bloco operatório.

Os acidentes de trabalho não se encontram incluídos no âmbito desta instrução.

## 2 Objetivos

- Garantir a notificação dos incidentes e/ou eventos adversos feita através do registo na plataforma institucional;
- Definir os princípios e orientações subjacentes ao registo e gestão de incidentes e eventos adversos.
- Fomentar a Cultura de Segurança e a melhoria contínua do serviço.

## 3 Referências

Diário da República. Despacho nº 9390/2021 de 24 de Setembro (2021). *Plano nacional para a segurança dos doentes* (PNSD 2021-2026), 2ª Série, 96-103. Lisboa, Portugal.

<https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

## 4 Definições

- **Incidente:** Uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso).
- **Erro:** Falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução.
- **Evento Adverso:** É todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente.
- **Sistema de Notificação de Eventos Adversos:** (...) medida preventiva do erro na prestação direta de cuidados, pois permite melhor compreender o tipo de erros e as suas causas, divulgar informação sobre o erro e seus efeitos adversos e fomentar a segurança dos doentes.

## 5 Responsabilidades

Conforme definidas no ponto 6, na descrição do procedimento.

## 6 Descrição

A comunicação de incidentes e/ou eventos adversos é um registo voluntário que pode ser efetuado mediante o acesso à plataforma institucional.



**6.1 – Acesso à plataforma:** O acesso à plataforma institucional pode ser feito a partir de qualquer computador do serviço, acedendo à página da *Intranet* e no menu “*LINKS ÚTÉIS*” selecionar “Registo de Incidentes”.

**6.2 – Registo na plataforma:** O registo de incidentes e/ou eventos adversos pode ser realizado de forma anónima ou não anónima, consoante a opção de cada profissional.

**6.2.1 – Registo Anónimo:** Para proceder a um registo de forma anónima, o profissional deve aceder à plataforma institucional e selecionar a opção “anónimo”.

**6.2.2 – Registo não-anónimo –** Para proceder a um registo de forma não-anónima, o profissional deve aceder à plataforma institucional e usar as credenciais de acesso institucional.

### **6.3 – Confidencialidade**

**6.3.1 – Dados do profissional que regista o incidente e/ou evento adverso –** Nos registos realizados de forma não-anónima, a identidade do profissional que regista o incidente fica disponível apenas para o Gestor de Risco Clínico e para o Gestor de Risco Não Clínico, única e exclusivamente, para a obtenção de mais informações relativas ao incidente, que permitam uma melhor análise do mesmo.

Todos os restantes elementos que de alguma forma têm acesso à plataforma, quer pelos cargos que ocupam na instituição, quer pelas funções que desempenham no processo de gestão e análise dos incidentes, não têm conhecimento da identidade do profissional que regista o incidente e/ou evento adverso. A disponibilização da identidade do profissional que regista o incidente e/ou evento adverso apenas será fornecida nas situações prevista na legislação em vigor.

**6.3.2 – Dados do lesado –** Os dados do lesado estão disponíveis apenas para os elementos dos Grupos de Análise nomeados para o efeito. Os dados do lesado acompanham a informação relativa ao incidente e/ou evento adverso, informação esta que é enviada aos elementos do Grupo de Análise quando o incidente e/ou evento adverso é registado.

### **6.4 – Gestão dos dados do incidente e/ou evento adverso**

**6.4.1 – Processo de análise do incidente e/ou evento adversos –** A análise do incidente e/ou evento adverso visa a promoção de aprendizagem sobre as causas dos incidentes e/ou eventos adversos e a prevenção da sua recorrência. O objetivo é a identificação das causas-raiz do evento e a atuação sobre essas causas, indo além da mera resolução da manifestação do problema. Portanto, a análise dos incidentes e/ou eventos adversos é feita na perspetiva de “o que é que correu mal” e não “quem é que errou”.

O processo de análise dos incidentes e/ou eventos adversos é conduzido pelo Grupo de Análise definido para cada incidente específico. Este grupo é constituído por elementos nomeados pelo Conselho de Administração e que são os responsáveis por toda a coordenação, análise e fecho do incidente e/ou evento adverso.

Cada Grupo de Análise tem a figura do Gestor que coordena o trabalho que é necessário ser realizado para resolver e prevenir ocorrências futuras. O foco da análise será dado ao processo, estruturas e recursos envolvidos por forma a identificar os fatores e as causas que facilitaram a ocorrência do incidente e/ou evento adverso.

**6.4.2 – Consulta do estado do incidente e/ou evento adverso –** A consulta do estado do incidente e/ou evento adverso pode ser feita pelos elementos do Grupo de Análise ou pelo profissional que efetuou o registo.



O acesso ao estado da análise do incidente e/ou evento adverso é feito através da plataforma institucional, na opção "Lista de Incidentes".

Para a consulta de incidentes e/ou eventos adversos registados de forma anónima é necessário que o profissional aceda à plataforma institucional de forma anónima e ao entrar na "Lista de Incidentes", deverá usar o número de incidente e o *PIN*, fornecidos no momento do registo do incidente e/ou evento adverso.

#### **7 Destinatários**

Todos os profissionais do serviço do bloco operatório.



**APÊNDICE II - Check-List de Controlo de  
Consumíveis/Dispositivos Médicos e Equipamentos para  
Pensos por Pressão Negativa**

---





BLOCO OPERATÓRIO, HOSPITAL [ ] 09 MARÇO 2023

**CHECK-LIST: Consumíveis / Dispositivos Médicos e Equipamentos para Pensos por Pressão Negativa:**

<b>Responsabilidade e Execução:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificação diária do stock pelo Enfermeiro de CG – Equipa de Urgência;</li> <li>• Elaboração do pedido de Consumíveis / Dispositivos médicos pelo Enfermeiro responsável pela realização do penso na pessoa submetida a cirurgia;</li> <li>• Entrega de pedido e levantamento de recursos é realizada pela Assistente. Op. dos "Limpos";</li> </ul>
-------------------------------------	---

Descrição	Referência	Código	N.º
Máquina Renasys Touch + carregador + suporte de máquina	66801280	?	1
Reservatório 300 cc	66801273	?	1
Reservatório 800 cc	66801274	?	1
Kit Espuma Abdominal	66800980	23002508	1
Kit Espuma Grande (25*15*3cm)	66800796	230025067	2
Kit Espuma Médio (20*12,5*3cm)	66800795	230025065	2
Kit Porta	66800799	?	1
Conetor em Y	66800971	230025079	1
Penso Pico 15*15cm	66802005	230025064	1
Penso Pico 15*20cm	66802006	230025066	1
Penso Pico 10*30cm	66802003	230025068	1

**Procedimento:**

A reposição do stock existente e dispositivo consumido é realizada através do registo individual, em folha própria, com referência obrigatória a:

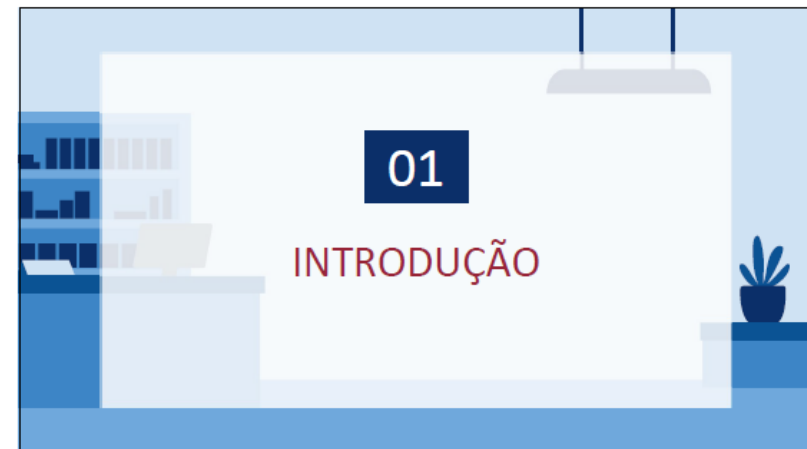
- Identificação da pessoa submetida a cirurgia (colante ou nº de urgência);
- Identificação da máquina, com registo da referência e nº de série (aquando da primeira colocação do penso de pressão negativa);
- Registo de consumíveis utilizados;
- Assinatura do profissional.

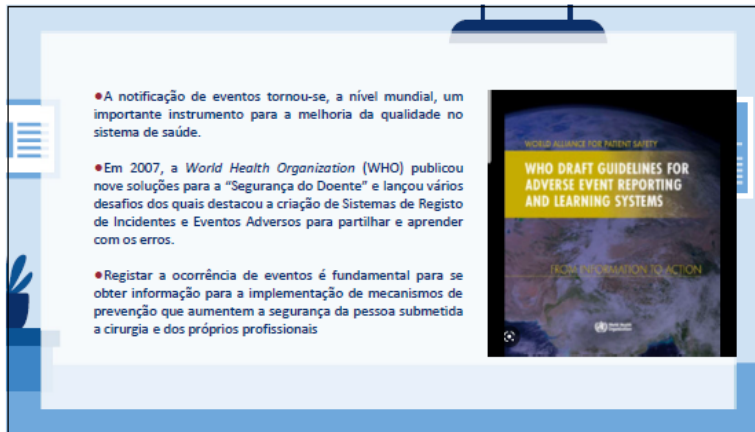


## **APÊNDICE III -Formação – “Registo de Incidentes e Eventos Adversos”**

---



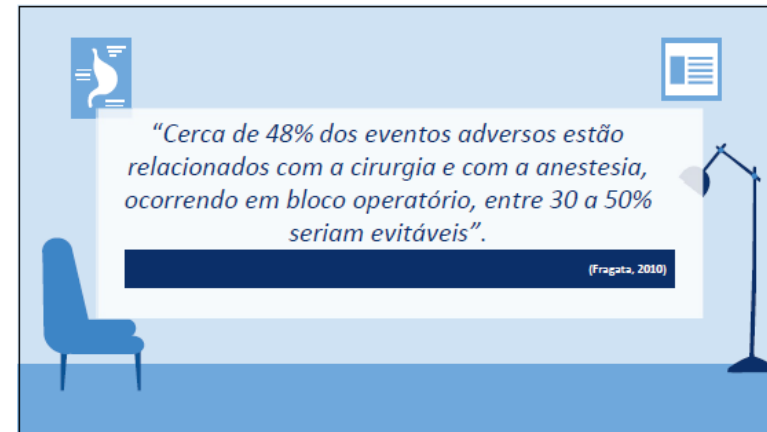





• A notificação de eventos tornou-se, a nível mundial, um importante instrumento para a melhoria da qualidade no sistema de saúde.

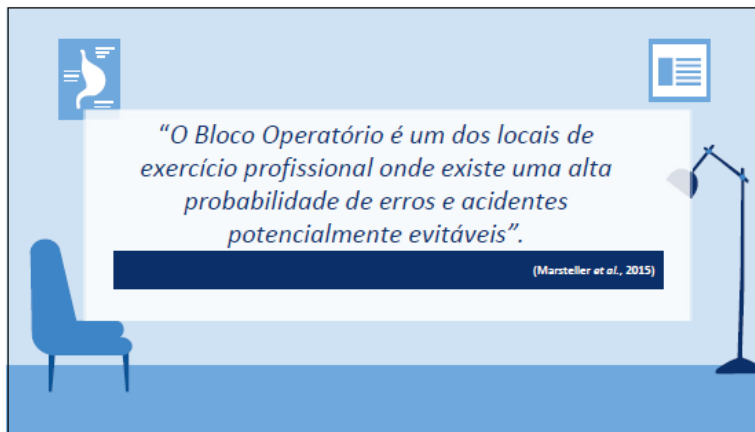
• Em 2007, a *World Health Organization* (WHO) publicou nove soluções para a "Segurança do Doente" e lançou vários desafios dos quais destacou a criação de Sistemas de Registo de Incidentes e Eventos Adversos para partilhar e aprender com os erros.

• Registrar a ocorrência de eventos é fundamental para se obter informação para a implementação de mecanismos de prevenção que aumentem a segurança da pessoa submetida a cirurgia e dos próprios profissionais



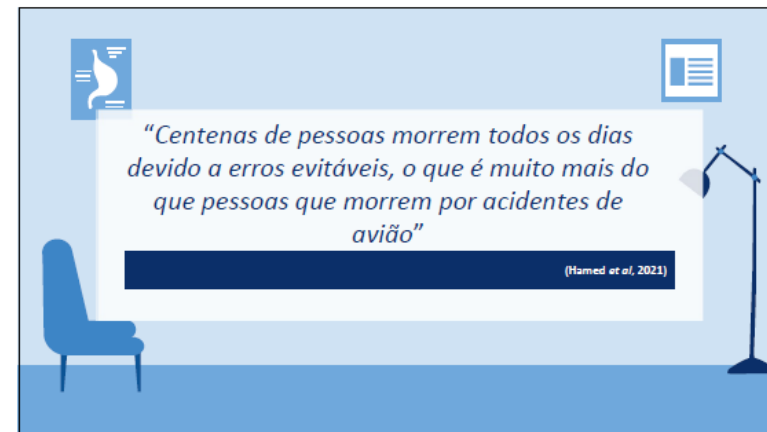
*"Cerca de 48% dos eventos adversos estão relacionados com a cirurgia e com a anestesia, ocorrendo em bloco operatório, entre 30 a 50% seriam evitáveis".*

(Fragata, 2010)



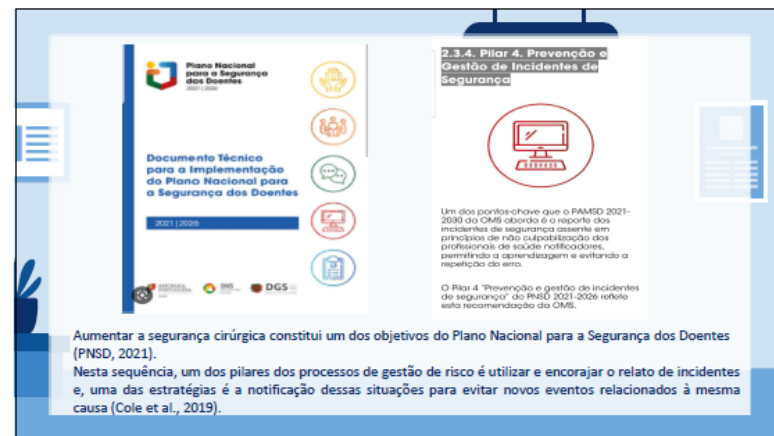
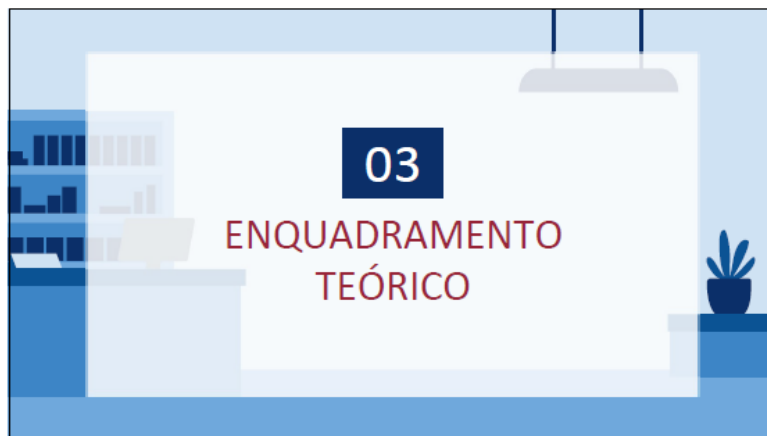
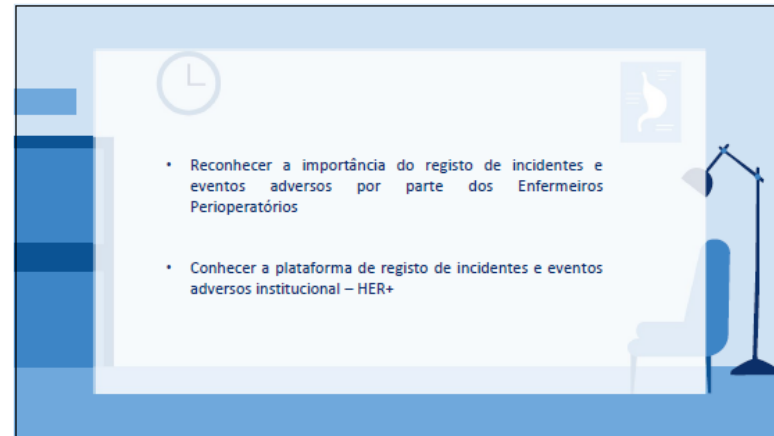
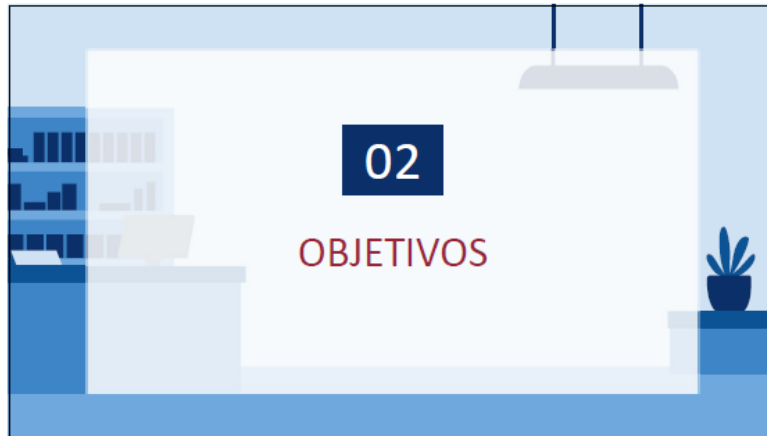
*"O Bloco Operatório é um dos locais de exercício profissional onde existe uma alta probabilidade de erros e acidentes potencialmente evitáveis".*

(Marsteller et al., 2015)



*"Centenas de pessoas morrem todos os dias devido a erros evitáveis, o que é muito mais do que pessoas que morrem por acidentes de avião"*


(Hamed et al., 2021)



## PORQUÊ NOTIFICAR?

- Identificar falhas no sistema;
- Prevenir erros e danos;
- Criar uma base de dados para avaliação de riscos;
- Intervir de forma educativa e preventiva em processos organizacionais, estruturais e funcionais;
- Tornar o ambiente seguro;
- Melhorar a qualidade da assistência prestada.

(Borrasca, 2018)



O propósito fundamental de um sistema de notificação é aprender com a experiência.

Sem conhecer os tipos de incidentes e eventos adversos que ocorrem, não é possível implementar medidas de prevenção!

**FOCO EM PROCESSOS E NÃO EM PESSOAS**

(Borrasca, 2018)

## CONCEITOS

Incidente	É um acontecimento ou uma ocorrência que provocando danos materiais não tem efeitos adversos humanos.
Evento Adverso	Efeito não desejado que resulta da intervenção de cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente. Resulta em dano para o doente.
Quase-Evento (Near Miss)	Qualquer situação ou evento que poderia ter terminado em acidente.
Erro	Falha na concretização de uma ação conforme planeada ou ainda a utilização de um plano de ação incorreto, para atingir um determinado objetivo.
Risco Clínico	Risco que está relacionado com o diagnóstico, tratamento e seguimento do doente.
Risco Não Clínico	Risco relacionado com toda a envolvente do doente, como seja a estrutura física, os profissionais de saúde, o ambiente, ...

(Estrutura Conceptual de Classificação Internacional sobre Segurança do Doente – DGS, 2011)

## O QUE PODEMOS NOTIFICAR (Evento Sentinela)



Cirurgia Errada



Morte não esperada de Mãe e Recém-Nascido saudáveis



Morte não esperada



Retenção de corpos estranhos



Suicídio do Doente

### O QUE PODEMOS NOTIFICAR (Risco Clínico)



A whiteboard with a blue border and a light blue background. It features six icons in a 2x3 grid, each with a corresponding text label below it. The icons are: a magnifying glass over a person, a clipboard with a checklist, a hand holding a document, a gear with a virus, a person with a pulse line, and a hand holding a syringe.

- Gestão do Percurso do Doente (Administração Clínica)
- Processo/Procedimento Clínico
- Documentação
- Infeção Associada aos Cuidados de Saúde
- Medicação/Fluidos Intravenosos
- Sangue e Derivados

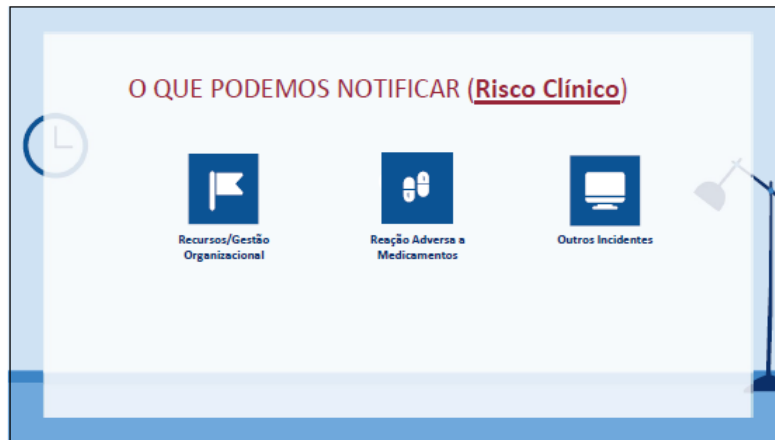
### O QUE PODEMOS NOTIFICAR (Risco Clínico)



A whiteboard with a blue border and a light blue background. It features six icons in a 2x3 grid, each with a corresponding text label below it. The icons are: an apple, a lightbulb, a medical cross, a person, a person with a truck, and a building.

- Alimentação e Dieta
- Gases Medicinais
- Dispositivos/Equipamento Médico
- Comportamento
- Acidente do Doente
- Infraestruturas/Edifício/Instalações

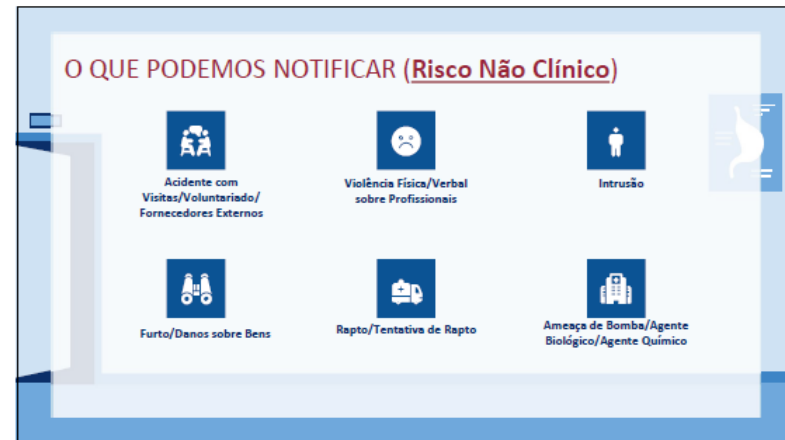
### O QUE PODEMOS NOTIFICAR (Risco Clínico)



A whiteboard with a blue border and a light blue background. It features three icons in a single row, each with a corresponding text label below it. The icons are: a flag, two pills, and a computer monitor. There is also a clock icon on the left and a desk lamp on the right.

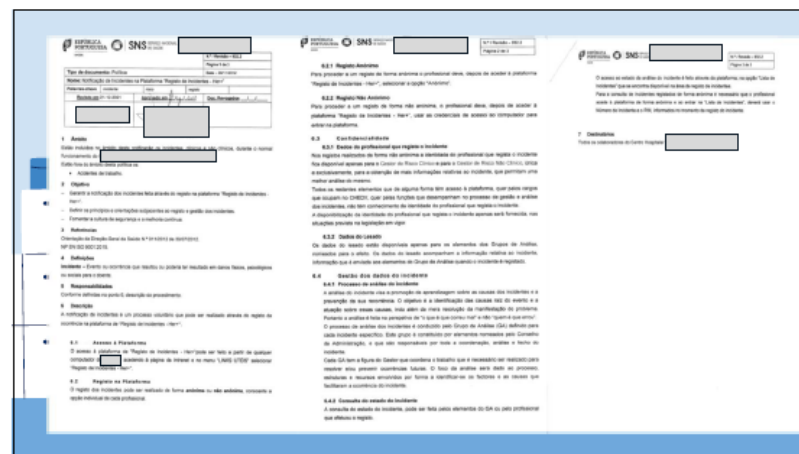
- Recursos/Gestão Organizacional
- Reação Adversa a Medicamentos
- Outros Incidentes

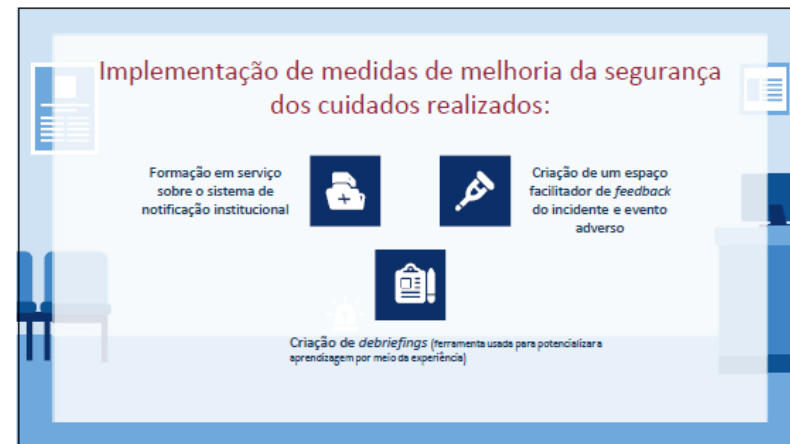
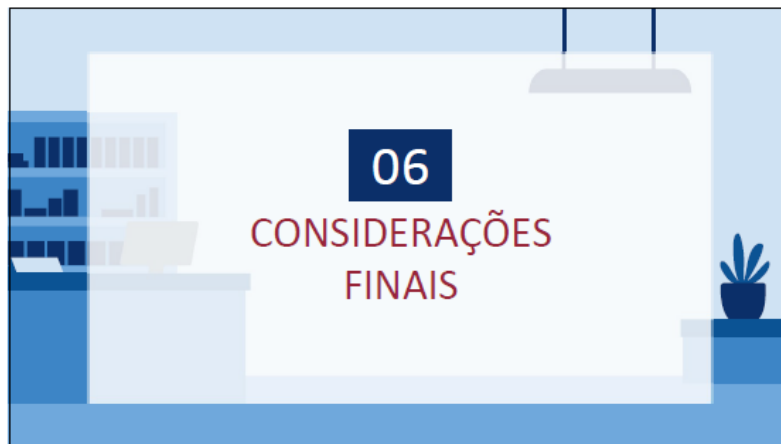
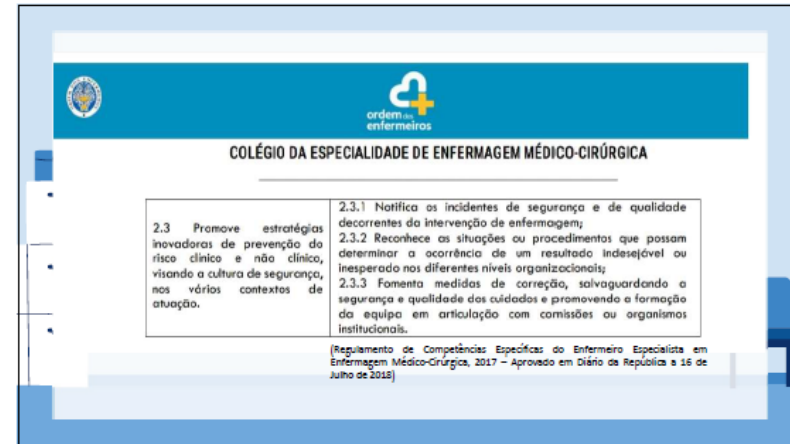
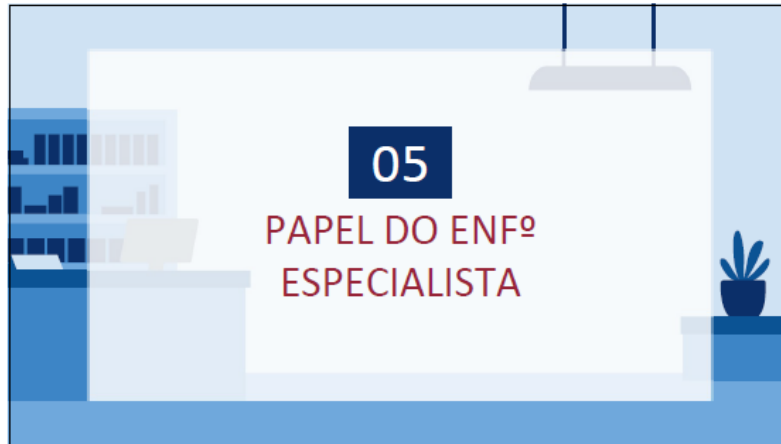
### O QUE PODEMOS NOTIFICAR (Risco Não Clínico)

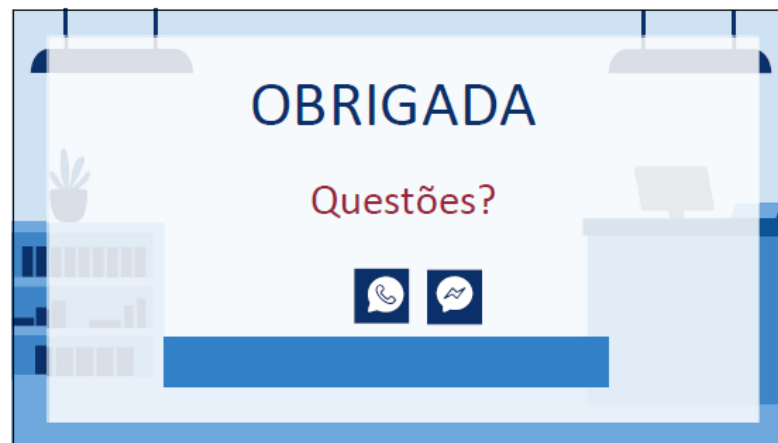
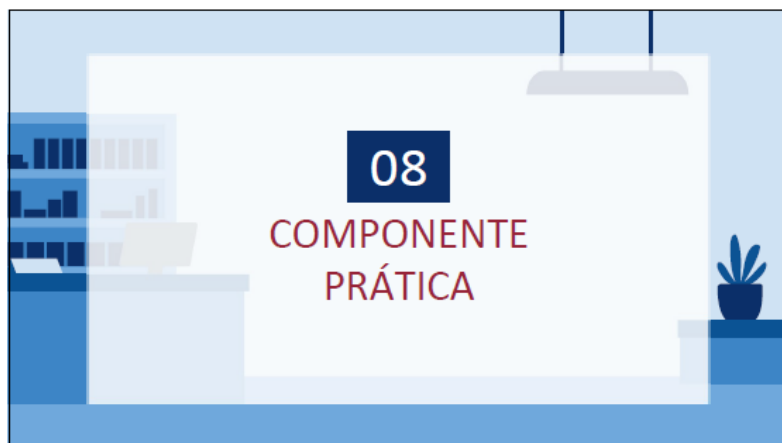
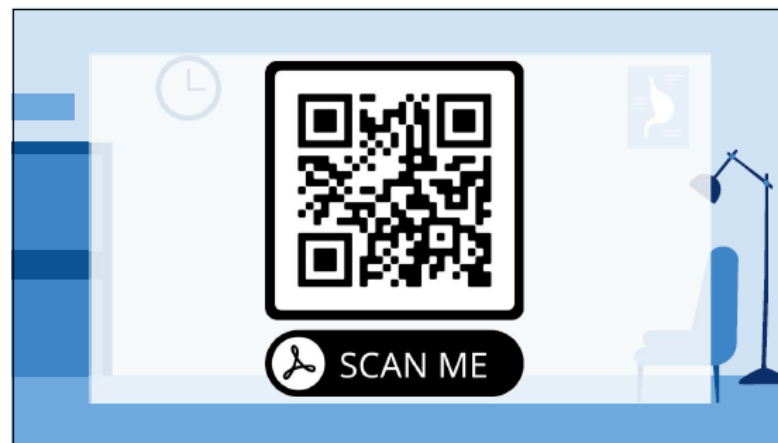
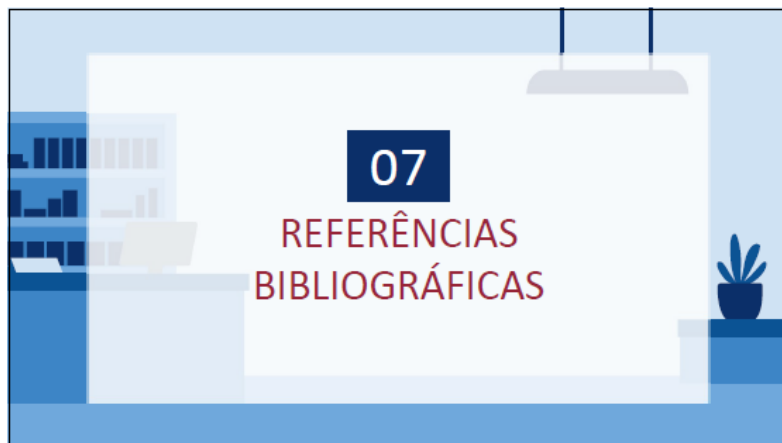


A whiteboard with a blue border and a light blue background. It features six icons in a 2x3 grid, each with a corresponding text label below it. The icons are: a person with a truck, a person with a speech bubble, a person, a person with a truck, a person with a truck, and a person with a truck.

- Acidente com Visitas/Voluntariado/Fornecedores Externos
- Violência Física/Verbal sobre Profissionais
- Intrusão
- Furto/Danos sobre Bens
- Rapto/Tentativa de Rapto
- Ameaça de Bomba/Agente Biológico/Agente Químico







**APÊNDICE IV - Formação – “Fumo Cirúrgico – O Inimigo Invisível Dentro do Bloco Operatório”**

---



**Fumo Cirúrgico – O Inimigo Invisível  
Dentro do Bloco Operatório**

André Marques; Dania Dias, Fatima Miranda

**01**  
INTRODUÇÃO

**02**  
OBJETIVOS

**03**  
CONSTITUIÇÃO DO FUMO  
CIRÚRGICO

**04**  
EXPOSIÇÃO AO FUMO CIRURGICO

**05**  
METODOLOGIA

**06**  
RESULTADOS

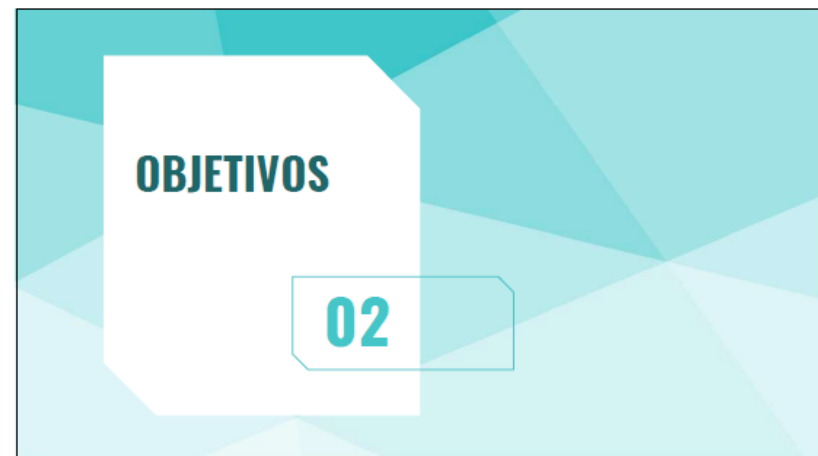
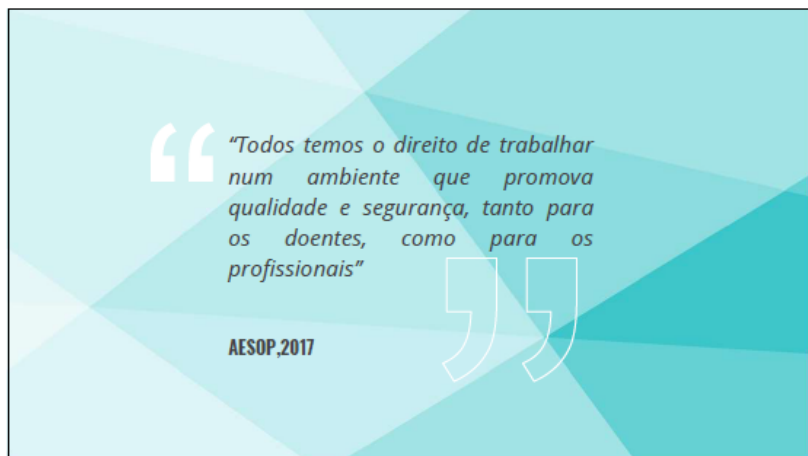
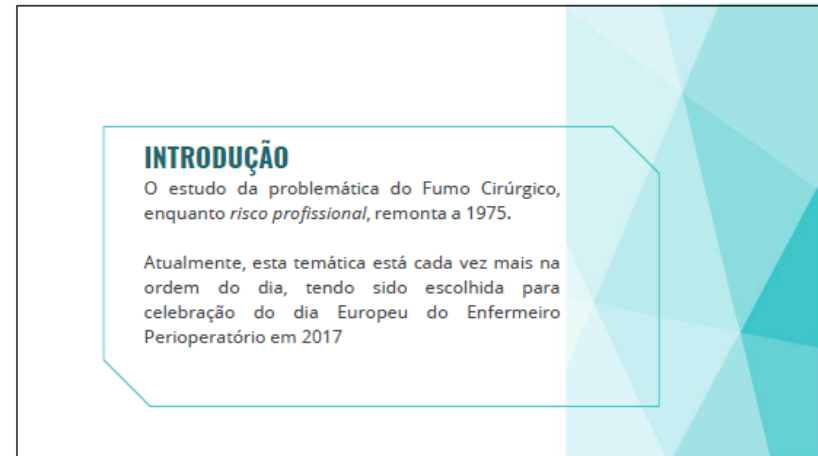
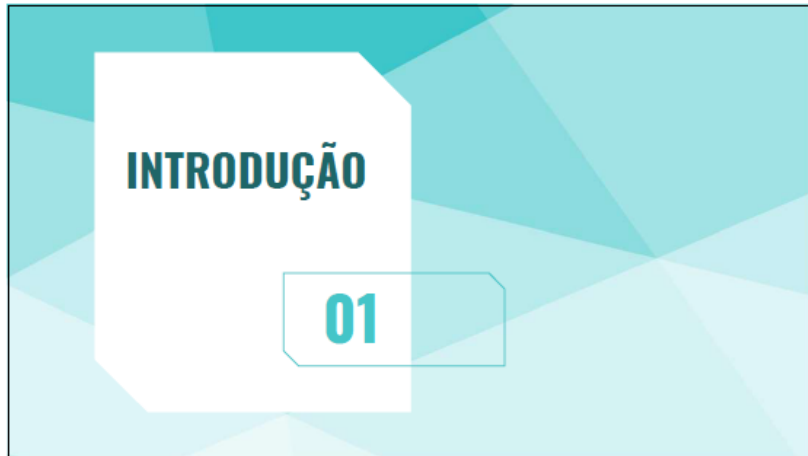
**07**  
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

**08**  
RECURSOS AO NOSSO DISPOR

**09**  
PAPEL DO ENFERMEIRO  
ESPECIALISTA

**10**  
CONCLUSÃO

**11**  
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



### OBJETIVOS

- ANALISAR A EVIDÊNCIA CIENTÍFICA sobre a temática do Fumo Cirúrgico;
- IDENTIFICAR a produção, constituição, efeitos nocivos e estratégias que reduzam o Fumo Cirúrgico
- ALERTAR OS PROFISSIONAIS PERIOPERATÓRIOS para a problemática do risco profissional que representa o Fumo Cirúrgico;
- CONSCIENCIALIZAR PARA A ADOÇÃO DE PRÁTICAS DE SEGURANÇA que promovam a diminuição do Fumo Cirúrgico.

## CONSTITUIÇÃO DO FUMO CIRURGICO

# 03

### CONSTITUIÇÃO DO FUMO CIRURGICO

É resultante da destruição térmica tecidual no processo de corte e coagulação provocada por dispositivos médicos ativos, como o eletrobisturi (monopolar e bipolar), laser, equipamentos ultrassônicos ou equipamentos de alta velocidade como brocas e serras.

(Xie et al., 2021)

### FUMO CIRÚRGICO


Componente	Porcentagem
Artigos de combustão	95%
Vapor de água	5%


(Tan & Russell, 2017)

## EXPOSIÇÃO AO FUMO CIRURGICO

# 04

### EXPOSIÇÃO AO FUMO CIRURGICO

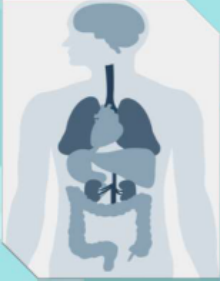
 "A exposição ao Fumo Cirúrgico é um risco profissional inerente à atividade em bloco operatório sendo transversal a toda a equipa multidisciplinar, não existindo forma de medir a exposição individualmente"  
**Ostapovych & Vortman, 2022**

 "Os Enfermeiros Perioperatórios reportam 2 vezes mais incidência de problemas respiratórios comparativamente com a população em geral."  
**Kay Ball, 2010**

### SINTOMAS DA EXPOSIÇÃO AO FUMO CIRURGICO

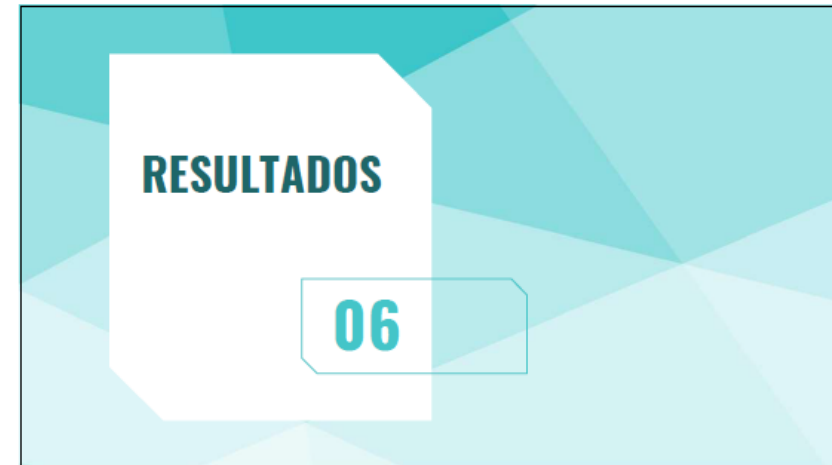
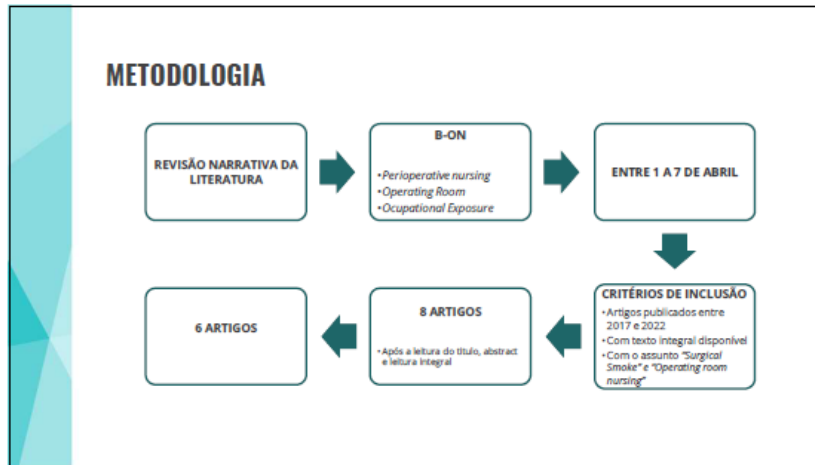
- Irritação ocular
- Cefaleias
- Tonturas
- Náuseas
- Fadiga
- Dermatite
- Cólicas
- Processos inflamatórios agudos e crónicos nas vias respiratórias.

**(Bree et al., 2017)**



## METODOLOGIA

# 05



### RESULTADOS

A adesão dos enfermeiros às medidas de evacuação de FC aumentou de 1% para 30% após aplicação do projeto de melhoria da qualidade. Este, incluiu o desenvolvimento de um protocolo para evacuação do FC que passava pela aquisição de dispositivos, criação de material de suporte e 2 sessões de formação acerca dos perigos da exposição ao FC e a importância da evacuação do mesmo.

**Ostapovych & Vortman, 2022**

É recomendada a criação de uma lei para evacuação de FC em cada estado americano, exigindo que as instituições de saúde implementem políticas e procedimentos para evacuação do FC.

**Vortman & Thorlton, 2021**

### RESULTADOS

A utilização de consumíveis para evacuação do FC subiu de 8% para 39% após a implementação do programa "OPERATION CLEAN AIR". Este assenta na formação dos profissionais e na gestão da aquisição de evacuadores de FC e seus consumíveis. A equipa de implementação realizou auditorias através dos registos realizados em cada cirurgia e observação direta para avaliar a adesão.

**Dobbie et al., 2017**

As medidas eficazes para evitar a exposição ao FC são: utilização de máscaras N95 e utilização de sistemas mecânicos de evacuação de FC, centrais ou portáteis com alta capacidade de filtração.

**Bree et al., 2017**

### RESULTADOS

A exposição ao FC deve ser evitada através da ventilação das salas, utilização de sistemas de evacuação de FC e utilização de EPI incluindo máscaras N95. Para aumentar a adesão dos profissionais deve ser criado um programa de melhoria de qualidade, onde se desenvolvam políticas e procedimentos, programas de formação sobre os riscos de exposição ao FC e como se manuseia e seleciona evacuadores de FC. A adesão às políticas e procedimentos recomendados deve ser avaliada através de observação direta.

**Fenci, 2017**

Para aumentar a adesão às medidas de prevenção de exposição ao FC devem ser realizadas ações de formação sobre os perigos da mesma e as medidas de evacuação do FC. Para o sucesso da implementação verificou-se ser fundamental o apoio dos gestores.

**Tan & Russel, 2017**

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

# 07

### DISCUSSÃO DE RESULTADOS

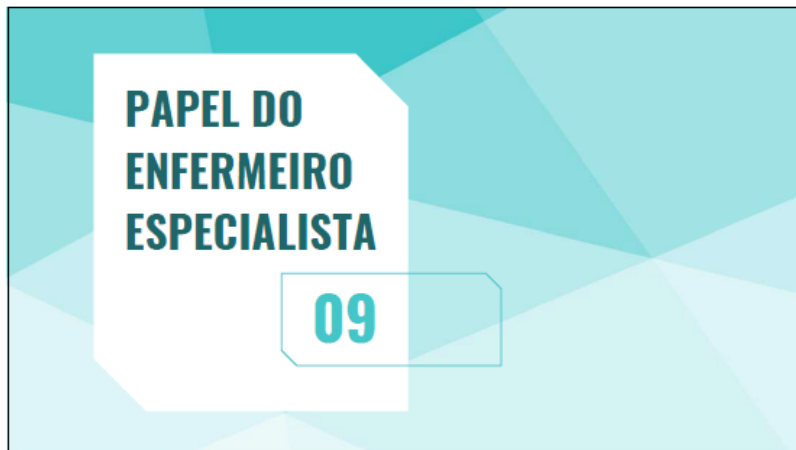
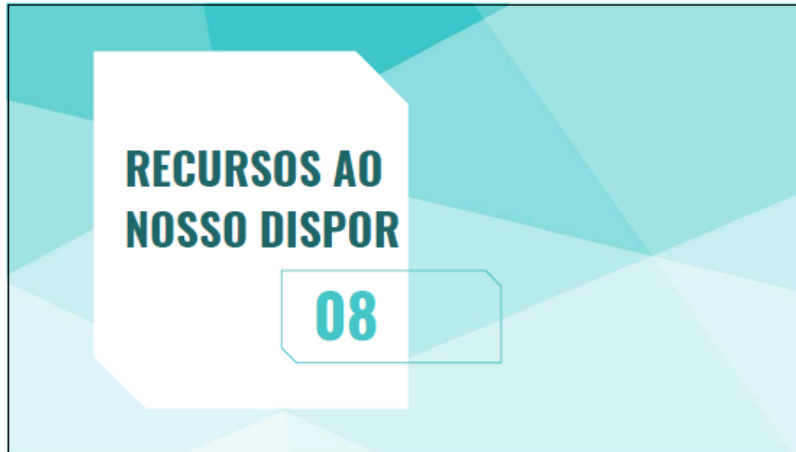
**CUSTOS**  
Envolvimento das chefias

**PREFERÊNCIAS PESSOAIS**  
Elaboração de normas e procedimentos

**FALTA DE CONHECIMENTOS**  
Formação contínua

“A disseminação ambiental das partículas do fumo cirúrgico pode alcançar valores entre 24 e 400 mil partículas por cm<sup>3</sup> nos primeiros 5 minutos após a ativação dos equipamentos de eletrocirurgia, só regressando aos níveis iniciais 20 minutos após terminar a cirurgia, desde que mantidas as recomendações de assepsia e do sistema de renovação de ar.

**AORN, 2012**



## EXPOSIÇÃO AO FUMO CIRURGICO

- ✓ Promove a gestão e o controlo dos equipamentos evacuadores de Fumo Cirúrgico utilizados no Bloco Operatório;
- ✓ Lidera o processo de prevenção e controlo de Infecção associado à exposição do Fumo Cirúrgico e manuseamento de filtros;
- ✓ Promove a saúde e segurança de todos os profissionais;
- ✓ Participa na criação de um programa para um Bloco Operatório Livre de Fumo.

## CONCLUSÃO

10

## CONCLUSÃO

- A exposição ao Fumo Cirúrgico é um risco profissional inerente à atividade em bloco operatório, sendo transversal a toda a equipa multidisciplinar, não existindo forma de medir a exposição individual.
- A evidência científica demonstra cada vez mais o risco que o fumo cirúrgico constitui para os profissionais de saúde, em contexto perioperatório.
- Existe necessidade de sensibilizar as organizações de saúde no que se refere à aquisição de equipamentos de evacuação de fumos.

## CONCLUSÃO

- O risco está identificado e existem estratégias preventivas recomendadas que passam pela elaboração de normas/protocolos para a prevenção dos riscos da exposição ao Fumo Cirúrgico, assim como a formação contínua aos profissionais perioperatórios.





## **APÊNDICE V - Projeto de Investigação**

---





### PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

<b>Título do estudo de investigação</b>	
Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos	
<b>Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe</b>	
Área Científica: Enfermagem Linha de Investigação: L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença	
<b>Investigador</b>	
Nome: Dânia	
Nacionalidade:	
Categoria profissional:	
Email: dania	
Link/código*	
<a href="https://orcid.org/">https://orcid.org/</a>	
<b>Calendarização</b>	
Data prevista de início da fase empírica: 03/10/2022 Data prevista de conclusão: 08/03/2023	
<b>Instituições envolvidas</b>	
Instituição principal: CHEDV - HSS – Bloco Operatório Papel: Instituição de acolhimento onde se aplica o estudo	
<b>Orientador</b>	
Nome: Nelson	
Nacionalidade:	
Categoria profissional:	
Instituição: CHEDV - HSS – Bloco Operatório	
Email: nelson	
Telemóvel: 912345678	
Link/código*	
<a href="https://orcid.org/">https://orcid.org/</a>	





## COMPONENTE CIENTÍFICA

### Resumo

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade atual. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais são evitáveis, é reconhecida internacional e nacionalmente, que traduzem ganhos em saúde e constituem uma grande aposta em saúde. Neste âmbito surgem os sistemas de notificação de incidentes e eventos adversos.

Este estudo tem como objetivo conhecer as barreiras à adesão dos enfermeiros perioperatórios à notificação de incidentes e eventos adversos.

Para atingir o objetivo proposto planeamos um estudo observacional, descritivo e quantitativo. A recolha de dados será efetuada com a realização de um questionário eletrónico aos enfermeiros perioperatórios a exercerem funções no bloco operatório de um hospital da zona norte.

Conhecer a realidade profissional em que estamos inseridos é o primeiro passo para mudar paradigmas e práticas. Assim, este estudo vai contribuir para a análise do estado atual da cultura dos enfermeiros perioperatórios sobre a notificação de incidentes e eventos adversos para que se possa implementar medidas de melhoria dos procedimentos destes profissionais neste âmbito.

Entenda-se que o incidente e o evento adverso é evitado através da prestação de uma assistência segura baseada em evidência e em boas práticas.

**Palavras-chave:** Perioperative Nursing; Patient Safety; Safety Culture; Reporting; Near Miss.

### Revisão da Literatura

Com o avançar da tecnologia em saúde, em geral, e no contexto de perioperatório, em específico, torna-se pertinente falar sobre a segurança do doente. São dois processos que não podem ser desacoplados um do outro.

Estas realidades decorrem da necessidade de se tornar mais seguras as instituições de saúde de onde se executam os cuidados cada vez mais individualizados, diferenciadores e altamente complexos derivados do desenvolvimento científico e tecnológico (Antunes, 2015).

Assim, diretamente ligados com a segurança dos doentes estão os incidentes e os eventos adversos.

Levine *et al.* (2020) afirmam que falar sobre os erros médicos é um comportamento essencial por parte dos prestadores de cuidados e que tem como principal objetivo manter a segurança do doente. Todavia, para identificar estes incidentes, é preciso que alguém os relate e registre, isto é, os notifique.

Os enfermeiros são elementos fundamentais nos hospitais com competências e capacidade de dar resposta a esta necessidade (Levine *et al.*, 2020).

Os profissionais da saúde encaram a ocorrência de incidentes e/ou eventos adversos com vergonha, medo e punição, além que os associa à falta de atenção, desmotivação e treino insuficiente, portanto, quando estes ocorrem há tendência em escondê-los.

Também, quando um incidente ocorre, a principal preocupação está relacionada com a descoberta do culpado, perdendo-se a oportunidade de esmiuçar o que aconteceu e tomar as medidas para prevenir novos eventos (Martins, 2017).



As instituições devem estar sempre em permanente esforço para adotar políticas que transmitam confiança aos seus profissionais e, sobretudo, apoiar os profissionais que notificam. Assim, é necessário aperfeiçoar os sistemas de comunicação voluntária, confidencial e não punitiva, a qual requer um grande empenho dos profissionais mas também deve existir uma maior proteção dos profissionais a nível legal, por parte dessas instituições (Martins, 2017).

Segundo a OMS, a evidência sobre a segurança do doente contribui para o aumento da compreensão das variadas formas em que os cuidados possam ser comprometidos. Assim, para prevenir, e até mesmo evitar os eventos adversos é fulcral conhecê-los e antecipá-los ou então, quando ocorrem, notifica-los, discuti-los, partilhá-los e aprender com eles (Antunes, 2015).

#### Material e Métodos

##### Questão de Investigação:

Quais as barreiras à adesão percebidas pelos enfermeiros perioperatórios à notificação de incidentes e eventos adversos, num hospital da zona norte?

##### Tipo de estudo:

Estudo observacional, descritivo e quantitativo.

##### Participantes:

Serão convidados a participar neste estudo todos os enfermeiros em exercício de funções no bloco operatório central de um hospital da zona norte. Serão excluídos todos os enfermeiros em exercício de funções há menos de um ano por se considerar não possuírem a experiência neste contexto clínico específico indispensável.

##### Amostra e técnica de amostragem:

Amostra não probabilística por conveniência (por facilidade de acesso por parte da investigadora).

##### Instrumento de recolha de dados:

Para a recolha de dados será utilizado o instrumento de autopreenchimento que foi elaborado e aplicado pela Doutora Paula Bruno no seu estudo intitulado " *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*" publicado em 2010 e ainda se encontra adequado à questão de investigação delineada.

Foi obtida a autorização da autora para a sua adaptação e aplicação (ANEXO I).

O instrumento é composto por duas partes: na primeira apresentam-se os conceitos a que se refere o estudo e solicitam-se os dados para a caracterização sociodemográfica (sexo, idade, habilitações académicas, tempo de experiência profissional, tempo de experiência profissional em bloco operatório e se possui pós-licenciatura em Enfermagem) e na segunda parte apresentam-se um conjunto de questões de resposta fechada.

A primeira questão é sobre o conhecimento do programa de acreditação em vigor no hospital dos inquiridos e as duas questões seguintes referem-se à existência de sistema de notificação na instituição dos participantes.





Segue-se uma questão de cinco alíneas sobre a frequência da notificação com uma escala de resposta do tipo Likert (nunca, raramente, por vezes, a maioria das vezes e sempre), de seguida uma questão sobre a notificação nos últimos 12 meses e a questão seguinte é sobre um conjunto de 25 incidentes e/ou eventos adversos para caracterização dos ocorridos e/ou notificados no serviço.

De seguida, uma questão do tipo Likert (discordo totalmente, discordo, não concordo nem discordo, concordo e concordo totalmente) com 13 alíneas para saber os motivos sobre a falta de registo de incidentes e/ou eventos adversos.

A pergunta seguinte diz respeito à legislação e questiona a opinião dos inquiridos num conjunto de 25 incidentes e/ou eventos adversos.

A penúltima questão é sobre a obrigatoriedade ou não do sistema de notificação de incidentes e/ou eventos adversos e, por fim, a última questão é sobre o grau de segurança do serviço dos inquiridos (ANEXO II).

Para este questionário, foram excluídas três perguntas, nomeadamente, a que questionava a classe profissional (médico/enfermeiro), pois este estudo é só direcionado aos enfermeiros perioperatórios, foi também excluída a questão que se referia à criação de um sistema a nível nacional de registo e notificação de incidentes e/ou eventos adversos e a questão sobre se esse sistema deveria ser anónimo, pois à data esse sistema ainda não existia mas atualmente já está em vigor. O questionário foi atualizado no que concerne ao sistema de notificação, isto é, onde a autora colocou a opção "registou por escrito", optou-se por colocar "notificou" pois o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos institucional é eletrónico.

#### Recolha de dados:

O instrumento será disponibilizado aos enfermeiros do serviço, num formato online, de 13/03/2023 a 27/03/2023.

#### Tratamento dos dados:

Depois da recolha dos dados, estes irão ser analisados, organizados e tratados através da análise estatística com o *Software Statistical Package for the Social Science* (SPSS). Com os resultados obtidos espera-se implementar medidas de melhoria da segurança dos cuidados realizados, nomeadamente, aumento do conhecimento sobre o sistema de notificação através da formação em serviço sobre esta temática, criação de um espaço facilitador de *feedback* do incidente e evento adverso e criação de um momento que permita a realização de *debriefings*.

#### Considerações éticas

A investigação é importante para o avanço do conhecimento técnico e científico, no entanto, é essencial a salvaguarda do respeito pelos direitos fundamentais das pessoas, quando esta é efetuada em seres humanos.

Nestes direitos está a noção de consentimento informado, que deve ser livre e esclarecido, fulcral em qualquer investigação.

Para a realização deste estudo, irá ser utilizado um questionário *online* a cada participante. Irá ser facultada uma breve introdução sobre a investigação realizada, qual o objetivo do estudo, o apelo à participação, orientações sobre o preenchimento do questionário e a garantia de confidencialidade e anonimato dos dados obtidos. Como o questionário só irá ser preenchido se o enfermeiro assim o quiser e, irá ser o





próprio a submete-lo *online*, assume-se que quem preencheu o questionário aceitou participar no estudo. Assim, não irá ser utilizado um documento escrito para informação aos participantes e obtenção do seu consentimento. A cada participante será atribuído um código e os dados colhidos serão tratados sem nunca fazer referência ao participante em estudo. Foi realizado um pedido de autorização formal à Comissão de Ética do referido hospital através do preenchimento de um requerimento onde explica o objetivo, materiais e métodos, resultados esperados e potenciais implicações para a prática, garantindo o anonimato dos participantes e a confidencialidade, onde se obteve o parecer positivo (ANEXO III).

#### Referências bibliográficas

- Antunes, N. (2015). *Notificação de Incidentes e Segurança do doente: Perceção dos Enfermeiros*. Instituto Politécnico de Viseu – Escola Superior de Saúde de Viseu
- Bruno, P. (2010). *Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações Jurídicas da Implementação em Portugal*. Coimbra Editora. ISBN – 978 9723218817
- Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. *Plano Nacional para a Segurança Dos Doentes 2015-2020*. Diário da República, 2ª série, nº 28, pp. 4-9. Disponível em <https://dre.pt/application/file/66457154>
- Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde. *Plano Nacional para a Segurança Dos Doentes 2021-2026*. Diário da República, 2ª série, nº 187, pp. 96-103. Disponível em <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
- Direção Geral da Saúde (2011). *Classificação Nacional sobre a Segurança do Doente*. Disponível em <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Estrutura%20Conceitual%20da%20Classifica%C3%A7%C3%A3o%20Int%20Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente.pdf>
- Levine, K.J., Carmody, M., & Silk, K.J. (2020). *The influence of organizational culture, climate and commitment on speaking up about medical errors*. *Journal of Nursing Management*
- Martins, L. (2017). *Adesão à notificação pelos enfermeiros dos serviços de internamento e unidades de cuidados intensivos de um hospital central*. Instituto Politécnico de Lisboa – Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa
- Sousa, P., Uva, A.S., & Serranheira, F. (2010). *Investigação e inovação em segurança do doente*. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*
- World Health Organization (2005). *World alliance for patient safety: WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: from information to*





action. Disponível em <file:///C:/Users/Utilizador/Dropbox/PC/Downloads/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf>

- World Health Organization (2009). *Conceptual Framework for the International Classification for Patient Safety*. Disponível em [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO\\_IER\\_PSP\\_2010\\_2\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010_2_eng.pdf)
- World Health Organization (2021). *Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care*. ISBN - 9789240032705

#### Financiamento e apoios previstos

Não existe qualquer custo de financiamento para a Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, nem para os participantes do estudo. Os custos inerentes a realização do mesmo, nomeadamente dos investigadores para a Instituição de acolhimento, serão suportados pelos investigadores.

#### Previsão de disseminação científica

Está prevista a divulgação deste estudo num evento científico, através de uma comunicação oral/póster.

#### Autorização para tratamento, utilização e divulgação de dados

Autorizo o tratamento, a utilização e a divulgação dos dados constantes neste documento para efeitos de introdução na base de dados da UID, divulgação dos Estudos de Investigação da UID e divulgação da produção científica dos autores deste Projeto de Estudo de Investigação.

Assinatura do investigador responsável: Dânia da Silva Dias

Data 11/01 /2023





# ANEXO I





**DECLARAÇÃO**

Para os devidos efeitos, declaro que sou o investigador **Dânia da Silva Dias**, na estudo que se encontra a realizar com o título "Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos", no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a utilizar o questionário que elaborarei e apliquei na investigação realizada no âmbito do Curso de Especialização em Administração Hospitalar (2007-2009), que se encontra publicado sob o título Registo de Incidentes e Eventos Adversos: Implicações jurídicas da implementação em Portugal, na Walters, Kluwer Portugal, Coimbra Editora.

**Paula Bruno**

Lisboa 11 de Novembro de 2021.





# ANEXO II





## Questionário aos Enfermeiros

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade atual. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais são evitáveis, é reconhecida internacional e nacionalmente e traduzem ganhos em saúde.

Pela atualidade e importância que tem sido atribuída ao registo de incidentes e eventos adversos, pretendemos abordar os aspetos relacionados com as barreiras à sua notificação.

Com a sua participação irá contribuir para um estudo sobre *“Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”*, desenvolvido pela enfermeira Dânia Dias, no âmbito do Mestrado em Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração, lembramos que a autenticidade das suas respostas vão depender os resultados finais deste trabalho.

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade.

Para melhor compreensão e preenchimento deste questionário, consideramos as seguintes definições:

- **Incidente:** *“uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso)”*.
- **Erro:** *“falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução”*.
- **Evento Adverso:** *“É todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente”*.
- **Sistema de Notificação de Eventos Adversos:** *“(…) medida preventiva do erro na prestação direta de cuidados, pois permite melhor compreender o tipo de erros e as suas causas, divulgar informação sobre o erro e seus efeitos adversos e fomentar a segurança dos doentes”*.





**I – DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS**

**1. Sexo**

Feminino

Masculino

**2. Idade**

\_\_\_\_\_ Anos

**3. Habilitações Académicas**

Bacharelato	
Licenciatura	
Mestrado	
Doutoramento	

**4. Tempo de Experiência Profissional**

\_\_\_\_\_ (Anos completos)

**5. Tempo de Experiência Profissional no Bloco Operatório**

\_\_\_\_\_ (Anos completos)

**6. Tem alguma Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros? Se Sim, indique qual.**

Não	
Enfermagem Médico-Cirúrgica	
Enfermagem Comunitária	
Enfermagem de Saúde Comunitária e Saúde Pública	
Enfermagem de Reabilitação	
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica	
Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica	
Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica	
Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa	





Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica	
Outra	

**II – OPINIÃO DOS INQUIRIDOS**

7.

	Sim	Não	Não Sei
O hospital onde trabalha participa em programas de Acreditação (JointComission / HealthQuality Service)			

8.

	Sim	Não	Não Sei
No hospital está implementado um sistema de notificação de incidentes e eventos adversos?			

9.

	Sim	Não	Não Sei
Concorda com o sistema de notificação de incidentes e eventos adversos do hospital?			

10. Para cada questão, assinale com um X a sua resposta conforme a escala:

	1. Nunca	2. Raramente	3. Por vezes	4. A maioria das vezes	5. Sempre
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, mas é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, mas não tem perigo potencial para o doente, com que frequência é notificado?					
Quando ocorre um incidente e/ou evento adverso, que poderia causar dano ao					





doente mas isso não acontece, com que frequência é notificado?					
Quando o incidente e/ou evento adverso provoca dano moderado, com que frequência é notificado?					
Quando o dano é trágico (morte, incapacidade), com que frequência é notificado?					

**11.**

Nos últimos 12 meses, quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes e eventos adversos? (Escolha apenas UMA resposta)	
Nenhuma	
1 a 2 incidentes/eventos adversos	
3 a 5 incidentes/eventos adversos	
6 a 10 incidentes/eventos adversos	
11 a 20 incidentes/eventos adversos	
21 ou mais incidentes/eventos adversos	

**12.**

Dos incidentes e eventos adversos que a seguir se discriminam, identifique aqueles que já aconteceram no seu local de trabalho. Diga também se os notificou	Já aconteceu	Notifiquei
1. Quedas dos doentes		
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/alimentos		
4. Falta de material clínico e medicamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente		
8. Falta do processo do doente		
9. Erro da identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		





12. Transmissão da informação médica errada		
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)		
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível		
16. Erro na interpretação de um exame		
17. Troca de relatório do exame		
18. Infecções associadas aos cuidados de saúde		
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia		
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
22. Erro do local a operar		
23. Erro relacionado com a anestesia		
24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada		

13.

Não registo os incidentes e eventos adversos porque?	1. Discordo totalmente	2. Discordo	3. Não concordo nem discordo	4. Concordo	5. Concordo totalmente
Tenho receio de processo disciplinar					
Quando há muito trabalho esqueço de registar					
Tenho receio de um processo judicial					
Os meus colegas não apoiam o registo					
Não quero que o caso seja discutido em reunião					
Não sei quais os incidentes que têm de ser registados					
As circunstâncias ou a evolução do caso frequentemente tornam desnecessário o registo					





Desde que se aprenda com o incidente, não é necessário discuti-lo mais					
O registo contribui pouco para a qualidade dos cuidados					
Os profissionais mais novos são muitas vezes culpabilizados injustamente pelos incidentes/eventos adversos					
Receio de afetar a minha credibilidade					
Receio de afetar a credibilidade da instituição					

14.

Se existisse legislação que garantisse a confidencialidade da informação (proibição expressa de ser revelada e usada como meio de prova contra si em processo judicial ou disciplinar) registaria esse incidente/evento adverso?	Sim	Não
1. Quedas dos doentes		
2. Avaria ou defeito de material/dispositivos médicos		
3. Falta de material/roupa/alimentos		
4. Falta de material clínico e medicamentos		
5. Disfunções do sistema informático		
6. Desaparecimento de valores/objetos pessoais do doente		
7. Conflitos com o doente		
8. Falta do processo do doente		
9. Erro da identificação do doente		
10. Erro na avaliação do estado de saúde do doente		
11. Esquecimento de exame, análise ou preparação do doente		
12. Transmissão da informação médica errada		
13. Erro de prescrição de produto ou fármaco		
14. Erro na administração de produto ou fármaco (dose/produto/frequência)		
15. Prescrição incorretamente preenchida ou mal legível		
16. Erro na interpretação de um exame		
17. Troca de relatório do exame		
18. Infeções associadas aos cuidados de saúde		
19. Contagem incorreta de compressas numa cirurgia		
20. Lesão de outros órgãos numa cirurgia		
21. Corpo estranho retido pós cirurgia (compressas, pinças)		
22. Erro do local a operar		





23. Erro relacionado com a anestesia		
24. Erro de administração de sangue		
25. Morte inesperada		

15.

	Obrigatório	Voluntário
Na sua opinião, o Sistema de Notificação de Incidentes e/ou Eventos Adversos deve ser:		

16. Por favor atribua ao seu serviço, um grau sobre a segurança do doente (assinale apenas uma resposta)

Excelente	
Muito Boa	
Aceitável	
Fraca	
Muito Fraca	

Muito obrigada pela sua colaboração  
Dânia Dias





# ANEXO III





Exma. Senhora  
Enf.ª Dânia Dias

No seguimento do pedido submetido por V.Exa., para a realização do trabalho de investigação identificado em epígrafe, informa-se que o mesmo foi objeto de apreciação em reunião de 15 de dezembro de 2022, tendo sido proferido o seguinte despacho:

*"Deliberado autorizar."*

Com os melhores cumprimentos,

Miguel Paiva  
Presidente do Conselho de Administr

C:\Users\Utilizador\Dropbox\PC\Do  
shot\_20230111-114004\_Gmail (1).jpg

Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga., E.P.E.  
Rua Cândido de Pinho nº 5  
4520-211 SMFeira





#### DECLARAÇÃO DE COMPROMISSO DE INVESTIGADOR

Eu, Dânia da Silva Dias, titular do cartão de identificação n. 12818420, com a categoria profissional de Enfermagem, comprometo-me a colaborar ativamente nos trabalhos de investigação a realizar no âmbito do Estudo de Investigação denominado “*Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*”, inserido na Linha de Investigação L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP). Comprometo-me ainda a não utilizar os dados recolhidos na investigação sem a autorização do Investigador Responsável, Professor Mestre Néilson Coimbra. Quando autorizado, os resultados do estudo serão publicados fazendo referência a todos os investigadores envolvidos e mencionada a ESSNorteCVP.

Oliveira de Azeméis, 11 de Janeiro de 2023

Dânia Dias





**CHECKLIST PARA SUBMISSÃO  
de Projeto de Estudo de Investigação**

	Sim	Não
Q168-Projeto de estudo de investigação	X	<input type="checkbox"/>
Pedido de autorização às instituições envolvidas (se aplicável)	X	<input type="checkbox"/>
Q188-Declaração de compromisso de investigador	X	<input type="checkbox"/>
Instrumentos de recolha de dados (se aplicável)	X	<input type="checkbox"/>
Q190-Consentimento Informado Livre e Esclarecido (se aplicável)	<input type="checkbox"/>	X
Curriculum dos investigadores (se ainda não consta na UID)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**REGRAS A QUE FICA SUJEITO UM PROJETO DE ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO  
aprovado e inscrito na UID**

O investigador responsável deverá assegurar as seguintes diligências até à conclusão<sup>1</sup> do Estudo de Investigação:

1. Enviar, para a UID, o *Q171-Relatório do Estudo de Investigação* a cada ano completo;
2. Informar, a UID, da produção científica associada ao Estudo de Investigação;
3. Informar, a UID, de alterações que ocorram ao Projeto de Estudo de Investigação após a sua aprovação e inscrição na UID.

<sup>1</sup> Considera-se que o Estudo de Investigação está concluído no momento em que sejam publicados os seus resultados.



## **APÊNDICE VI - Pedido de Autorização ao CA**

---



Ao Exmo. Sr.

Presidente do Conselho de Administração do

[REDACTED]

**Assunto:** Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação – “Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”

Exmo. Sr. Presidente.

Venho por este meio solicitar a V/Exa. a aprovação para a realização de um trabalho de investigação intitulado “**Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**”.

Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre a notificação de incidentes e eventos adversos.

Envio à Comissão de Ética do Centro Hospitalar [REDACTED], o impresso correspondente com os dados referentes a este trabalho.

Com os melhores cumprimentos

\_\_\_\_\_  
Dânia da Silva Dias

Santa Maria da Feira, 7 de Novembro de 2022



## **APÊNDICE VII - Pedido ao Enf. Gestor do BO**

---



Ao Exmo. Sr. Enf.º

Jorge 

Enfermeiro Gestor do Serviço de Bloco Operatório

**Assunto:** Pedido de submissão de trabalho de Investigação – "Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos"

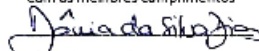
Exmo. Sr. Enf.º,

Venho por este meio solicitar a V/Exa. a aprovação para submeter dados no âmbito do trabalho de investigação intitulado "**Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos**".


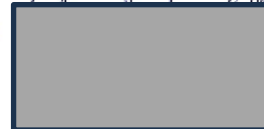
Este trabalho surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, com o objetivo de conhecer a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre a notificação de incidentes e eventos adversos.

Após a sua aprovação, o impresso correspondente com os dados referentes a este trabalho será enviada ao Presidente do Conselho de Administração e à Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga.

Com os melhores cumprimentos

  
Dânia da Silva Dias

Santa Maria da Feira, 7 de Novembro de 2022

Digitalizada com CamScanner



## **APÊNDICE VIII - Consentimento Informado para o Questionário**

---



## Questionário aos Enfermeiros

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade atual. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais são evitáveis, é reconhecida internacional e nacionalmente e traduzem ganhos em saúde.

Pela atualidade e importância que tem sido atribuída ao registo de incidentes e eventos adversos, pretendemos abordar os aspetos relacionados com as barreiras à sua notificação.

Com a sua participação irá contribuir para um estudo sobre *“Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre Notificação de Incidentes e Eventos Adversos”*, desenvolvido pela enfermeira Dânia Dias, no âmbito do Mestrado em Médico-Cirúrgica – Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Agradecendo desde já a sua disponibilidade e colaboração, lembramos que da autenticidade das suas respostas vão depender os resultados finais deste trabalho.

A sua participação neste estudo é completamente voluntária. Você tem o direito de recusar-se a participar ou de retirar o seu consentimento e ~~finalizar~~ a participação a qualquer momento.

As informações recolhidas neste estudo serão mantidas confidenciais. Todos os dados serão armazenados de forma segura e apenas a investigadora terá acesso a eles.

Os dados obtidos destinam-se exclusivamente ao estudo em causa, assegurando-se o seu anonimato e confidencialidade.

Ao prosseguir para o questionário, você indica que compreendeu as informações apresentadas acima e concorda voluntariamente em participar neste estudo.

Para melhor compreensão e preenchimento deste questionário, consideramos as seguintes definições:

- **Incidente:** *“uma ocorrência comunicável, um quase evento, um incidente sem danos ou um incidente que envolva danos (evento adverso)”*.
- **Erro:** *“falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano. Os erros podem manifestar-se por prática da ação errada (comissão) ou por não conseguir praticar a ação certa (omissão), quer seja na fase de planeamento ou na fase de execução”*.
- **Evento Adverso:** *“É todo o efeito não desejado que resulta da intervenção dos cuidados de saúde ou da sua falta, mas não da doença ou do estado do doente”*.
- **Sistema de Notificação de Eventos Adversos:** *“(…) medida preventiva do erro na prestação direta de cuidados, pois permite melhor compreender o tipo de erros e as suas causas, divulgar informação sobre o erro e seus efeitos adversos e fomentar a segurança dos doentes”*.

Agradecemos sinceramente o seu tempo e a sua valiosa contribuição para esta pesquisa.