



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

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

Bruna Filipa Figueiredo Almeida

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA:
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
PERIOPERATÓRIO**

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

**NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA:
PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
PERIOPERATÓRIO**

Relatório Final de Estágio

Bruna Filipa Figueiredo Almeida

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em situação Perioperatória, sob orientação da Professora Especialista Isabel Miranda.

Oliveira de Azeméis | 2024

“Só é útil o conhecimento que nos torna melhores.”

Sócrates

AGRADECIMENTOS

Ao meu marido, por ser o meu porto de abrigo hoje e sempre.

À minha filha Alice, que ainda não nasceu, mas colaborou ativamente.

À minha família direta e aos amigos que são família, pelo suporte e apoio incondicional.

À Professora Especialista Isabel Miranda, pela orientação neste sinuoso percurso formativo, mas acima de tudo, pela inspiração e motivação constante.

Aos tutores dos estágios deste percurso académico e restantes equipas, por me orientarem, estimularem e contribuírem, para a construção da minha identidade profissional.

Aos meus padrinhos profissionais, que são um exemplo e me estimulam diariamente a ser mais e melhor.

A todos os participantes que se disponibilizaram para colaborar neste trabalho de investigação, promovendo a produção de conhecimento científico.

A todos, os meus sinceros agradecimentos.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

- ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
- AESOP – Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses
- AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*
- APDH – Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar
- BO – Bloco Operatório
- BOs – Blocos Operatórios
- CCTTOT – Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos
- CEC – Circulação Extracorpórea
- CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
- CISD – Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
- COREQ – Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research
- DGS – Direção-Geral da Saúde
- DMUU – Dispositivos Médicos de Uso Único
- EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica
- EORNA – *European Operating Room Nurses Association*
- EPSP – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
- ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
- GCL-PPCIRA – Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos
- LASA – *Look-Alike Sound-Alike*
- LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
- N. º – Número
- NOTIFICA – Sistema Nacional de Notificação de Incidentes
- OE – Ordem dos Enfermeiros
- OMS – Organização Mundial de Saúde
- PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
- PTA – Angioplastia Transluminal Percutânea
- REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros
- TAVI – *Transcatheter Aortic Valve Implantation*
- SNS – Serviço Nacional de Saúde
- UCIC – Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

VPO – Visita Pré-operatória

WHO – *World Health Organization*

RESUMO

Os Enfermeiros empenham-se constantemente na garantia da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória sendo imperativo minimizar o erro através de uma prática baseada na melhor evidência científica.

O presente relatório tem como objetivo contextualizar o estágio clínico, espelhar o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas, e desenvolver uma investigação científica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória.

A Parte I foca-se na componente de estágio, refletindo o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas através de uma revisão da literatura dos principais temas e utilizando uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva do estágio realizado. A Parte II do relatório apresenta o trabalho de investigação desenvolvido, cujo principal objetivo é compreender a perceção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança.

A metodologia adotada neste estudo é descritiva, transversal, fenomenológica, com uma abordagem mista qualitativa e quantitativa. Foram utilizadas entrevistas semiestruturadas com seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e seis Enfermeiros Peritos na área de perioperatório, todos com pelo menos dez anos de experiência em perioperatório. A análise de conteúdo das entrevistas revelou preocupações com a comunicação e formação, destacando a necessidade de melhorar a gestão de erros e reduzir a subnotificação, influenciada por medo de represálias e falta de *feedback*. Foram identificados tanto fatores positivos quanto negativos, ressaltando a necessidade de formação contínua e políticas organizacionais mais eficazes. Além disso, muitos enfermeiros mostraram desconhecimento sobre a classificação e tipologia de incidentes de segurança, mas reconheceram a influência positiva da notificação na qualidade dos cuidados perioperatórios.

As conclusões mais relevantes indicam que, apesar da importância atribuída à segurança e à notificação de incidentes, persistem barreiras significativas que dificultam a implementação eficaz desta prática. É necessário investir em programas de formação contínua e especializados em segurança da pessoa e notificação de incidentes, sendo essencial a criação de um plano formativo dedicado a esta área para melhorar a competência dos enfermeiros. Adicionalmente, o estudo revelou que enfermeiros peritos e especialistas têm perceções diferentes sobre a cultura de segurança, com os especialistas a demonstrar maior propensão para a notificação de incidente.

ABSTRACT

Nurses are constantly committed to ensuring the safety and quality of care for perioperative patients, making it imperative to minimize errors through evidence-based practice. This report aims to contextualize clinical training, reflect the development and acquisition of specialized competencies, and conduct scientific research in the area of specialization for perioperative patients.

Part I focuses on the clinical training component, reflecting the process of developing and acquiring specialized competencies through a literature review of the main topics and employing a descriptive and critical-reflective methodology of the completed training. Part II presents the research conducted, with the main objective of understanding perioperative nurses' perceptions regarding the reporting of safety incidents.

The methodology adopted in this study is descriptive, cross-sectional, and phenomenological, with a mixed qualitative and quantitative approach. Semi-structured interviews were conducted with six Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing and six Expert Nurses in the perioperative field, all with at least ten years of perioperative experience. Content analysis of the interviews revealed concerns regarding communication and training, highlighting the need to improve error management and reduce underreporting, influenced by fear of reprisals and lack of feedback. Both positive and negative factors were identified, emphasizing the need for continuous training and more effective organizational policies. Furthermore, many nurses showed a lack of knowledge about the classification and typology of safety incidents but recognized the positive influence of reporting on the quality of perioperative care.

The most relevant conclusions indicate that, despite the importance attributed to safety and incident reporting, significant barriers hinder the effective implementation of this practice. Investment in continuous and specialized training programs focused on patient safety and incident reporting is necessary. It is essential to create a dedicated training plan in this area to improve nurse competency. Additionally, the study revealed that expert and specialist nurses have different perceptions of safety culture, with specialists demonstrating a greater propensity for incident reporting.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes.....	115
Tabela 2: Caracterização da amostra: género, idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em perioperatório.....	116
Tabela 3: Caracterização da amostra: habilitações académicas e funções desempenhadas no perioperatório.....	117
Tabela 4: Caracterização da amostra: Funções específicas enquanto elos de ligação.....	117
Tabela 5: Análise de conteúdo das entrevistas: Cultura de segurança	118
Tabela 6: Análise descritiva do <i>feedback</i> à notificação	119
Tabela 7: Análise descritiva do número de incidentes de segurança notificados	120
Tabela 8: Análise descritiva cruzada do tipo de participante com a quantidade de eventos notificados.....	121
Tabela 9: Análise de conteúdo das entrevistas: Notificação de Incidentes.....	121
Tabela 10: Análise de conteúdo das entrevistas: Conhecimento.....	123
Tabela 11: Análise descritiva da tipologia de incidentes de segurança mais notificados ...	123
Tabela 12: Análise descritiva das tipologia de incidentes de segurança	124

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Perioperative Patient Focused Model</i>	29
Figura 2: Teoria do "queijo suíço" de Reason (2000).....	96
Figura 3: Resposta a uma notificação de incidentes de segurança	102
Figura 4: Desenho de estudo	113
Figura 5: Nuvem de palavras relativa às respostas de todos os participantes	128

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento concetual.....	27
1.1. Estágio em contexto de bloco operatório.....	30
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	36
2.2. Melhoria contínua da qualidade.....	39
2.3. Gestão dos cuidados	54
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	61
3. con.....	67
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	69
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	78
4. Considerações finais	87
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	89
1. Resumo	91
2. Abstract.....	93
3. Fundamentação/enquadramento teórico	95
3.1. Sistemas de Notificação	102
3.2. Sistemas Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA).....	103
4. Finalidade e objetivos	105
5. Metodologia.....	107
5.1. Desenho do estudo	107
5.2. Considerações éticas.....	114
6. Resultados.....	115

6.1.	Cultura de Segurança	118
6.2.	Notificação de Incidentes	121
6.3.	Conhecimento	123
7.	Discussão	127
7.1.	Cultura de Segurança	128
7.2.	Notificação de Incidentes	131
7.3.	Conhecimento	135
8.	Conclusão	141
	CONSIDERAÇÕES FINAIS	145
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	147
	ANEXOS	163
	ANEXO I: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO”	165
	ANEXO II: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”	169
	ANEXO III: CERTIFICADO DO POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”	173
	ANEXO IV: A MINHA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA DA AESOP	177
	ANEXO V: PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	181
	ANEXO VI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	185
	APÊNDICES.....	189
	APÊNDICE I: PROTOCOLO “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO”	191
	APÊNDICE II: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	209
	APÊNDICE III: SESSÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NO ADULTO”	213
	APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO	229
	APÊNDICE V: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DA SEGURANÇA DO MEDICAMENTO	233

APÊNDICE VI: COMUNICAÇÃO LIVRE “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO”	281
APÊNDICE VII: COMUNICAÇÃO LIVRE “DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”	289
APÊNDICE VIII: POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”	299
APÊNDICE IX: GUIÃO DA ENTREVISTA.....	303
APÊNDICE X: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	309
APÊNDICE XI: GUIA DO PARTICIPANTE	317
APÊNDICE XII: CONSENTIMENTO INFORMADO	321

INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, a Enfermagem tem trilhado um caminho distinto na história, evidenciando-se enquanto ciência humana. O reconhecimento do papel social do enfermeiro, o destaque das suas intervenções autónomas e a prática baseada na evidência são a força motriz da mudança.

A prática da Enfermagem como ciência implica a utilização de teoria, método e evidência científica. A abordagem sistemática e metodológica do processo de enfermagem é essencial para proporcionar um cuidado holístico à pessoa. O cuidado de enfermagem combina a arte com ciência, uma vez que, reconhece a dimensão artística na sua execução e a base científica que o fundamenta (Costa & Gonçalves, 2021).

A Enfermagem começou por ser sombreada pelo modelo biomédico e depois por outros modelos, teorias e paradigmas, sendo que a base do modelo biomédico consiste na interpretação de sinais, sintomas e antecedentes.

Atualmente orienta-se para a centralidade na pessoa, e conseqüentemente para a individualização dos cuidados, o que direciona para uma sociedade contemporânea, mais informada e exigente (Despacho n.º 5613/2015 do Diário da República, 2015).

Após a compreensão da evolução da Enfermagem enquanto ciência, importa agora particularizar para a área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EPSP).

Neste contexto, o modelo conceptual que sustenta a elaboração deste relatório é o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000), cuja elaboração e desenvolvimento foram fomentados pela *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN).

A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) define Enfermagem perioperatória como “o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações” aplicando o processo de enfermagem devidamente estruturado, através do qual, “o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos ao longo do trabalho realizado” (2012, p.7).

Os cuidados de enfermagem perioperatórios são definidos como cuidados de enfermagem prestados nas fases de pré, intra e pós-operatório. O enfermeiro de perioperatório presta

cuidados de saúde especializados e de qualidade, e, trabalha em equipa de forma independente e/ou dependente (*European Operating Room Nurses Association [EORNA], 2019*).

A AORN (2021a) salienta que é função dos enfermeiros de perioperatório a prestação de cuidados à pessoa e família/pessoa significativa antes, durante e após a cirurgia num plano individualizado de cuidados. Estes cuidados devem ser prestados no contexto da prevenção de doenças ou lesões, promoção da saúde, restauração ou manutenção da saúde e/ou cuidados paliativos (AORN, 2021a).

A Enfermagem perioperatória incorpora um conjunto de conhecimentos, competências e atitudes essenciais ao Enfermeiro Especialista na área de EPSP, destacando conceitos como "*consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autonomia, destreza, rapidez, facilidade de adaptação, espírito crítico, concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress*", todos indispensáveis para garantir a prestação de cuidados de qualidade e a segurança da pessoa e restante equipa (AESOP, 2012, p.8).

Este documento foi elaborado no âmbito da unidade curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na opção - área de especialização de EPSP, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

O presente relatório tem como objetivo: contextualizar o estágio clínico; espelhar o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas; e, desenvolver uma investigação científica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória.

A componente de estágio (Parte I) pretende espelhar o processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas através de uma revisão da literatura dos principais temas, com recurso à metodologia descritiva e crítico-reflexiva do estágio realizado.

Concomitantemente, foi desenvolvido um trabalho de investigação (Parte II), promovendo a produção de conhecimento científico atual e contribuindo para a emancipação da Enfermagem enquanto ciência humana capaz de produzir conhecimento científico.

A segurança dos doentes é considerada a nível mundial um grave problema de saúde pública, como refere o Relatório de Segurança dos Doente da Direção-Geral de Saúde (DGS) e da Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH) (2015c), que conclui a existência de uma cultura de notificação reduzida, acrescentando ainda que a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional.

O objetivo principal deste trabalho de investigação é compreender a perceção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança, dando resposta à questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros de perioperatório na notificação de incidentes de segurança?

A metodologia adotada vai de encontro a um estudo descritivo, transversal, fenomenológico, usando uma estratégia mista qualitativa/quantitativa, com recurso à análise de conteúdo dos resultados obtidos através de uma entrevista semiestruturada, efetuada a seis Enfermeiros Especialistas em EMC e seis Enfermeiros Peritos na área de perioperatório a exercer funções num bloco operatório (BO) há pelo menos dez anos.

Com esta investigação é expectável conseguir perceber a cultura de notificação de incidentes de segurança em contexto perioperatório, e perceber se existem diferenças na perceção entre os Enfermeiros Especialistas em EMC e Enfermeiros Peritos em perioperatório sobre a temática a estudar.

O documento encontra-se estruturado em duas partes, complementares entre si. A Parte I corresponde à componente de estágio, na qual está descrito o contexto de estágio, bem como uma descrição das atividades desenvolvidas ao longo do percurso formativo para a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de EPSP. A Parte II engloba a vertente de investigação, na qual é abordada a questão que motivou a pesquisa, apresentação dos objetivos e a finalidade da investigação. Apresenta uma metodologia detalhada, que inclui o desenho do estudo, e ainda, a apresentação e discussão dos resultados.

Por fim termina com uma breve conclusão do trabalho, onde se evidenciam os aspetos mais revelantes tendo em conta o objetivo definido, bem como as limitações e as implicações do mesmo na prática de Enfermagem perioperatória.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento concetual

O plano de estudos do 3.º curso de Mestrado em EMC na opção - área de especialização de EPSP, da ESSNorteCVP, contempla a realização de um estágio ao abrigo da unidade curricular Estágio de EPSP II.

O estágio de natureza profissional decorreu no período de 20 de setembro de 2023 a 12 de março de 2024, num total de 540 horas de contacto (440 horas na tipologia de estágio e as restantes na tipologia de seminário e orientação tutorial) e 270 horas de trabalho autónomo da estudante (ESSNorteCVP, 2023).

A unidade curricular pretende desenvolver conhecimentos no processo de tomada de decisão para resolver situações complexas em contextos alargados e multidisciplinares; refletir sobre as implicações éticas e sociais decorrentes do processo de tomada de decisão; analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias inovadoras; disseminar os conhecimentos emergentes resultantes da investigação em enfermagem; e, desenvolver competências que viabilizem uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma (ESSNorteCVP, 2023).

Segundo o Parecer n.º 07/2016 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC *“a formação em ensino clínico deve acontecer no respeito pelos referenciais de competências do Enfermeiro e do Enfermeiro Especialista, condição obrigatória para assegurar a segurança e a Qualidade dos Cuidados de Enfermagem prestados aos cidadãos”* (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2016, p.2).

Os períodos de estágio clínico são oportunidades valiosas para o desenvolvimento de conhecimentos e competências, promovendo momentos particularmente enriquecedores pela partilha de experiências entre profissionais e facilitando a reflexão sobre práticas clínicas.

Soares (2023) afirma que a Supervisão Clínica em Enfermagem é um procedimento formal de acompanhamento destinado a promover a autonomia na tomada de decisões por parte dos enfermeiros, enfatizando a segurança e proteção das pessoas alvo dos seus cuidados através da reflexão e análise das práticas clínicas.

O enfermeiro formador em enfermagem perioperatória proporciona um ambiente de aprendizagem seguro para o enfermeiro em discência através da oferta de oportunidades de

aprendizagem didáticas baseadas em evidências científicas e nas melhores práticas (AORN, 2021b).

Embora o supervisor desempenhe um papel crucial na formação das competências dos estudantes, é fundamental que estes assumam uma participação ativa no seu próprio processo de aprendizagem, transformando os conhecimentos teóricos em prática através da sistematização e reflexão sobre a informação adquirida (Soares, 2023).

Neste sentido, este estágio decorreu em contexto de BO, importando assim definir alguns conceitos desta área em particular.

O BO é uma unidade equipada para a realização de procedimentos cirúrgicos ou outros procedimentos invasivos (AORN, 2021a), que requeiram um elevado nível de assepsia e anestesia (Penedo et al., 2015) e a AESOP (2012) acrescenta, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida das pessoas em situação perioperatória.

Para uma compreensão mais aprofundada do assunto, é relevante conceptualizar o Bloco Operatório Periférico como uma unidade especializada integrada na gestão de um serviço clínico específico (por exemplo, BO de Cirurgia Cardiorácica, BO de Oftalmologia, BO de Ortopedia, entre outros) que necessita de estar adequado às exigências específicas das intervenções a que dão resposta (Penedo et al., 2015).

No BO os procedimentos realizados podem ser programados e/ou urgentes. A gestão da utilização desta estrutura depende principalmente da tipologia de unidade de saúde em que se integra, dos objetivos impostos pela organização (micro e macro) e dos responsáveis pela unidade (T. Silva, 2022).

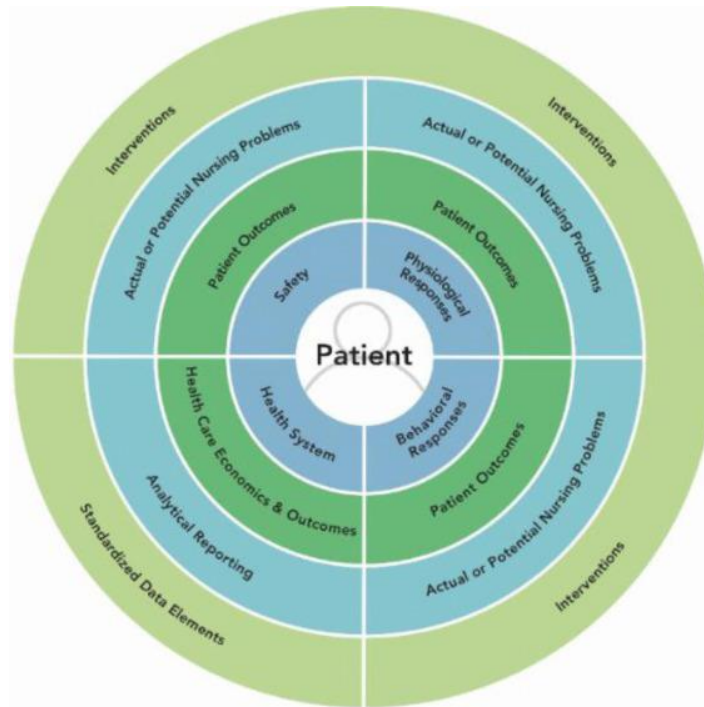
O BO é, o local de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital (AESOP, 2012), pois, é um espaço altamente consumidor de recursos humanos, materiais e tecnológicos, dissipando parte significativa dos recursos financeiros da atividade hospitalar (Penedo et al., 2015).

A atividade cirúrgica representa uma importante chave de financiamento das organizações hospitalares em muito dependente da dinâmica do BO. Portanto, é crucial assegurar que este seja integrado de forma adequada numa gestão estratégica que promova a eficiência, a qualidade e o mérito, considerando também o valor acrescentado que os profissionais trazem para o sistema de saúde (Penedo et al., 2015).

O *Perioperative Patient Focused Model* é o referencial teórico adaptado aos cuidados de enfermagem perioperatórios (AORN, 2021a; Wicklin, 2020; Rothorck & Smith, 2000). O

modelo é centrado na pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, sendo estes o foco dos cuidados de enfermagem perioperatórios, independentemente do ambiente da prática, localização geográfica ou natureza da população (AORN, 2021a).

Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*



Fonte: AORN, 2021a, p.7

O modelo está dividido em quatro quadrantes: três representam domínios centrados na pessoa (segurança, respostas fisiológicas aos procedimentos cirúrgicos e repostas comportamentais da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa aos procedimentos cirúrgicos) e o quarto quadrante representa o sistema de saúde (AORN, 2021a) (recursos humanos e materiais, equipamentos) que devem estar presentes no ambiente no qual os cuidados de enfermagem são prestados (Rothorck & Smith, 2000).

Através da figura 1 é possível denotar que o modelo foca nos resultados, posicionando-os imediatamente após os três domínios centrados na pessoa em situação perioperatória, representando este domínio através de um semicírculo concêntrico. Subsequentemente, dois semicírculos externos adjacentes representam os subdomínios de diagnósticos e intervenções de Enfermagem.

Uma limitação apontada por Wicklin (2020) ao modelo é o facto de sugerir que os enfermeiros de perioperatório considerem os resultados da pessoa antes de desenvolverem diagnósticos de enfermagem, dado que o modelo desvia-se do processo de enfermagem bem

estabelecido, no qual os diagnósticos são desenvolvidos antes dos resultados serem identificados.

Contudo, uma das principais vantagens do modelo é a recomendação de uma avaliação individualizada da pessoa em situação perioperatória orientada para os resultados, o que facilita a identificação de diagnósticos de enfermagem e a implementação de intervenções de enfermagem individualizadas para cada pessoa submetida a um procedimento cirúrgico (AORN, 2021a; Wicklin, 2020; Rothorck & Smith, 2000).

Este modelo foi criado por enfermeiros de perioperatório para enfermeiros perioperatórios e pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória (Wicklin, 2020), com o intuito de melhorar a prática dos cuidados centrados na pessoa, portanto a sua adoção como referencial teórico revelou-se pertinente para a estudante.

1.1. Estágio em contexto de bloco operatório

O estágio de natureza profissional decorreu num BO periférico de especialidade Cirurgia Cardiorácica, num hospital do Serviço Nacional de Saúde (SNS), que integra uma Unidade Local de Saúde.

Esta instituição presta igualmente assistência a pessoas provenientes dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, ao abrigo de protocolos e acordos financiados para o efeito, bem como de outros países da União Europeia.

Por fim, conta com alguns Centros de Referência Nacionais nas seguintes áreas: Transplantes Hepáticos adultos e pediátricos, Renais e Cardíacos, Cirurgia Plástica e Reconstructiva e Queimados, Banco de Ossos, entre outros.

O serviço de Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos (CCTTOT), é composto por um BO periférico, uma Unidade de Cuidados Intensivos Cardíacos (UCIC), uma Unidade de Cuidados Intermédios, uma Unidade de Transplantação de Órgãos Torácicos, uma Unidade de Internamento Cardíaca e Torácica, consulta externa e hospital de dia do centro de referenciação de transplante de coração, sendo que todos os setores partilham a mesma Enfermeira Gestora.

É um BO de cirurgia maioritariamente eletiva, no entanto, também dá resposta a situações de urgências cirúrgicas relacionadas com complicações pós-operatórias da pessoa internada no serviço de CCTTOT, e ainda, situações de urgência/emergência provenientes do serviço de urgência.

A equipa do BO é composta por 15 enfermeiros, dos quais 2 são especialistas em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, 1 especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e 1 especialista em EMC, o que significa que mais de um quarto da equipa é especialista, o que tem repercussão nos cuidados prestados em virtude das competências que possuem de acordo com a área de especialidade.

Ao abrigo do protocolo com os Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, o serviço de CCTTOT, recebe com frequência crianças provenientes destes países para serem intervencionadas em cirurgia programada. Com o objetivo de proporcionar a melhor experiência cirúrgica possível e uma prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, a equipa de enfermagem do BO tem um enfermeiro especialista em Saúde Infantil e Pediátrica que está sempre presente nesses procedimentos, respeitando as orientações da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, 2019).

O BO da CCTTOT é um serviço onde se realizam cirurgias bastante complexas, cujos profissionais têm de apresentar um conjunto de conhecimentos e competências individuais, que permitam atuar com rapidez e segurança. A sua área de intervenção compreende cirurgias programadas e urgências de adultos e pediátricas, onde se inclui os transplantes cardíacos.

A atividade cirúrgica eletiva desenvolve-se entre as 7:30 horas e as 14:00 horas, de segunda a sexta-feira. Ainda assim, algumas das salas têm a possibilidade de prolongar a sua atividade pelo que estão alocados recursos humanos necessários para tal até às 18:00 horas. Quando o plano cirúrgico não cumpre o horário planeado, a equipa de enfermagem de prevenção assume até ao término do plano.

Para dar resposta às cirurgias em contexto de urgência, existe uma equipa de três enfermeiros escalados em regime de prevenção das 18 horas às 07:30 horas do dia seguinte, durante a semana. Ao fim-de-semana esse período é extensível às 24 horas do dia.

Estruturalmente, o BO é composto por quatro salas operatórias, duas alocadas exclusivamente à cirurgia cardíaca, uma maioritariamente para cirurgia torácica, mas que pode dar resposta a procedimentos cardíacos, se assim for necessário, e uma sala híbrida, destinada a procedimentos minimamente invasivos das especialidades de cirurgia cardíaca, cirurgia torácica, cirurgia vascular e cardiologia de intervenção, mas que funciona com cirurgia convencional sempre que se justifique. Possui ainda, uma zona comum que dá acesso às quatro salas, uma subcentral de esterilização, armazéns de materiais e medicamentos,

gabinetes médicos e de enfermagem, armazém de Cardiopneumologia (Perfusionistas) e uma copa. Os vestiários dos profissionais de saúde situam-se fora do bloco antes da zona de transferência da pessoa em situação perioperatória.

Uma das mais valias do BO da CCTTOT é a luz natural que todo o bloco dispõe, permitindo às equipas a regulação do ritmo circadiano e contribuindo para o bem-estar geral das equipas multidisciplinares.

A Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011) reforça que as componentes de iluminação natural/artificial assumem aqui grande importância, atendendo que a qualidade do ambiente hospitalar é também fortemente responsável pelo bom desempenho dos seus profissionais, pelo que não pode ser descurada a qualidade do projeto de arquitetura.

É relevante salientar que, não obstante as vantagens, a presença de luz natural no BO necessita de ser cuidadosamente regulada, de modo a prevenir reflexos indesejados em superfícies reflexivas e a assegurar condições ideais durante procedimentos que exijam total ausência de luz. Novamente, verifica-se que durante a conceção e implementação do BO da CCTTOT este detalhe foi considerado.

Dentro da sala de operações, um dos aspetos a considerar como sendo uma mais-valia à prestação de cuidados, é a existência de braços articulados suspensos do teto, permitindo uma maior flexibilidade do espaço e maior facilidade de acesso à pessoa em situação perioperatória, sobretudo em situações de urgência.

O BO tem ligação direta através de um corredor com a UCIC, para onde são transferidas as pessoas submetidas a cirurgia cardíaca. A estrutura da UCIC é em formato de *open-space*, sem obstáculos que obstruam a visão. Além disso, é essencial configurar o espaço de forma a manter as vias de circulação o mais curtas possível, o que facilita a comunicação entre a equipa. Todas as unidades de prestação de cuidados são idênticas na sua disposição, com o mesmo equipamento colocado nos mesmos lugares. Isso facilita a prestação de cuidados, especialmente em situações de emergência. Cada unidade também deve ser visível de qualquer ponto da sala, permitindo uma supervisão eficiente do ambiente (AESOP, 2012; Centro Hospitalar do Baixo Vouga et al., 2016).

De uma forma geral, a estrutura física deste BO cumpre as recomendações técnicas da ACSS emanadas em 2011, garantindo, portanto, as condições físicas necessárias para o desenvolvimento da atividade cirúrgica convencional e de urgência.

No sentido de aprimorar a aquisição de competências ao longo do contexto clínico, foram definidos objetivos específicos e adequados ao local de estágio, a atingir durante a realização do mesmo.

A elaboração de objetivos específicos para a realização desta Unidade Curricular, à semelhança deste relatório, tiveram por base o Regulamento n.º 429/2018, do Diário da República, 2.ª série, de 16 de julho de 2018, nominado de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em EMC – EPSP.

A conceção de objetivos é um ótimo impulsionador na organização da aprendizagem, sendo eles:

- a) Adquirir competências nas áreas específicas de instrumentação, circulação e anestesia à pessoa submetida a cirurgia cardíaca;
- b) Perceber a dinâmica e organização da sala híbrida em procedimentos cirúrgicos e desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem à pessoa submetida à cirurgia cardiovascular;
- c) Compreender a organização e gestão do serviço de saúde, nomeadamente de recursos humanos e materiais, promovendo a melhoria contínua da qualidade e a segurança dos cuidados;
- d) Participar na elaboração de, pelo menos um, projeto de melhoria contínua da qualidade, após avaliação das necessidades do serviço, com a respetiva apresentação à equipa de enfermagem.

No decorrer da exposição do desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em EPSP, a estudante faz uma descrição das atividades desenvolvidas para a sua aquisição e cumprimento dos objetivos gerais do ciclo de estudos e específicos previamente delineados.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

As competências comuns do enfermeiro especialista abrangem uma variedade de áreas que visam garantir um elevado padrão de prática profissional e a prestação de cuidados de saúde de qualidade.

Le Boterf (2003) afirma que a competência é adquirida através do exercício e de uma prática reflexiva, em situações que possibilitem a mobilização, transposição e combinação de recursos para desenvolver estratégias de resolução de situações complexas. Esta conjugação é uma das características do profissionalismo (como citado em Duarte & Martins, 2014).

O mesmo autor propõe ainda que as competências resultam da interação de três elementos: o conhecimento sobre como agir, que implica saber combinar e mobilizar recursos relevantes; a vontade de agir, relacionada com a motivação e o comprometimento do indivíduo; e a capacidade de agir, que depende do contexto, da organização do trabalho e das condições sociais que tornam possível e legítimo que os indivíduos assumam responsabilidades (Le Boterf, 1998 como citado em Lopes & Baioa, 2011).

O Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2.ª série, de 6 de fevereiro de 2019, define o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista e elucida sobre um conjunto de conceitos aplicáveis à regulamentação de competências. A existência de um documento que regulamenta a prática de cuidados pretende consolidar e uniformizar práticas em vigor, e confere uma maior objetividade e transparência ao processo.

A relevância e a complexidade dos cuidados de saúde, e por consequência, dos cuidados de enfermagem, têm aumentado consideravelmente, exigindo um maior rigor técnico e científico, tornando a diferenciação e a especialização uma realidade cada vez mais abrangente para a maioria dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019).

Para uma melhor compreensão da temática, é importante esclarecer o conceito de competências comuns, que como o próprio nome indica, são competências partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão dos cuidados e, ainda através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019).

A atribuição do título de Enfermeiro Especialista requer, para além da verificação das competências específicas anunciadas em cada um dos Regulamentos das diversas áreas de especialização, que estes profissionais partilhem um conjunto de competências comuns, aplicáveis a todos os contextos de prestação de cuidados de saúde (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019).

Neste sentido, “*enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados*” (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019, p.4744).

Os domínios das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, de acordo com o Regulamento n.º 140/2019, são os seguintes:

- a. Responsabilidade profissional, ética e legal;
- b. Melhoria contínua da qualidade;
- c. Gestão dos cuidados;
- d. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

O anexo I, do artigo 5.º, do Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p. 4746), reitera que as competências do domínio responsabilidade profissional, ética e legal são as seguintes:

- a. Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- b. Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Nos deveres gerais, decorrentes da inscrição na OE, está contemplado o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regem a profissão.

No âmbito do exercício profissional, existe um quadro de referência, orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de ação e que está assente nos seguintes pilares: o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), que constitui um documento essencial para a prática do exercício profissional de enfermagem, permitindo ao

enfermeiro fundamentar as suas intervenções com autonomia, e o Código Deontológico (OE, 2018a).

No contexto de atuação multidisciplinar, os enfermeiros podem ter intervenções autónomas e interdependentes, sendo que ambas são fundamentadas em *“conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar dos indivíduos, família e comunidade, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem”* (OE, 2018a, p.1).

O REPE reporta para uma prática à luz de uma ação normativa que permite a reflexão consciente e informada dos cuidados de enfermagem (OE, 2012a).

O Código Deontológico da OE atua com função normativa e vinculativa, e constitui um conjunto de princípios e regras de conduta que primam pelo respeito aos princípios bioéticos da autonomia, não-maleficência, justiça e beneficência, ou seja, é um estatuto disciplinar pelo qual os enfermeiros modelam a sua conduta profissional, garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem (Nunes et al., 2005).

Os padrões éticos profissionais assentam num conceito moral básico que é a preocupação com o bem-estar do outro, logo *“não basta a qualidade científica ou a técnica, pois somos gente que cuida de gente, pelo que se exige uma qualidade humana e humanizadora”* (Nunes et al., 2005, p.17).

De acordo com o Artigo 76.º, alínea a), do Código Deontológico, os enfermeiros estão obrigados a *“exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adaptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados”* (Nunes et al., 2005, p.35).

A deontologia profissional é compreendida como o conjunto de normas e princípios que regulam uma determinada profissão, fundamentados nos princípios da moral e do direito, visando estabelecer as boas práticas, levando em consideração as características específicas da profissão. A distinção entre deontologia, ética e moral reside na origem das normas, uma vez que as deontológicas são estabelecidas pelos próprios profissionais, após reflexão sobre a prática e considerando o que promove ou prejudica a profissão. Essas normas representam a formulação do que é considerado como um *“dever ser profissional”* (Nunes et al., 2005, p.16).

Uma abordagem holística e individual da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa de acordo com a legislação, políticas e diretrizes relevantes garantem a prestação de cuidados de enfermagem de qualidade (AORN, 2021a; EORNA, 2019).

Durante o período perioperatório, a pessoa encontra-se numa posição vulnerável, repleta de dúvidas e inseguranças. Perante isso, é crucial que o enfermeiro especialista tenha um papel diferenciador e assuma o compromisso em respeitar os direitos, necessidades e angústias das pessoas a quem presta cuidados, minimizando a possibilidade de danos durante o período de cuidados (I. A. Araújo et al., 2022).

As determinantes culturais, sociais, raciais e étnicas da pessoa em situação perioperatória devem sempre ser consideradas durante a prestação de cuidados de enfermagem (AORN, 2021a).

A natureza específica e o ambiente peculiar dos cuidados perioperatórios, aliados aos riscos inerentes, demandam do enfermeiro especialista uma postura de responsabilidade. A sua tomada de decisão e ação são fundamentadas em princípios éticos, proporcionando cuidados de enfermagem seguros e de elevada qualidade (I. A. Araújo et al., 2022).

É neste âmbito, que o enfermeiro perioperatório desempenha um papel de extrema importância, devendo garantir que a vontade da pessoa em situação perioperatória, previamente manifestada, e os seus direitos são respeitados (Duarte & Martins, 2014). Para além disso, de acordo com a Estratégia Nacional para Qualidade na Saúde 2015-2020 “a qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética porque contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis” (Despacho nº 5613/2015 do Diário da República, 2015, p. 13552).

No contexto intraoperatório, foi prioridade para a estudante esclarecer as dúvidas da pessoa em situação perioperatória, fornecer as informações solicitadas, dentro da área de competências de enfermagem, e garantir sua compreensão.

Antes da indução anestésica, procurou obter consentimento para todos os cuidados e procedimentos, respeitando a vontade expressa pela pessoa e permitindo sua participação nas decisões, demonstrando assim, respeito pelos direitos, dignidade e autonomia da pessoa, bem como pelas suas crenças, valores e cultura, indo ao encontro dos pressupostos do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000).

O enfermeiro especialista garante que o consentimento informado não é violado, até que a pessoa em situação perioperatória seja capaz de tomar decisões por si própria, e tem como missão proteger a pessoa alvo dos seus cuidados de qualquer dano ou prejuízo, indo de

acordo aos princípios defendidos no Código Deontológico da OE. Deve ainda cumprir-se o dever de informar e esclarecer a pessoa acerca dos cuidados a serem prestados.

Ainda nesse sentido, é essencial ter em conta os valores transversais à condição humana e à essência do cuidar, baseados nos princípios éticos dos cuidados em saúde, como o dever de cuidar da pessoa, em qualquer circunstância, sem discriminação económica, social, política, étnica, ideológica ou religiosa.

Do ponto de vista arquitetónico, toda a estrutura de um BO deve salvaguardar a privacidade, dignidade e conforto da pessoa em situação perioperatória, dada a vulnerabilidade em que se encontra em todos os momentos do perioperatório (ACSS, 2011).

No BO da CCTTOT, essas condições são asseguradas e proporcionam a prestação de cuidados mantendo a privacidade da pessoa, independentemente do seu estado de consciência.

Nos momentos de acolhimento e transmissão de informação, foi dada primazia ao sigilo profissional e confidencialidade, respeitando os princípios da confidencialidade e a privacidade da pessoa. É limitada a entrada de uma pessoa de cada vez no BO, garantindo a sua privacidade. Além disso, durante a transferência de informações, seja no acolhimento no BO ou na transferência para a UCIC, a estudante procurou partilhar apenas informações relevantes sobre a pessoa em situação perioperatória com os envolvidos no processo terapêutico, conforme estabelecido pelo Artigo 85º dos Estatutos da OE (2012a), garantindo a confidencialidade e privacidade exigidas ao momento.

Ainda no momento do acolhimento da pessoa em situação perioperatória, no caso de se constatar que o consentimento informado, esclarecido e livre não está assinado, a pessoa não entra no BO, o que vai de encontro ao recomendado na Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 da DGS atualizada a 04/11/2015, dando assim ênfase à responsabilidade ética do enfermeiro.

2.2. Melhoria contínua da qualidade

O anexo II, do artigo 6.º, do Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p.4747), as competências do domínio da melhoria contínua da qualidade são as seguintes:

- a. Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- b. Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;

c. Garante um ambiente terapêutico e seguro.

A qualidade em saúde está intimamente ligada à segurança dos cuidados e é uma garantia da sustentabilidade do SNS. A qualidade em saúde é definida como a prestação de cuidados acessíveis e equitativos, com um nível profissional de excelência, que pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão, tendo em conta os recursos disponíveis, e consegue a sua adesão e satisfação. Por outro lado, a prestação de cuidados com eficácia e efetividade são pilares da qualidade em saúde (Despacho n.º 5613/2015 do Diário da República, 2015).

Os cuidados de enfermagem regem-se por documentos basilares à sua prática, um deles é os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Os Padrões de Qualidade são importantes enunciados descritivos, quer pelo reflexo na melhoria da qualidade dos cuidados, quer pela inerente e vantajosa necessidade de refletir sobre o exercício profissional dos enfermeiros (OE, 2012b).

São enunciados descritivos dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; a readaptação funcional; e, a organização dos cuidados de enfermagem (OE, 2012b).

A prestação de cuidados de saúde de qualidade implica uma abrangência de todos os conceitos abordados anteriormente, uma vez que contemplam todas as variáveis, como a pessoa, a saúde, o ambiente/contexto e os cuidados de enfermagem.

Posto isto, a situação de vulnerabilidade em que a pessoa em situação perioperatória se encontra exige que o enfermeiro perioperatório saiba dar resposta às necessidades, que parcial ou totalmente não podem ser satisfeitas de forma autónoma, num período maior ou menor, consoante as suas condições (AORN, 2022).

Estes fatores requerem cuidados de saúde de qualidade, e exigem ao enfermeiro especialista uma monitorização sistemática e uma prestação de cuidados altamente especializada, integrado numa equipa multidisciplinar.

Em contexto perioperatório, o conceito de boas práticas está intimamente ligado ao de consciência cirúrgica, que é um princípio ético e moral que norteia o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, assegurando que todas as suas ações beneficiam a pessoa em todas as circunstâncias (OE, 2017a).

A AESOP (2012) afirma que é importante definir uma política de gestão de risco em todas as organizações, de forma a garantir uma maior e mais adequada segurança no local de trabalho relativamente às instalações, conduta e responsabilidades dos profissionais perante situações consideradas potencialmente ou efetivamente perigosas, como é o caso do trabalho em BO.

Os enfermeiros perioperatórios têm uma enorme responsabilidade para com a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e devem ser os principais impulsionadores desta metodologia, uma vez que, durante o período perioperatório, a pessoa se encontra vulnerável e suscetível a qualquer tipo de risco ou acidente (AORN, 2021a; AESOP, 2012).

A metodologia da gestão do risco faz parte integrante da política de melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

É importante a existência de grupos de trabalho dentro dos serviços, que se dediquem à gestão do risco, prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, formação em serviço e sistemas de informação, pois todos eles estão intimamente relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados. É ainda essencial que os enfermeiros especialistas sejam parte integrante destes grupos de trabalho dentro do serviço, e sejam o elo de ligação com os departamentos de Qualidade, Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (GCL-PPCIRA) institucionais.

A instituição conta com uma comissão dedicada à qualidade e segurança do doente, encarregada de fomentar e promover uma cultura de excelência e segurança que esteja alinhada com os objetivos estratégicos da instituição. Esta comissão, composta por uma equipa multidisciplinar, tem como responsabilidade a implementação e o acompanhamento das iniciativas da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, a qual inclui, como uma das suas prioridades estratégicas, a criação de programas de segurança como o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) (Despacho n.º 3635/2013 do Diário da República, 2013).

Dentro deste domínio, a realização desta Unidade Curricular num serviço que se encontra acreditado, desde 2020, foi sem dúvida uma mais-valia, uma vez que me permitiu ter contacto direto com determinados projetos inseridos no Departamento da Qualidade institucional através dos elementos que fazem a ponte entre os referidos projetos e grupos de trabalho institucionais e o próprio serviço, denominados de elos de ligação.

A existência de protocolos e instruções de trabalho, são uma mais-valia para a implementação das boas práticas e minimização do erro (Matos, 2019). Desta forma, constata-se que, no âmbito da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha uma função crucial na elaboração e atualização de normas, procedimentos e instruções de trabalho fundamentados na mais recente evidência científica, nas diretrizes institucionais e na legislação vigente.

Desde cedo, foi possível constatar que a privacidade da pessoa em situação perioperatória é uma preocupação constante no BO da CCTTOT, uma vez que, como já foi dito anteriormente só entra uma pessoa de cada vez na zona de transferência para o BO, também no que diz respeito à qualidade há uma preocupação em validar toda a informação transmitida no momento do acolhimento através de uma *checklist* do serviço, devidamente assinada pelo enfermeiro do internamento e pelo enfermeiro do BO, dando assim início à primeira fase do programa Cirurgia Segura Salva Vidas.

Os sistemas de informação revelam um papel preponderante na qualidade dos cuidados, uma vez que são fundamentais para a continuidade dos cuidados, dão suporte à tomada de decisão e têm a capacidade de gerar indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem (Matos, 2019).

No que diz respeito aos sistemas de informação no BO da CCTTOT, toda a documentação ainda é feita em suporte de papel, enquanto aguardam a implementação do sistema de informação *B-Simple* da *PatientCare*, que é um *software* desenhado para os cuidados perioperatórios e cuidados intensivos, à semelhança do que já existe noutros blocos operatórios da instituição. Este sistema é compatível com determinados dispositivos médicos (ventiladores, monitores, bombas de perfusão) evitando a transcrição manual dos dados hemodinâmicos da pessoa em situação perioperatória e garantindo maior confiabilidade dos dados e segurança para a pessoa.

Este sistema de informação tem a possibilidade de extrair indicadores estatísticos de forma simples e estruturada, o que com registos em suporte de papel, também é possível, mas abre um enorme leque de variáveis que podem dificultar o processo, como por exemplo o extravio das folhas do processo, a caligrafia ilegível, entre outras.

Outro aspeto fulcral da qualidade dos cuidados, é a necessidade de o enfermeiro especialista estar desperto para os indicadores de qualidade em saúde, e acima de tudo, perceber que os indicadores de qualidade são sensíveis aos cuidados de enfermagem (A. Castro, 2018; Matos, 2019). A identificação de indicadores de qualidade permite medir, avaliar e

monitorizar de forma a potenciar medidas corretivas para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados (*World Health Organization [WHO], 2021*).

Os indicadores de qualidade são uma temática atual, pertinente e com uma perspetiva de evolução contínua na prestação de cuidados de saúde de qualidade. Os indicadores espelham o estado da saúde, a prestação de serviços ou a disponibilidade de recursos, que permitem a monitorização do desempenho e dos objetivos traçados com o intuito de avaliar o desvio entre as práticas realizadas e as metas estabelecidas (WHO, 2021).

No que diz respeito à documentação de suporte ao bom funcionamento e organização do serviço: plano anual de formação, procedimentos específicos do serviço, impressos modelo, e ainda, a constituição das caixas de instrumental cirúrgico existentes no serviço, devidamente separadas por especialidades cirúrgicas, é passível de ser consultada, em suporte de papel no gabinete da enfermeira coordenadora do BO da CCTOT ou em suporte digital numa pasta partilhada nos computadores das salas operatórias.

Contudo, a estudante constatou a pertinência da elaboração de um manual de integração de novos elementos, bem como a necessidade de atualização do manual de procedimentos, onde pudesse constar de forma organizada, todas as linhas orientadoras do serviço, tornando-se uma mais-valia para melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A formação em serviço é uma parte da formação contínua que resulta no reforçar dos conhecimentos base e aquisição de novas competências com vista à melhoria dos cuidados de saúde (Júnior et al., 2023).

A OE reconhece a formação e o desenvolvimento profissional dos seus membros e órgãos estatutários como pilares essenciais para a “*melhoria contínua da qualidade do desempenho profissional e, conseqüentemente, dos serviços prestados*” (Barreira et al., 2016, p.1).

Seguindo esta linha de pensamento, importa referir que a formação em serviço também é alvo de preocupação por parte da gestão do serviço, uma vez que a metodologia utilizada envolve toda a equipa.

No início de cada ano civil, a enfermeira gestora sonda todos os elementos da equipa de forma individual no sentido de perceber, através de uma análise SWOT (*Strengths, Weaknesses, Opportunities, Threats*), quais são os conteúdos que estes gostariam de ver abordados no plano anual de formação em serviço. Na ótica da estudante, esta metodologia apresenta ser uma mais-valia, uma vez que, recorrendo ao método reflexivo e expositivo, pretende incluir todos os enfermeiros do serviço, contribuindo para um aumento da

motivação dos enfermeiros na adesão à formação em serviço e promoção do trabalho em equipa.

Pode assim aferir-se que, é essencial que o planeamento da formação envolva toda a equipa, sendo um processo mais transparente na identificação das principais lacunas do serviço e desenvolvendo conjuntamente estratégias para a sua resolução (Izaguirres, 2022).

Face ao exposto, num momento reflexivo com a equipa, foi possível perceber a preocupação existente com o controlo e prevenção da hipotermia na pessoa submetida a intervenções cirúrgicas que não estivessem sujeitas a CEC.

A hipotermia induzida pela CEC permite aumentar o tempo em que o coração está parado, diminuindo o fluxo sanguíneo cerebral e o consumo de oxigénio no cérebro, atuando como proteção neurológica (Freitas et al., 2017). Esta técnica consiste em diminuir o consumo de oxigénio, garantindo a proteção dos órgãos vitais (cérebro, coração, rins), ainda diminui a frequência cardíaca e melhora a perfusão do miocárdio (Carneiro, 2021).

Além de um arrefecimento gradual, o reaquecimento da pessoa é parte importante na preparação para a saída de CEC (Carneiro, 2021), pelo que há um empenho conjunto em garantir a normotermia no término da cirurgia.

Uma vez que a hipotermia induzida pode ser protetora das funções vitais, a preocupação recai sobre as pessoas que são intervencionadas sem o recurso a esta técnica.

Posto isto, a estudante, identificou uma oportunidade de fazer a diferença no serviço, dar relevância ao papel do enfermeiro especialista e ainda dar reposta aos seus objetivos específicos, elaborando um protocolo para o serviço. Assente numa breve revisão da literatura sobre o “Controlo e Prevenção da hipotermia intraoperatória no adulto”, e sintetizando assim os principais cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é elaborado o respetivo protocolo que pode ser consultado no Apêndice I, bem como planeada uma sessão de formação sobre a temática (Apêndice II), no sentido de envolver, estimular a reflexão crítica e partilhar conhecimento com toda a equipa (Apêndice III).

A formação em serviço favorece o desenvolvimento de competências e capacita os profissionais de saúde a tomarem as melhores decisões clínicas (Júnior et al., 2023). A avaliação e satisfação dos profissionais relativamente à formação dada é um importante indicador para o formador, pelo que foi elaborado um questionário de satisfação para avaliar este parâmetro (Apêndice IV).

Ainda nesta linha de pensamento, surge a relevância que os projetos de melhoria contínua da qualidade têm nos serviços de saúde, sendo importantes rampas de lançamento para aquilo que são as melhores práticas fundamentadas na mais recente evidência científica.

É pedido ao enfermeiro especialista a mobilização de conhecimento e habilidades, assim como a orientação de projetos institucionais na área da qualidade, garantindo a melhoria contínua da mesma.

A melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas, e em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua, pelo que o enfermeiro especialista tem um papel preponderante nas equipas pluridisciplinares (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019).

Os enfermeiros perioperatórios devem aderir aos padrões de cuidados e à prática baseada em evidência científica em vez de opiniões, hábitos ou práticas anteriores de um profissional individual (AORN, 2021a) para alcançar os resultados desejados em cada domínio do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000). Este processo pode envolver vigilância contínua e a realização de atividades de melhoria da qualidade, após a identificação de áreas de oportunidades que possam influenciar os resultados da pessoa.

Através da observação e reflexão sobre as práticas seguras em contexto de intraoperatório do CCTOT a estudante constatou algumas oportunidades de melhoria, nomeadamente: a organização dos fármacos não ser por ordem alfabética, dificultando o acesso aos mesmo em situações de emergência ou aquando da integração de novos elementos na equipa; a inexistência do código de cores no local de armazenamento dos fármacos, tanto na farmácia como nas salas operatórias; a inexistência de sinalética recomendada para a identificação de medicamentos *Look-Alike Sound-Alike* (LASA), medicamentos de alto risco, medicamentos com mais do que uma dosagem disponível e medicamentos com necessidade de diluição; a necessidade de rever a lista de medicamentos LASA, bem como atualização do grafismo recomendado a esse tipo de medicamentos (utilização do método *Mid-type Tall Man lettering*).

Dessa análise, surge a elaboração de um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da segurança do medicamento, uma vez que segurança e qualidade são dois conceitos que não se conseguem dissociar (Apêndice V).

A segurança do medicamento é definida pela DGS na Norma n.º 014/2015 como o conjunto de “atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos” (DGS, 2015b, p.4).

A identificação de um problema leva à definição de um plano de ação para a sua resolução. Tendo reconhecido a identificação do local de armazenamento dos medicamentos como um entrave à melhoria da qualidade dos cuidados, o planeamento de intervenções no contexto de trabalho e na equipa para a melhoria dos indicadores é essencial, e ainda, atuar na prevenção de incidentes de segurança.

A elaboração do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da segurança do medicamento teve um impacto importante na equipa, uma vez que envolveu os diferentes elementos da equipa, como a enfermeira gestora, a enfermeira coordenadora do BO, o enfermeiro gestor de risco e os enfermeiros responsáveis pela farmácia, promovendo uma consciencialização e reflexão sobre a temática.

A sua implementação na integra ficou condicionada pela limitação temporal do estágio e por fatores intrínsecos do serviço.

A conceção de um BO obedece a determinados “Modelos”, cujo objetivo é serem funcionais, económicos e que minimizem a biocontaminação (ACSS, 2011).

O BO do serviço de CCTOT está inserido no Modelo “*Corredor duplo com isolamento do material sujo*”, uma vez que é composto por um corredor central comum para a generalidade dos circuitos e um corredor específico para a saída do material contaminado, evitando o cruzamento de circuitos. Este modelo vai de encontro ao paradigma inglês, representando um dos modelos mais antigos, contudo, a eficácia do mesmo em relação à imperatividade de um circuito segregado para o material contaminado não está devidamente comprovada (AESOP, 2012). O fundamental é que se respeite rigorosamente as diretrizes pertinentes para o acondicionamento e transporte destes materiais (ACSS, 2011).

É indispensável o estabelecimento da Regra da Assepsia Progressiva, que vai determinar um tráfego controlado, limitado e com barreiras para os profissionais, pessoa em situação perioperatória e materiais (AESOP, 2012), e que se encontra bem delineada no BO da CCTOT, fazendo uma clara distinção entre as áreas livre (zona de receção e acolhimento da pessoa em situação perioperatória, família ou pessoa de referência, profissionais e materiais), área semi-restrita (armazéns de material limpo, estéril e instrumental cirúrgico, gabinetes e corredores às áreas restritas) e a área restrita (sala operatória) (ACSS, 2011 e AESOP, 2012).

Após a conclusão das intervenções cirúrgicas, os materiais utilizados, bem como os sacos de roupa e resíduos, são encaminhados para um corredor externo designado como corredor de

sujos. O material cirúrgico prossegue do corredor diretamente para a subcentral de esterilização, sem transitar novamente por qualquer outra zona do bloco.

Deste modo, os profissionais, a pessoa em situação perioperatória e os materiais transitam das áreas não restritas para as semi-restritas e, posteriormente, para a área restrita (sala operatória), contribuindo significativamente para um controlo mais eficaz dos microrganismos, minimizando o risco de infeção para a pessoa em situação perioperatória e garantido a qualidade dos cuidados prestados.

No período perioperatório, o processo de enfermagem é uma parte integrante dos cuidados de saúde. A colheita de dados com base na avaliação inicial, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, o planeamento dos cuidados, a implementação das intervenções apoiada num raciocínio científico, e posterior avaliação das mesmas permite organizar e prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Duarte & Martins, 2014).

Particularizando para o BO da CCTTOT, o planeamento do processo de enfermagem tem início na visita pré-operatória (VPO), que é um momento de partilha de informação multidisciplinar sobre a pessoa proposta para cirurgia cardíaca. Acontece no dia anterior à cirurgia, e tem dois momentos. O primeiro consiste numa exposição do caso clínico a toda a equipa cirúrgica (cirurgiões cardíacos), médica (cardiologistas) e enfermeiro responsável. O próprio recolhe informações necessárias para a organização e planeamento dos cuidados no dia seguinte, pois define o instrumental cirúrgico a ser utilizado em função das características individuais da pessoa e colabora na distribuição dos tempos operatórios pelas salas disponíveis.

O segundo momento, consiste numa visita à enfermaria, onde acresce a toda a equipa multidisciplinar anteriormente mencionada, o enfermeiro do internamento responsável pelos cuidados à pessoa em situação perioperatória e a própria pessoa. Nesse momento é apresentada toda a equipa cirúrgica e esclarecida qualquer dúvida que possa existir por parte da pessoa em situação perioperatória. Por fim, é informada do seu alinhamento no programa cirúrgico.

Assim, o enfermeiro responsável pela visita procede à anotação de todos os dados relevantes e assume a responsabilidade de comunicar à restante equipa as problemáticas e/ou necessidades identificadas nos pacientes, facilitando uma planificação mais eficaz das intervenções durante o período (AESOP, 2012).

Embora este momento seja de extrema relevância e proporcione uma valiosa fonte de conhecimento clínico para a organização e planeamento dos cuidados, não deve ser encarado como um substituto para a VPO de enfermagem.

Um estudo realizado por F. Carvalho (2024) concluí que, na percepção dos enfermeiros, o conhecimento da pessoa em situação perioperatória sobre os cuidados perioperatórios é insuficiente, sugerindo que o período pré-operatório é essencial para reforçar a realização de ensinamentos, o que poderá contribuir para a melhoria da experiência cirúrgica da pessoa e redução de complicações.

A VPO de enfermagem é um ótimo momento para dar início ao processo de enfermagem, pois permite fazer uma colheita de dados no sentido de identificar as necessidades da pessoa e família/pessoas significativa e estabelecer uma relação de confiança e empatia terapêutica, que permite à pessoa em situação perioperatória expressar os medos associados à experiência anestésico/cirúrgica, reduzir os níveis de ansiedade e capacitar a pessoa a ultrapassar uma experiência que não pode ser contornada ou protelada, num ambiente mais intimista.

A VPO é uma atividade autónoma de enfermagem que promove o acesso a toda informação necessária para reduzir os níveis de ansiedade e permite criar uma relação que facilite a comunicação centrada na pessoa (Brenda & Cerejo, 2021).

São objetivos da VPO de enfermagem: prestação de cuidados individualizados à pessoa em situação perioperatória e proteção dos seus direitos; promover uma relação de confiança entre a o enfermeiro de anestesia e a pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; avaliar as expectativas e conhecimentos da pessoa em situação perioperatória face ao procedimento anestésico/cirúrgico e dotá-la do conhecimento necessário para reduzir os níveis de insegurança e ansiedade; verificar a existência ou não do consentimento informado assinado e atuar em conformidade; assegurar a qualidade e permitir a continuidade dos cuidados (AESOP, 2012).

O facto de a pessoa ser o centro dos cuidados de enfermagem perioperatória, permite reconhecer cada pessoa como um ser único, com as suas próprias experiências, crenças e necessidades. Fazendo um paralelismo entre a VPO de enfermagem e o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000), pode afirmar-se que a participação ativa da pessoa permite o envolvimento da mesma na tomada de decisão, levando-a a entender as suas opções de tratamento e permitindo-lhe expressar as suas preocupações com vista na

obtenção de melhores resultados para a pessoa em situação perioperatória e para a sua família/pessoa significativa.

No decorrer do estágio, foram identificadas oportunidades de melhoria através da observação, reflexão e fazendo um paralelismo com a evidência científica atual, indo assim de encontro às competências que a estudante pretende desenvolver.

No contexto da melhoria contínua da qualidade, a estudante empenhou-se em mitigar os riscos associados à prestação de cuidados. Colaborou ativamente na organização dos cuidados perioperatórios e sensibilizou os colegas para diversas questões associadas ao risco clínico, incluindo a retenção de objetos corto-perfurantes dentro da pessoa em situação perioperatória – em cirurgia cardíaca, fruto da imprevisibilidade e complexidade do procedimento cirúrgico não são contabilizadas as agulhas. Na perspetiva da estudante, apesar de ser compreensível a dificuldade na contabilização das agulhas, é um assunto de extrema importância, uma vez que não é inédito a ocorrência de incidentes desta natureza.

É importante ressaltar que os enfermeiros de perioperatório desenvolvem as suas funções num ambiente de alta pressão, no qual é essencial manter um desempenho exemplar para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa alvo dos seus cuidados (Borchhardt et al., 2022).

Uma pesquisa conduzida nos Estados Unidos da América indica que a média de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos é de 1,32 eventos por 10.000 procedimentos cirúrgicos (Hempel et al., 2015).

O contexto em que as cirurgias ocorrem também é reconhecido como um fator que pode influenciar o processo de contagem cirúrgica, sendo que procedimentos de urgência ou emergência aumentam o risco de retenção de itens cirúrgicos no corpo da pessoa (Treviso et al., 2022; Midões, 2023).

É relevante salientar que há um consenso sobre a classificação de retenção de itens cirúrgicos como um evento adverso, considerando-o inadmissível, acarretando prejuízos para a pessoa em situação perioperatória, profissionais de saúde e instituições, com implicações sociais e económicas (Treviso et al., 2022; Midões, 2023).

Os protocolos para a contagem de dispositivos médicos são fundamentais tanto na gestão dos cuidados perioperatórios quanto na garantia da qualidade dos cuidados. Esses protocolos são estabelecidos por meio de um acordo formal entre duas ou mais partes (AESOP, 2012). A contagem de instrumentos, compressas e materiais corto-perfurantes é um

procedimento essencial para a segurança da pessoa em situação perioperatória, e, também, para os profissionais.

A prevenção de corpos estranhos retidos é uma parte crucial da segurança, defesa (advocacia) e trabalho de equipa em contexto perioperatório. Cirurgias de emergência podem exigir a omissão de contagens de itens, mas se isso acontecer, deve ser registado no relato cirúrgico e processo de enfermagem, e deve ser feita uma radiografia de controlo no final do procedimento cirúrgico (Rothrock, 2007).

A AORN (2021a) tem diretrizes específicas para a equipa perioperatória no que diz respeito à prevenção de retenção de itens cirúrgicos, nomeadamente: implementação de uma abordagem multidisciplinar consistente na prevenção da retenção de itens cirúrgicos, contabilização de todos os materiais (como materiais radiopacos, objetos corto perfurantes e diversos instrumentos), prevenção da retenção de fragmentos de dispositivos, minimização de discrepâncias nas contagens e utilização de tecnologias auxiliares para complementar os procedimentos de contagem manual.

Numa tentativa de fomentar a ideia de mudança de forma informal, durante o período de estágio, o serviço adquiriu contentores corto-perfurantes esterilizados devidamente numerados, com o intuito de ser facilitador no momento da contabilização.

Vários autores, corroboram a importância da existência de um tapete magnético ou recipiente de agulhas, com o intuito de facilitar na sua contabilização e impedir que caiam ao chão fixando-as ao tapete (Rothrock, 2007; AESOP, 2012). Aliás, em cirurgias com um elevado número de itens corto-perfurantes, como o caso da cirurgia cardíaca, sugere que a enfermeiro instrumentista deposite as agulhas nesse tapete, e quando o tapete estiver cheio, as conte em simultâneo com a enfermeiro circulante e descarte para fora da mesa devidamente rotulado, quanto ao número de agulhas e quanto à identificação de ambos os profissionais envolvidos na contagem (Rothrock, 2007).

Uma vez mais, em contexto informal, foi incentivada a aquisição de tapetes magnéticos pelo serviço de CCTOT, sendo que este material já é utilizado noutros blocos operatórios da instituição.

Outra das inquietações da estudante, e ainda no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados prestados, foi o facto de não haver um sistema de rastreabilidade do instrumental instituído.

A rastreabilidade é uma prática eficaz que permite o controlo das diferentes etapas do reprocessamento dos instrumentais cirúrgicos, desde a preparação até ao armazenamento,

validado por registos (Galhardo & Lopes, 2022). Além disso, este sistema é mencionado na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC). A rastreabilidade envolve a capacidade de traçar e identificar o histórico de reprocessamento e utilização de instrumentais e dispositivos médicos, através de um sistema de informação manual ou automatizado (A. Carvalho, 2022).

Em contexto de estágio, a estudante verificou haver uma preocupação com estas questões da rastreabilidade, uma vez que todo o instrumental cirúrgico que se encontra em caixas, apresenta um indicador químico interno e externo de esterilização e encontra-se devidamente identificado com o lote da carga, número do esterilizador, data e responsável pelo processo de esterilização. Contudo, apesar destes dados serem verificados pelo enfermeiro instrumentista e circulante, não é deixada qualquer referência a isso no processo clínico da pessoa em situação perioperatória.

Outro aspeto que chamou particular atenção da estudante, foi a inexistência de uma lista devidamente discriminada do material cirúrgico constituinte de cada caixa, dificultando assim a confirmação do instrumental cirúrgico. Na sua ótica, nas situações em que há alterações nas caixas por remoção de material danificado ou por extravio, pode criar algum tipo de insegurança no momento de confirmar o instrumental e ainda dificultar o processo de integração de novos elementos.

A rastreabilidade é uma prática essencial para análise, controle de riscos, segurança e confiabilidade dos profissionais de saúde e pessoa alvo dos cuidados (Galhardo & Lopes, 2022), e conseqüentemente, para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Conforme mencionado anteriormente, o contexto de estágio proporcionou à estudante uma abundância de oportunidades de aprendizagem, enriquecendo-a com um vasto leque de experiências.

A sala híbrida abre portas para o futuro da cirurgia em geral. É uma sala com enorme potencial, que combina equipamentos de imagem com uma mesa cirúrgica de múltiplas funções (Gentinge, 2022) e, no caso da sala híbrida do BO de serviço de CCTTOT, procura dar resposta a diferentes especialidades: cirurgia cardíaca, cirurgia torácica, cirurgia vascular, cardiologia de intervenção e exames complementares de diagnóstico, como angiotomografias pré-operatórias.

Cirurgias híbridas podem ser definidas como procedimentos que combinam técnicas convencionais e/ou técnicas minimamente invasivas com abordagens endovasculares (Dias et al., 2019).

Enquadrando esta abordagem na realidade do estágio clínico, estes procedimentos abrangem várias áreas, nomeadamente na cardiologia: o tratamento da doença coronária aterosclerótica através da combinação de revascularização cirúrgica do miocárdio com a colocação de *stents* percutâneos; intervenções nas válvulas cardíacas (com ou sem acesso minimamente invasivo) em conjunto com a revascularização percutânea do miocárdio; implante por cateter de prótese aórtica (TAVI, do inglês *transcatheter aortic valve implantation*); na cirurgia vascular: procedimentos endovasculares na aorta torácica ou abdominal, com colocação de endopróteses; tratamento da aterosclerose dos membros periféricos através da Angioplastia Transluminal Percutânea (PTA); e, intervenções de revascularização do miocárdio combinadas com procedimentos de resolução endovascular das artérias carótidas.

Para Dias et al. (2019) os objetivos fundamentais destas intervenções cirúrgicas são converter os procedimentos em menos invasivos e minimizar os riscos de complicações e de mortalidade. Os mesmos autores, afirmam que, isso é alcançado através da capacidade de combinar abordagens cirúrgicas mais tradicionais com técnicas menos invasivas, o que pode resultar na redução da necessidade de cirurgias extensas, convergindo no que de melhor há nas duas técnicas (Dias et al., 2019).

A sala híbrida representa um ambiente complexo que inclui tecnologia altamente avançada e necessita de profissionais com competências especializadas, para garantir a segurança da pessoa, assim como profissionais com competências individuais específicas que trabalhem como uma equipa coesa (Nollert et al., 2012, como citado em Bazzi et al., 2019).

Nesta sala deve estar estabelecida uma equipa multidisciplinar devidamente formada e capacitada que reúna: enfermeiros perioperatórios, cirurgiões, anestesistas, radiologistas e cardiologistas de intervenção, bem como, técnicos de radiologia e cardiopneumologia (AORN, 2020).

Em concordância com o assinalado, surgiram algumas questões que levaram à reflexão crítica da discente, nomeadamente: os procedimentos de cardiologia de intervenção serem “instrumentados”, se assim se pode chamar, por outros profissionais que não enfermeiros, mais precisamente por técnicos de Cardiopneumologia. Na sala híbrida, para a realização destes procedimentos é distribuído apenas enfermeiro de anestesia do bloco operatório e dois enfermeiros do serviço de hemodinâmica que dão apoio à circulação.

Por exemplo, a colocação de uma TAVI, apesar de ser um procedimento minimamente invasivo, é fundamental adotar todos os cuidados no controlo de infeção e seguir uma técnica

asséptica, como em qualquer procedimento cirúrgico, e a ausência destas premissas compromete a segurança e qualidade dos cuidados.

O enfermeiro instrumentista, no desempenho das suas competências, assenta a sua tomada de decisão nos conhecimentos científicos e técnicos adquiridos, e concentra a sua atenção nas necessidades da equipa cirúrgica, permitindo-lhe uma intervenção eficaz e segura durante os procedimentos cirúrgicos (Lei, 2023).

Ao enfermeiro instrumentista, que atua integrado na equipa cirúrgica, compete instrumentar de maneira eficaz e segura, com o intuito de reduzir os riscos de infeção, hemorragia e retenção de corpos estranhos durante o procedimento cirúrgico (AESOP, 2012).

O Parecer n.º 117/2018 da OE, afirma que a *“manutenção da segurança do utente e do ambiente necessário ao ato cirúrgico/anestésico, (...) só pode ser assegurada por enfermeiros”* (2018b, p.3).

Uma sala híbrida é projetada para a realização de procedimentos que frequentemente utilizam tecnologia avançada, obrigando a um investimento considerável. No entanto, a sua existência também contribui para a eficiência e rentabilidade do BO, pois pode ser configurada para funcionar como múltiplas salas cirúrgicas, oferecendo mais capacidade do que uma sala operatória tradicional (T. Silva, 2022).

Uma das questões mais complexas na implementação de uma sala de cirurgia híbrida é desenvolver um conceito de funcionalidade abrangente que permita coordenar e integrar uma vasta gama de equipamentos médicos sofisticados (Gentinge, 2022), garantindo simultaneamente a capacidade de atender às necessidades de diversas especialidades e profissionais.

Outra situação que levou à reflexão crítica da discente, foi a ausência da realização da LVSC nos procedimentos conduzidos pela especialidade cardiologia de intervenção. Dado o envolvimento de um grande número de profissionais, de diferentes especialidades e classes (cardiologistas, cirurgião cardíaco, enfermeiros do BO, enfermeiros do serviço de hemodinâmica, técnicos de cardiopneumologia, técnicos de imagiologia e assistentes operacionais), esses procedimentos ocorrem com um elevado fluxo de pessoas, ruído e desafios de coordenação. No entanto, é importante salientar que, apesar da complexidade, trata-se de um procedimento cirúrgico, e a implementação de uma cultura de segurança é fundamental ao bom funcionamento do serviço. A realização da LVSC pode ajudar a mitigar erros e a melhorar a comunicação entre os membros da equipa.

O programa "Cirurgia Segura Salva Vidas" foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, uma iniciativa da WHO (2004), com o objetivo de reduzir o número de mortes relacionadas com a cirurgia em todo o mundo.

Para apoiar as equipas cirúrgicas a reduzir o número desses eventos, a Aliança Mundial para a Segurança do Doente da WHO (2004) – consultou cirurgiões, anestesistas, enfermeiros, especialistas em segurança do doente e doentes em todo o mundo e compilou os dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica na LVSC (DGS, 2010).

A LVSC está dividida em três fases: o período antes da indução anestésica, antes da incisão cirúrgica e o período durante ou imediatamente após o encerramento da ferida cirúrgica, mas antes de retirar a pessoa da sala operatória (DGS, 2010). Em todos estes períodos é requerida a presença obrigatória do enfermeiro em simultâneo com outro profissional, podendo ser o cirurgião ou o anestesiológico.

A LVSC é um documento normativo da WHO (2009) e apoiado pela DGS, através da Norma n.º 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013 intitulada "Cirurgia Segura, Salva Vidas".

O enfermeiro especialista desempenha um papel fundamental na prestação de cuidados seguros e de qualidade durante os procedimentos cirúrgicos, e a adoção da LVSC emerge como uma ferramenta indispensável nesse processo. Ao implementar esse instrumento, o enfermeiro não apenas promove a segurança da pessoa, mas também fortalece a participação de toda a equipa cirúrgica (Borchhardt et al., 2022).

Essa iniciativa não só beneficia a pessoa em situação perioperatória, ao reduzir o risco de erros durante o procedimento, mas também contribui para a eficiência e eficácia do trabalho da equipa multidisciplinar, garantindo um ambiente cirúrgico mais seguro e confiável.

A melhoria contínua não é apenas um evento isolado, mas sim um compromisso contínuo com a excelência e evolução.

2.3. Gestão dos cuidados

O anexo III, do artigo 7.º, do Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p.4748), informa acerca das competências do domínio da gestão dos cuidados, que são as seguintes:

- a. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;

- b. Adapta a liderança e a gestão de recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

É pedido ao enfermeiro especialista que colabore na gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa pluridisciplinar, que adeque os recursos às necessidades dos cuidados, assegurando a segurança e qualidade das tarefas delegadas, e que adote um estilo de liderança adequado à garantia da qualidade dos cuidados (Regulamento n. 9140/2019 do Diário da República, 2019).

O enfermeiro especialista, como líder, deve atuar como mediador entre a equipa pluridisciplinar, ajudando os elementos da equipa a desenvolverem as suas capacidades. Enquanto gestor, o enfermeiro especialista participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados e faz a interligação funcional de todos os utilizadores e prestadores de cuidados.

A liderança é tida como uma das principais competências a serem adquiridas pelo profissional de saúde. No trabalho em equipa, os enfermeiros deverão estar aptos a assumir posições de liderança, tendo sempre em vista o bem-estar da comunidade. A liderança envolve compromisso, responsabilidade, empatia, habilidade para a tomada de decisões, comunicação e uma gestão de forma efetiva e eficaz (Guerra et al., 2023).

É através da liderança que o enfermeiro consegue conciliar as metas da organização com as da equipa, pelo que um adequado estilo de liderança pode encaminhar a equipa ao sucesso e à prestação de cuidados de excelência, enquanto um estilo de liderança que influencie negativamente pode levar os liderados a questionar o poder do líder dentro da equipa, impedindo-a assim de se desenvolver (Ignácio da Silva et al., 2021; S. Castro, 2022).

Mota et al. (2022) num estudo sobre os papéis de liderança em enfermagem preditores da segurança da pessoa em situação perioperatória, abordam os oito papéis de liderança (Mentor, Facilitador, Inovador, Broker, Diretor, Produtor, Monitor e Coordenador) e afirmam que um líder é eficiente quando combina todos estes papéis de liderança, considerando a complexidade das instituições de saúde.

Contudo os enfermeiros de perioperatório portugueses têm uma percepção mais elevada nos papéis de Produtor (focados nas tarefas, motivados e motivadores na aceitação de responsabilidades e manutenção de produtividade elevada) e Diretor (*“definem metas, planificam e estabelecem objetivos, tomam iniciativa e delegam de forma eficaz”*), enquanto que os papéis Inovador (*“visionários, inovadores, gestores da mudança e criativos na resolução de problemas”*) e Facilitador (*“orientados para o processo, promovendo esforços*

coletivos, coesão, trabalho em equipa e gestão de conflitos”) são percecionados com menor relevo (Mota et al., 2022, p.3).

Em contexto perioperatório, que é um ambiente altamente diferenciado, é absolutamente essencial uma adequada gestão de recursos humanos e materiais que garantam o bom funcionamento das salas operatórias, o cumprimento dos planos cirúrgicos e assegurar a qualidade dos cuidados.

Para além do Enfermeiro Gestor da CCTTOT, no BO está diariamente uma enfermeira especialista a colaborar na gestão do serviço, dedicado à gestão de recursos humanos e de recursos materiais. Este apoio especializado é fundamental para assegurar a continuidade e qualidade dos cuidados prestados.

A partilha da mesma Enfermeira Gestora com os restantes serviços do CCTTOT, proporciona uma compreensão holística e mais abrangente do percurso da pessoa em situação perioperatória, abrangendo as três fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório), bem como uma gestão de recursos humanos e materiais mais eficaz, de acordo com as necessidades de cada setor. No entanto, este modelo pode apresentar limitações, uma vez que cada serviço possui características e complexidades específicas, exigindo a delegação de tarefas e funções de coordenação em cada um dos setores.

A distribuição dos profissionais de saúde pelas diversas áreas de atuação no intraoperatório (anestesia, circulação e instrumentação) em função das especialidades cirúrgicas, é uma tarefa da enfermeira coordenadora do BO, tendo em conta a complexidade das intervenções e o perfil de competências e características individuais dos enfermeiros, revelando-se um dos maiores desafios diários em contexto perioperatório. E ainda, a distribuição das assistentes operacionais pelas diversas tarefas. Esta distribuição requer um profundo conhecimento de todos os elementos da equipa, naquilo que são os seus pontos fortes e dificuldades de cada um.

Dentro da equipa de enfermagem, também é possível observar uma distribuição de tarefas fundamentais para o bom funcionamento do serviço, tais como: confirmação de prazos de validade, pedidos da farmácia, pedidos de material consumível, vigilância dos carros de emergência, registo do consumo de material à consignação, entre outros, desempenhando um papel crucial na articulação com os diversos serviços intermediários, como aprovisionamento, farmácia e manutenção de equipamentos e instalações, garantindo uma gestão eficaz e facilitando a prestação dos cuidados de saúde necessários. Isso resulta em benefícios tangíveis para a saúde da pessoa em situação perioperatória. É importante

destacar a relevância dessa colaboração com os diversos serviços na asseguarção da qualidade dos cuidados de saúde (Loureiro, 2022).

Na ótica da estudante, e em reflexão crítica com a enfermeira coordenadora, constatou-se que a distribuição de tarefas é uma boa política de liderança, uma vez que permite otimizar tempo e recursos disponíveis, garantindo que cada membro da equipa contribui com as competências e habilidades específicas para garantir o bom funcionamento do serviço. Essa distribuição de tarefas é reavaliada e alterada a cada seis meses, garantindo que todos passam por todas as tarefas, promovendo o desenvolvimento profissional e estimulando os enfermeiros a assumir responsabilidades variadas dentro do serviço.

No geral, a distribuição de tarefas pela enfermeira coordenadora é uma prática essencial para promover a eficácia e a eficiência da equipa de enfermagem, garantindo que os cuidados prestados sejam sempre priorizados e de alta qualidade.

Uma vez mais, a liderança partilhada implica a otimização de todos os recursos humanos disponíveis na organização, com vista nos objetivos organizacionais (Rodrigues, 2021). As evidências mostram que, quanto maior é o envolvimento dos enfermeiros na liderança partilhada, maior é o seu compromisso profissional, o que se traduz em cuidados de melhor qualidade e mais seguros (Guerra et al., 2023).

Ter líderes que desempenham papéis diferentes e complementares, que cooperaram com a restante equipa, que lidam bem com o sucesso partilhado, têm a capacidade de lidar com crises, comunicar com eficácia, distribuir e redistribuir tarefas conjuntas e decisões aumentam as probabilidades de sucesso deste tipo de liderança (O'Toole et al., 2002, como citado em Lopes & Baioa, 2011).

Dentro do contexto da gestão dos cuidados, um aspeto que foi alvo de reflexão crítica por parte da estudante, foi o método de trabalho pontualmente adotado pela equipa de enfermagem do BO. Fruto de um contexto muito particular e específico, com procedimentos quer anestésicos, quer cirúrgicos altamente complexos, mas também da pressão exercida para redução dos tempos de *turnover* e aumentar o número de tempos cirúrgicos, na ótica da estudante, acabam por incorrer, em determinados momentos, num método de trabalho funcional ou à tarefa.

Segundo a *American Nurses Credentialing Center* (2019) um método de trabalho consiste nas estruturas essenciais para organizar e fornecer cuidados aos clientes em diversos contextos de assistência, com base nas competências dos enfermeiros e nos resultados desejados para a assistência (como citado em Ventura-Silva et al., 2021).

Um método de trabalho determina a distribuição do trabalho e influencia a tomada de decisões, considerando a interação entre enfermeiros e, por vezes, com outros profissionais de saúde (Winslow et al., 2019).

A literatura destaca quatro métodos de trabalho adotados pelos enfermeiros no desenrolar do seu exercício profissional, nomeadamente o método funcional ou à tarefa, o método individual, o método de trabalho em equipa, e por fim, o método de enfermeiro responsável (Ventura-Silva et al., 2021).

O método de trabalho reflete uma visão sobre os cuidados, assim como a forma de pensar e organizar esses cuidados na equipa de enfermagem. Após observação direta desta prática e em conversas informais com os colegas, constatou-se que a generalidade dos enfermeiros, apesar de reconhecerem o método, não se identificam com o mesmo, reforçando que acontece em casos pontuais e cada vez com menos frequência.

No contexto perioperatório, na opinião da estuante, pode ser compreensível a adoção deste método, uma vez que existe uma grande pressão na redução dos tempos de *turnover*, a azáfama do dia-a-dia, a existência de práticas protocoladas, sendo relativamente fácil incorrer na distribuição de tarefas padronizadas.

Uma vez que o método funcional aumenta a produtividade dos enfermeiros, o que está associado à economia de tempo devido à execução rápida das tarefas, originando um nível de confusão em relação à atribuição de responsabilidades na execução, acarretando um maior risco de ocorrência de eventos adversos (Ventura-Silva et al., 2021).

É importante salientar que *“a complexidade das condições clínicas dos clientes nas diferentes unidades de cuidados”*, juntamente com *“a existência de um elevado turnover, especialmente em contextos cirúrgicos, justifica a adoção de certos métodos de trabalho”*, com o intuito de dar resposta às necessidades das pessoas hospitalizadas mais rapidamente (Ventura-Silva et al., 2021, p.290).

Contudo este método descentraliza o foco na pessoa alvo dos cuidados, priorizando a conclusão de tarefas em detrimento do cuidado holístico e individualizado, divergindo dos pressupostos do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000). Todavia, é importante considerar os prós e contras deste método, bem como adaptá-lo às necessidades específicas de cada contexto de saúde.

Outra das situações que foi alvo de reflexão crítica por parte da estudante, prendeu-se com o facto de quando existem situações de emergência na UCIC, ou em qualquer uma das unidades do CCTOT, como por exemplo uma paragem cardiorrespiratória, é pedida

colaboração da equipa de enfermagem do BO, pelo elevado risco de conversão num procedimento cirúrgico, sendo que é primordial a colocação da pessoa em circulação extracorpórea (CEC).

Contudo, são levantadas questões relativamente às dotações seguras de enfermeiros nas salas operatórias, uma vez que um enfermeiro de cada sala vai para a unidade, ficando apenas dois na prestação de cuidados à pessoa que está a ser submetida à cirurgia.

A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, legislada no Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, 2.ª série, de 25 de setembro de 2019, recomenda que devem existir nas salas de operações de cirurgia programada ou urgente, os seguintes postos de trabalhos: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. Reforça ainda, que sempre que possível, sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de EPSP.

Provisoriamente, enquanto não existir um número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os blocos podem integrar enfermeiros e enfermeiros especialistas provenientes de diversas áreas de especialidade, preferencialmente com especialização em EMC (Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, 2019).

A existência de uma Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, engloba a realidade das diferentes áreas de especialidade em enfermagem, vinculando todos aqueles que exercem a profissão, contribuindo, desta forma, para a proteção da saúde e segurança dos destinatários de cuidados de saúde, bem como dos próprios profissionais envolvidos (Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, 2019).

A partir do momento em que foi publicada, a OE, os Enfermeiros e os Enfermeiros Gestores estão dotados deste instrumento para requerer aos conselhos de administração os recursos humanos adequados aos serviços, tendo sempre em vista a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa.

Para garantir a segurança tanto da equipa cirúrgica como da pessoa em situação perioperatória, é fundamental que a equipa tenha ao seu dispor as condições prévias adequadas e recursos necessários para a realização do procedimento, assegurando um ambiente operacional seguro e eficaz (Borchhardt et al.,2022).

Durante o turno de apoio à coordenação da equipa, a estudante teve oportunidade de observar intimamente os desafios constantes com que o enfermeiro especialista de apoio à gestão se debate, desde a abstenção de profissionais, à rotura de *stocks* de bens essenciais

em perioperatório, como materiais consumíveis (por exemplo: tubos orotraqueais ou mesmo adesivo).

Foi possível perceber os constrangimentos associados à escassez de material, que afetou diversos membros da equipa multidisciplinar. A enfermeira de apoio à gestão de recursos materiais recorreu às competências comunicacionais, utilizando sua capacidade de argumentação e negociação com o serviço de aprovisionamento para lidar com essa situação.

É de valorizar o papel do enfermeiro especialista que faz a gestão dos recursos materiais, pois tem um papel fundamental na prestação de cuidados. No entanto, enfrenta desafios que vão além das suas capacidades, como a falta de autonomia na escolha dos materiais, a ausência de contratos de manutenção, materiais de baixa qualidade, e, não menos importante, a falta de consciencialização no consumo desses recursos (I. A. Araújo et al., 2022).

O mesmo autor refere que estas questões não resolvidas são geradoras de *stress* no ambiente de trabalho, resultando em desgaste dos profissionais e até mesmo incidentes de segurança decorrentes dos cuidados de enfermagem (I. A. Araújo et al., 2022).

A gestão de recursos materiais, embora seja uma atividade comum no dia-a-dia dos enfermeiros de perioperatório e menosprezada para muitos, é absolutamente essencial para o bom funcionamento do BO, nomeadamente no que diz respeito às condições de segurança adequadas à prestação de cuidados de qualidade.

É fundamental ter sensibilidade para lidar com determinados assuntos e utilizar uma variedade de técnicas diretas ou indiretas, tais como a instrução ou demonstração prática das tarefas a delegar, garantindo a segurança e a qualidade. É importante que um líder ou gestor desenvolva competências adequadas ao papel que está a desempenhar (Lopes & Baioa, 2011).

Um exemplo prático que a aluna constatou relativamente a esta competência foi o delegar a duas colegas a elaboração de uma ação de formação para a restante equipa relacionada com “Cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória com alergia ao látex”, permitindo assim a inclusão da equipa no plano formativo da mesma e atribuindo-lhes um sentido de responsabilidade individual favorecedor da melhoria da qualidade dos cuidados. Isto revela que o Enfermeiro Especialista de Apoio à Gestão reconhece quando deve “*negociar com*” ou “*referenciar para*” outros prestadores de cuidados de saúde (Regulamento n. 9140/2019 do Diário da República, 2019, p. 4748).

Segundo Anunciada e Lucas (2021), os enfermeiros gestores, através de uma liderança adaptada e com estratégias de empoderamento, como uma maior participação da equipa de

enfermagem no processo de tomada de decisão, podem melhorar o ambiente da prática, levando à prestação de cuidados de enfermagem de qualidade, e conseqüentemente uma maior segurança da pessoa.

2.4. *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

O anexo IV, do artigo 8.º, do Regulamento n.º 140/2019 (Diário da República, 2019, p.4749), refere que as competências do domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais são as seguintes:

- a. Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- b. Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

O avanço científico e tecnológico, bem como a especificidade da pessoa em situação perioperatória com inúmeras comorbidades, exige ao enfermeiro perioperatório uma atualização teórica e prática contínua (AESOP, 2012).

Posto isto, é imperativo que, de acordo com o seu estado de saúde, a pessoa em situação perioperatória necessita de cuidados especializados, que devem ser prestados por profissionais com competências específicas.

O enfermeiro especialista deve ser capaz de demonstrar capacidade de autoconhecimento, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multidisciplinares, e ainda, alicerçar a sua tomada de decisão em evidência científica atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem (Regulamento n.º 140/2019 do Diário da República, 2019).

Durante o contexto de estágio, foi possível à estudante mobilizar o conhecimento da componente teórica para o contexto da prática clínica, e ainda, a aquisição de novas aprendizagens.

No que diz respeito ao aprofundamento do autoconhecimento, o estágio foi um ótimo momento para a estudante identificar na sua identidade profissional oportunidades de melhoria na prática clínica. Através da reflexão e do *feedback* recebido do supervisor clínico e colegas, a discente foi capaz de reconhecer as suas competências e limitações, o que contribuiu para uma maior autoconfiança e assertividade na tomada de decisões.

Segundo A. Silva et al. (2023) no contexto do Ensino Clínico, a interação entre supervisores, estudantes e equipa multiprofissional desempenha um papel fundamental na facilitação da

aprendizagem dos estudantes. Os mesmos autores, reforçam ainda, que a colaboração promove a autonomia, o desenvolvimento do pensamento clínico e o processo de tomada de decisão (A. Silva et al., 2023).

A capacidade de reconhecer e lidar com as emoções, bem como a habilidade para comunicar eficazmente as suas necessidades e opiniões construtivas, foram aspetos-chave desenvolvidos pela estudante ao longo do estágio. Além disso, o ambiente de aprendizagem colaborativo proporcionou oportunidades para praticar a assertividade em situações de trabalho em equipa, contribuindo para o desenvolvimento de relações interpessoais saudáveis e eficazes.

De uma forma geral, a estudante sentiu-se parte integrante da equipa multidisciplinar, tendo-lhe sido reconhecidas competências técnicas, através da oportunidade de alcançar um dos seus objetivos específicos estabelecidos no início do estágio. A oportunidade de desenvolver competências enquanto enfermeiro instrumentista, através da oportunidade de instrumentar, sob orientação, duas cirurgias - uma cardíaca e outra vascular. Tal feito evidenciou o reconhecimento e confiança da equipa multidisciplinar na sua capacidade, demonstrando a sua aptidão para enfrentar desafios nesta área, assim como nas restantes funções do enfermeiro de perioperatório.

O Enfermeiro Instrumentista necessita de possuir conhecimentos especializados para garantir a eficácia, segurança e qualidade na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, em colaboração com a equipa, procurando alcançar os melhores resultados. (Lei, 2023). Devido à complexidade das suas responsabilidades, o processo de integração deste profissional é mais demorado em comparação com outras áreas de atuação no perioperatório (Lei, 2023).

Abordando ainda as funções do enfermeiro de perioperatório praticadas neste campo de estágio (instrumentação, anestesia e circulação), um dos aspetos alvo da reflexão crítica da estudante foi o facto de algumas das funções descritas, nomeadamente pela AESOP (2012), do enfermeiro de anestesia não serem realizadas por profissionais de enfermagem.

Ao acompanhar e colaborar com o enfermeiro de apoio à anestesia, a estudante constatou que este, não monitoriza a pessoa em situação perioperatória, essa função é dos técnicos de Cardiopneumologia (perfusionista). O enfermeiro de anestesia é responsável por preparar toda a medicação prescrita pelo Anestesista, para a indução e manutenção da anestesia, mas no momento da indução anestésica, não realiza a sua administração, assim como não

punciona os acessos venosos periféricos, pois ambas as tarefas são realizadas pelo anestesista.

De acordo com a AESOP (2012), é função do enfermeiro de anestesia colaborar ativamente na indução anestésica, sendo eficaz e eficiente durante todos o procedimento anestésico.

Após observação direta desta prática e em conversas informais com os colegas, constatou-se que a generalidade dos enfermeiros do BO da CCTTOT discorda deste método de trabalho. Apesar de o serviço estar a passar por algumas mudanças nesse sentido, esta prática vai se mantendo, provavelmente por comodidade e/ou resistência à mudança por parte de outras classes profissionais.

Um aspeto, claramente facilitador na prestação de cuidados de qualidade é a existência de um livro com o protocolo de preparação e diluições de todos os fármacos e perfusões, bem como o protocolo dos antibióticos utilizados para cada especificidade cirúrgica, em cada sala. Este facto minimiza o erro na preparação dos fármacos e conseqüentemente promove a segurança da pessoa em situação perioperatória.

O ápice da aprendizagem é alcançado quando a estudante consegue aplicar na sua prática clínica as boas práticas absorvidas durante a experiência de estágio.

Foi isso que aconteceu com a desinfeção e colocação de campos operatórios. O BO de CCTTOT tem um protocolo instituído com a uniformização do procedimento de desinfeção do campo operatório pela equipa, orientando para uma correta lavagem e antissepsia da pele na área operatória, com o intuito de prevenir a infeção do local cirúrgico.

As infeções do local cirúrgico estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde mais comuns, nomeadamente em Portugal, associadas a internamentos hospitalares prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais, podendo exigir cuidados intensivos e resultar em maior morbidade e mortalidade atribuíveis e custos elevados em saúde (DGS, 2023).

Posto isto, é pratica recorrente no BO da CCTTOT, efetuar uma lavagem com Clorexidina a 2% pelo enfermeiro após a indução anestésica e posteriormente, uma desinfeção com Clorexidina a 2% em álcool a 70% solução corado, pelo cirurgião, exceto quando contraindicado. Todo o procedimento é realizado com técnica asséptica. Só após o procedimento de desinfeção da área operatória é que o cirurgião se paramenta com bata cirúrgica e substitui as luvas cirúrgicas, respeitando o tempo de secagem preconizado e diminuindo o risco de contaminação acidental na colocação dos campos operatórios provocada pela proximidade da roupa ao campo operatório.

Frequentemente, a adoção de boas práticas requer apenas estar desperto para a mudança, neste caso em particular, é intenção da estudante a aplicação das boas práticas aprendidas na sua prática de cuidados.

Durante o estágio, foi dado ênfase à aplicação da evidência científica na prática clínica especializada. Através da revisão de literatura e da partilha de conhecimento com a equipa, a estudante aprendeu a avaliar criticamente as melhores práticas baseadas em evidências e a integrá-las na sua prática diária. Isso incluiu a atualização constante sobre as últimas diretrizes e protocolos clínicos relevantes para a área de especialidade que pretende desenvolver. Ao basear a prática em evidências científicas sólidas, é possível prestar cuidados de maior qualidade e segurança às pessoas e respetiva família/pessoa significativa, bem como contribuir para a evolução e inovação da Enfermagem especializada.

Com base neste princípio, a estudante teve a oportunidade de participar nas 1.ª Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto, com o tema “Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios...”, que ocorreram nos dias 16 e 17 de fevereiro. Este evento não só proporcionou uma visão atualizada dos desafios em qualidade e segurança perioperatória, que são cada vez mais relevantes no contexto atual, mas também permitiu a partilha de conhecimentos e experiências com colegas de diferentes contextos.

Em colaboração com outros colegas do 3º curso de mestrado em EMC na área de especialização de EPSP, a estudante apresentou duas comunicações livres, intituladas "Controlo e prevenção da hipotermia inadvertida no adulto no período intraoperatório" (Apêndice VI) e "*Debriefing* da equipa em contexto perioperatório: Uma prática a implementar" (Apêndice VII), e ainda, um *Poster* sobre "*Stress* Ocupacional nos Enfermeiros Perioperatórios: quais os fatores desencadeantes, que impacto e que desafios?" (Apêndice VIII). A participação nestas Jornadas proporcionou uma visão aprofundada sobre temas como gestão e liderança, qualidade e segurança, destacando ainda o papel crucial do enfermeiro especialista em EPSP no exercício profissional.

O certificado de participação nas Jornadas com as comunicações orais consta no Anexo I e II, respetivamente, e a certificação de apresentação do *Poster* consta no Anexo III.

Em suma, o desenvolvimento do autoconhecimento e da assertividade, juntamente com a prática clínica especializada baseada em evidência científica, foram elementos essenciais do crescimento profissional da estudante durante o estágio. Essas aprendizagens não apenas

fortaleceram as competências clínicas, mas também consolidaram o compromisso com a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

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

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências tendo por base o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, identificando cinco níveis de competências na prática clínica de enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Segundo a AESOP (2012, p.186), o enfermeiro especialista em perioperatório *“situa-se no intervalo entre o estadio 3 e o estadio 4 – competente/proficiente”*.

O modelo de competências de Benner (2001) descreve que o enfermeiro torna-se competente quando toma consciência da sua prática, adquire competências para planear e coordenar variados cuidados, fazendo face às necessidades da pessoa. É segundo esta premissa, que se pauta todo percurso académico e profissional da estudante.

Para a autora, as competências para a excelência da prática dos cuidados surgem quando se ganha perícia profissional, que é conseguida mediante uma aprendizagem experiencial, pois é através dessa experiência que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante na situação e a retirar o seu significado (Benner, 2001).

A Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem afirma que, para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações, num BO *“é adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho”* (circulação, instrumentação e anestesia) *“sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de EPSP. Transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os BO integram enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente enfermeiros especialistas em EMC”*. (Regulamento n.º 743/2019, Diário da República, 2019, p.142).

A especialização dos cuidados de enfermagem está associada a uma melhoria da qualidade dos cuidados prestados, uma vez que o enfermeiro especialista em EMC concebe, implementa e avalia planos de intervenção em resposta às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa alvo dos seus cuidados.

O Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2.ª série, de 16 de julho de 2018, refere que o avanço do conhecimento requer que o Enfermeiro Especialista *“desenvolva a sua prática nas mais recentes evidências, orientada para os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, sendo também o líder ideal para projetos de formação, de assessoria e de*

investigação”, com vista à aquisição de competências naquela que é a sua área de especialização (2018, p.19360).

O Anexo IV, do Regulamento n.º 429/2018, define que a área de especialização em EPSP tem como foco de atenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem uma experiência cirúrgica/anestésica, indo ao encontro do modelo concetual adotado para a realização deste relatório, o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000).

O enfermeiro especialista nesta área de especialização, presta cuidados de enfermagem à pessoa e família/pessoa significativa a experienciar processos de transição saúde/doença, com vista ao empoderamento da pessoa, promoção da saúde, prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (OE, 2017a).

O enfermeiro especialista em EPSP é responsável por aplicar o processo de enfermagem, colhe dados, avalia, planeia e implementa intervenções à pessoa em situação perioperatória de forma autónoma e interdependente. É responsável pela gestão de recursos disponíveis e por proporcionar à equipa a *“liderança, a direção e a experiência clínica para a obtenção de melhores resultados”* (AESOP, 2012, p.186).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de EPSP desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018). Importa reforçar que o período perioperatório é constituído por três fases, a fase pré, intra e pós-operatória (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

A fase pré-operatória tem início na tomada de decisão conjunta do cirurgião e da pessoa pelo procedimento cirúrgico e termina com a transferência da pessoa para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia com a sua transferência para mesa operatória e termina com a transferência para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA). Por fim, a fase pós-operatória tem início com a admissão da pessoa na UCPA e termina quando a pessoa está recuperada do procedimento cirúrgico/anestésico (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

Os enunciados descritivos dos Cuidados de Enfermagem Especializados em EPSP, da OE (2017a) e o Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2.ª série, de 16 de julho de 2018, dão sustento e estrutura a este capítulo, e servem de linha orientadora à análise crítica e reflexiva das competências do enfermeiro especialista na área de EPSP.

Considerando a pertinência do tema, é importante clarificar os pilares dos cuidados de enfermagem perioperatórios, descritos pelo Colégio da Especialidade de EMC, nos Padrões

de Qualidade dos Cuidados Especializados, da OE, nomeadamente reconhecimento do outro e a capacitação¹, vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória², responsabilidade do cuidado³, prudência e a gestão de risco⁴, e ainda, consciência cirúrgica⁵ (OE, 2017a).

Estes conceitos são linhas orientadoras importantes que sustentam e norteiam a prática dos cuidados de enfermagem especializados.

As competências do enfermeiro especialista na área de EPSP, englobam as competências comuns do enfermeiro especialista, descritas no Capítulo 2 e as seguintes.

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

O anexo IV, do artigo 9.º, do Regulamento n.º 429/2018 refere que, o enfermeiro especialista deve mobilizar conhecimentos e habilidades para cuidar da pessoa e família/pessoa significativa de acordo com as suas necessidades, promovendo a consciencialização do processo de transição, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.

O modelo teórico que suporta a realização deste relatório, o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000), enfatiza a importância de entender e atender às necessidades, preferências e valores da pessoa, promovendo um atendimento mais

¹ **Reconhecimento do Outro e a Capacitação:** base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação (OE, 2017a, p.27).

² **Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória:** impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição (OE, 2017a, p.27).

³ **Responsabilidade do cuidado:** responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória (OE, 2017a, p.27).

⁴ **Prudência e a gestão de risco:** competências na gestão dos riscos e das consequências possíveis e prováveis de cada decisão ou ato. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou equipa (OE, 2017a, p.27).

⁵ **Consciência cirúrgica:** é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à PSP, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (OE, 2017a, p.27).

personalizado e centrado na pessoa em situação perioperatória e sua família ou pessoa significativa.

Para a prestação de cuidados de saúde de qualidade, é crucial uma abordagem sistemática e holística, manter a identidade e a dignidade de cada pessoa, nacionalidade, religião ou outras crenças, sem prejuízo do estado de saúde (AORN, 2021a). A pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa têm direito a receber as informações necessárias e apoio físico e emocional imprescindíveis à recuperação (EORNA, 2019).

No período perioperatório, o processo de enfermagem é uma parte integrante dos cuidados de saúde, a colheita de dados com vista na avaliação inicial, a elaboração de diagnósticos de enfermagem, o planeamento dos cuidados, a implementação das intervenções com base num raciocínio científico, e posterior avaliação das mesmas, permitindo organizar e prestar cuidados de enfermagem de qualidade (Duarte & Martins, 2014).

Capacitar a pessoa envolve estabelecer uma conexão empática, fornecer informações claras e compreensíveis, e garantir que a pessoa se sente segura e confiante (Oliveira et al., 2020). Isso requer uma comunicação eficaz que promova uma compreensão completa das informações transmitidas (DGS, 2022b).

Maximizar a compreensão sobre o processo de cuidados, capacitando a pessoa através da comunicação, permite ao enfermeiro especialista em EPSP incentivar a pessoa a verbalizar as suas dúvidas e expressar os seus receios, focando-se nas respostas comportamentais do mesmo, de acordo com o referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000).

A partir deste momento, é da responsabilidade do enfermeiro especialista em EPSP a elaboração de um plano de cuidados, com intervenções direcionadas às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa.

O enfermeiro especialista em EMC na área de EPSP deve agir com pertinência nas diferentes áreas de atuação do enfermeiro de perioperatório. Isto significa que, é importante a aquisição de competências em todas as funções, anestesia, instrumentação, circulação e UCPA. Esta última função, não se adequa ao contexto de estágio, uma vez que os cuidados pós anestésicos são prestados na UCIC, constituída por uma equipa própria e altamente especializada.

O enfermeiro especialista em EPSP, enquanto enfermeiro de anestesia, é responsável por dominar um conjunto de conhecimentos e técnicas anestésicas, permitindo-lhe gerir a anestesia de forma eficaz e eficiente durante todo o procedimento. É essencial a

implementação de um plano de intervenção personalizado, adaptado às necessidades específicas de cada pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2012).

A VPO é um ótimo momento para dar início ao processo de enfermagem, permite fazer uma colheita de dados no sentido de identificar as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa e estabelecer uma relação de confiança e empatia terapêutica (F. Carvalho, 2024), que permite à pessoa em situação perioperatória expressar os medos associados à experiência anestésico/cirúrgica, reduzir os níveis de ansiedade e capacitar a pessoa a ultrapassar uma experiência que não pode ser contornada ou protelada (Brenda & Cerejo, 2021).

A VPO de enfermagem não está instituída no BO da CCTTOT, apesar da literatura evidenciar benefícios na sua implementação tanto para a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, como uma melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados.

Com base no exposto, considerando o contexto de estágio e numa perspetiva de projeção futura, a estudante sugere a implementação da VPO de enfermagem como um excelente Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade a ser realizado no BO do serviço de CCTTOT, visando aprimorar a qualidade dos cuidados.

Durante o estágio, a estudante colaborou com o enfermeiro de anestesia na prestação de cuidados, tendo como uma das suas prioridades a confirmação da existência da pulseira de identificação, cumprindo os mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde, com pelo menos dois dados diferentes (nome completo e data de nascimento), segundo a Orientação n.º 018/2011 (DGS, 2011a).

É através deste momento, no acolhimento da pessoa ao BO, que a estudante dá início a um conjunto de verificações de segurança relacionados com a pessoa e o procedimento anestésico/cirúrgico previsto, nomeadamente o consentimento informado livre e esclarecido devidamente assinado, contribuindo para o preenchimento da LVSC.

O enfermeiro especialista na área de EPSP, para além de assegurar a qualidade dos cuidados durante todo o período perioperatório, assume um papel preponderante de advogado da pessoa alvo dos seus cuidados, responsabilizando-se por dar resposta às suas necessidades físicas e psíquicas até que esta seja capaz de tomar as suas próprias decisões (AORN, 2021a) e garante o cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento esclarecido e informado (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

Como advogado da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro “*assegura um ambiente seguro e terapêutico mantendo os padrões de boas práticas. A função do enfermeiro inclui a segurança, o conforto e um profundo conhecimento do meio envolvente. Em nenhum outro lugar, o papel de advogado é um desafio tão importante*” (AESOP, 2012, p.8).

Ainda enquanto advogado da pessoa em situação perioperatória, os enfermeiros comunicam com a equipa pluridisciplinar para garantir que todos os componentes do processo são realizados corretamente, não se limitando apenas à verificação do consentimento, marcação do local cirúrgico e ao preenchimento de *checklists* (AORN, 2021c).

Em contexto perioperatório, a pessoa encontra-se frequentemente em situação de grande dependência e vulnerabilidade, impossibilitando-a de participar no processo de cuidados devido a alterações do estado de consciência (AORN, 2021a, 2022). Essa vulnerabilidade potencia o erro e exige que os enfermeiros de perioperatório deem primazia absoluta à segurança da pessoa (AORN, 2022). Por este motivo, advogar pela sua segurança e bem-estar durante todo o período perioperatório, assegurando a sua integridade e autonomia, é uma prioridade máxima para o enfermeiro especialista na área de EPSP.

Enquanto advogado da pessoa, o enfermeiro especialista na área de EPSP preocupa-se em analisar os dois lados do dilema ético com o qual se depara no dia-a-dia da prática de cuidados e colabora ativamente na sua resolução.

Entende-se por dilema ético uma situação específica na qual é necessária uma tomada de decisão, mas ambas as alternativas são indesejáveis, do ponto de vista ético, é uma situação que envolve um choque de princípios ou deveres – real ou aparentemente irresolúvel, onde não existem linhas orientadoras a seguir (Gomes, 2021).

A metodologia fundamentada e prudente, do ponto de vista ético, para uma tomada de decisão mais adequada, passa por o enfermeiro especialista ouvir e perceber qual é a vontade e o assentimento da pessoa em situação perioperatória e por obter o consenso dentro da equipa cirúrgica (Gomes, 2021).

Enquanto estudante, nem sempre é fácil a abordagem de um dilema ético, quer seja pelo contexto da prestação de cuidados ser diferente do seu, quer pela interação necessária para obter o consenso dentro da equipa multidisciplinar, mas foi através da reflexão e discussão em equipa que impulsionou o desenvolvimento de competências na tomada de decisão ética. Esses momentos foram enriquecedores para o autoconhecimento da discente, permitindo-lhe sair da sua zona de conforto e encontrar um equilíbrio entre o conhecimento teórico, a prática clínica e o desenvolvimento pessoal.

Através das oportunidades de aprendizagem ao longo do estágio, o suporte contínuo dos supervisores clínicos e a reflexão constante contribuíram para melhorar a competência de gestão de dilemas éticos da estudante, promovendo uma prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e eticamente responsáveis.

A AORN (2021a, 2022) é incisiva quando aborda o tema da advocacia da pessoa em situação perioperatória nas suas diretrizes, afirmando que todas as pessoas em situação perioperatória têm o direito de receber cuidados de alta qualidade e que merecem ter no mínimo um enfermeiro circulante na fase intraoperatória dos cuidados e o processo de enfermagem (colheita de dados, elaboração de diagnósticos, planeamento, implementação e avaliação) deve ser implementado e documentado por um enfermeiro especialista na área de EPSP.

Prestar cuidados de qualidade à pessoa em situação perioperatória é sinónimo de documentar, enquanto futura enfermeira especialista, a estudante não pode defender outra premissa que não esta. A documentação assegura a continuidade dos cuidados, facilita o planeamento personalizado dos cuidados, promove cuidados de saúde seguros através da minimização do erro e permite a extração de indicadores de qualidade sensíveis aos cuidados de enfermagem. Além disso, desempenha um papel crucial na conformidade legal e ética, na educação e na investigação, contribuindo para a excelência e a evolução contínua da prática de enfermagem.

A OE (2023) afirma que a documentação em enfermagem consiste no conjunto de informação produzida pelo enfermeiro decorrente da prática clínica, na qual compila informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como toda a informação, resultante do processo de tomada de decisão, de outros profissionais e implementadas pelo enfermeiro (intervenções interdependentes).

O sistema de informação, através da utilização de uma linguagem universal, como a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE), permite obter dados que se podem traduzir em indicadores de qualidade em saúde, dar visibilidade aos cuidados de enfermagem e fundamentar a tomada de decisão. Além disso, é exigido ao enfermeiro especialista em EPSP que colabore na organização do processo cirúrgico, gerindo as fases do perioperatório, otimizando a sala operatória para evitar períodos inativos e proporcionando, assim, uma experiência cirúrgica aprimorada.

Como foi referido anteriormente, no BO de CCTTOT, a documentação é feita em suporte de papel, o que apesar de se acreditar ser provisório, é uma situação que se prolonga no tempo.

Embora tradicional, a documentação em suporte de papel apresenta diversas desvantagens, incluindo a fragilidade (suscetíveis a danos físicos, como rasgos, derrames de líquidos e desvanecimento com o tempo) e o risco de extravio, dificuldades de acesso e partilha de informações, necessidade de espaço físico significativo, custos elevados e impacto ambiental, além de processos morosos e riscos de erros de legibilidade. Estas limitações podem comprometer a eficiência, a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde.

Em estreita complementaridade, o enfermeiro circulante, realiza um conjunto de procedimentos fruto do seu pensamento crítico e reflexivo, em prol da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, em suma é o “Maestro” da sala de operações, pois é denominado como o gestor da sala de operações e garante a segurança da pessoa e de toda a equipa multidisciplinar (AESOP, 2012), identifica as necessidades individuais da pessoa e age em conformidade. Compete-lhe planear, organizar, delegar, comunicar, coordenar e avaliar as atividades da restante equipa de enfermagem e de outros profissionais funcionalmente dependentes (OE, 2004).

A DGS (2010) reforça o papel do enfermeiro circulante, ao afirmar que para garantir a aplicação efetiva da LVSC, é necessário designar um coordenador responsável pela sua verificação, e geralmente, essa função é desempenhada pelo enfermeiro circulante.

Isto acrescenta responsabilidade ao enfermeiro de perioperatório, mas é da competência específica do enfermeiro especialista na área da EPSP supervisionar o correto preenchimento e cumprimento da mesma, agindo em conformidade, com vista no aumento da segurança e qualidade dos cuidados.

Foi enquanto colaborava na prestação de cuidados com o enfermeiro circulante, que a estudante pode contactar com a CEC, uma vez que a maior parte dos procedimentos cirúrgicos acontecem recorrendo a esta técnica. O desenvolvimento da CEC, foi um dos avanços mais notáveis da medicina do séc. XX, permitindo a realização de cirurgias com o coração aberto, com mais segurança (G. Lima & Cuervo, 2019).

A CEC substitui a função cardíaca e pulmonar durante a cirurgia, através da qual o sangue do sistema venoso é desviado de forma continuada do corpo para o circuito da CEC, onde uma bomba vai conduzir o sangue através de um dispositivo de trocas gasosas (oxigenador) e de seguida o devolve à pessoa através de uma cânula arterial. Esta técnica permite que as cirurgias se realizem de uma forma segura, com o coração imóvel e sem sangue (G. Lima & Cuervo, 2019).

Todo o circuito da máquina é previamente preparado pela equipa de técnicos de Cardiopneumologia, que estão sempre presentes durante todo o procedimento anestésico/cirúrgico.

Numa análise reflexiva, durante a prestação de cuidados, a estudante observou a utilização de campos operatórios de tecido em intervenções cirúrgicas. No entanto, constatou que esta prática está em declínio devido às contraindicações demonstradas nas evidências científicas.

As recomendações nesta temática são claras, não é recomendado a utilização de materiais que libertem algodão, sob pena de contaminação do campo cirúrgico por microrganismos aerotransportados, bem como, *“os campos cirúrgicos devem constituir uma efetiva barreira bacteriana, impedindo a transferência de microrganismos entre áreas estéreis e não estéreis, por penetração da barreira”* (AESOP, 2010, p.37).

A AESOP (2010) recomenda ainda, que os campos cirúrgicos sejam impermeáveis a líquidos e fluídos orgânicos, reiterando que *“os tecidos de algodão, não constituem barreira à penetração bacteriana”* (p.37).

Os campos cirúrgicos estéreis descartáveis impedem a passagem de microrganismos da equipa cirúrgica e da pessoa em situação perioperatória para o campo operatório, diminuindo os riscos relacionados à contaminação e infeção (Machado et al., 2022).

Em conversação com a equipa, a estudante conseguiu perceber que se tratava de um hábito enraizado, numa perspetiva de contenção económica, contudo já é uma prática contestada por alguns elementos da equipa, e que na medida do possível, vão tentando adotar as boas práticas.

Ao comparar os custos associados ao reprocessamento dos campos cirúrgicos têxteis com os campos cirúrgicos descartáveis estéreis, observa-se que os últimos oferecem uma relação custo-benefício mais favorável, sendo possível perceber que, do ponto de vista financeiro, os campos cirúrgicos descartáveis estéreis são mais vantajosos (Machado et al., 2022).

Baseado no conhecimento científico da enfermagem perioperatória, o enfermeiro instrumentista, no âmbito da sua prestação de cuidados tem intervenções autónomas e interdependentes.

As intervenções autónomas correspondem às ações realizadas pelos enfermeiros, *“sob sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade, de acordo com as respetivas qualificações profissionais”* (OE, 2012a, p.18) e englobam as seguintes funções: elabora um plano de cuidados adaptado às necessidades da pessoa, equipa e cirurgia; preparação do material

cirúrgico necessário; preparação pré-cirúrgica das mãos respeitado todos os momentos preconizados na Norma n.º 007/2019, “Higiene das Mãos em Unidades de Saúde” da DGS (2019); paramentação de acordo com a técnica asséptica; preparação das mesas cirúrgicas; reconhece e respeita cada tempo cirúrgico; manutenção e vigilância da técnica asséptica; controla as perdas hemáticas e/ou outros líquidos orgânicos e a quantidade de solutos de irrigação, de modo a permitir o balanço hídrico; incentiva e supervisiona a substituição de luvas cirúrgicas, nas situações protocoladas e sempre que necessário; colocação do material corto-perfurante em local próprio; é responsável pela contabilização dos dispositivos médicos (instrumentos cirúrgicos, compressas, material corto-perfurante) nos tempos protocolados; conexão dos diferentes sistemas de drenagem; e, acondicionamento dos instrumentos, respeitando as orientações, em contentores próprios para o seu transporte no circuito estabelecido.

As intervenções interdependentes são ações realizadas pelos enfermeiros *“de acordo com as respetivas qualificações profissionais, em conjunto com outros técnicos, para atingir um objetivo comum, decorrentes de planos de ação previamente definidos pelas equipas multidisciplinares em que estão integrados e das prescrições ou orientações previamente formalizadas”* (OE, 2012a, p.18), que incluem: assistir a equipa cirúrgica na paramentação, respeitando a técnica asséptica; colaborar na desinfeção e colocação dos campos cirúrgicos; transferir os instrumentos cirúrgicos em posição funcional, utilizando a técnica *“no-touch”*⁶ e do *“circuito não cruzado”*⁷; adaptar o ritmo da cirurgia ao cirurgião; antecipar os tempos cirúrgicos; preparar soluções de irrigação; preparar implantes; identificar e acondicionar corretamente os produtos biológicos para exames laboratoriais; e, realização do penso cirúrgico.

Os cuidados de enfermagem especializados em EPSP devem ser de acordo com as melhores práticas e fundamentados em evidências científicas atualizadas. Além disso, o enfermeiro especialista deve desenvolver o seu pensamento crítico e reflexivo, aprimorando todas as valências do saber: saber (conhecimento), saber fazer (competências técnicas), saber ser ou estar (implica consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio) (AESOP, 2012); tudo isto vai contribuir para a otimização da complementaridade das intervenções multidisciplinares em prol da pessoa.

⁶ *Aseptic Non-Touch technique* nasceu em meados da década de 90 (Rowley, 2001) consiste na prática de minimizar a contaminação com microrganismos ao evitar o toque direto ou indireto de uma parte do corpo num dispositivo invasivo assético (Clare & Rowley, 2018).

⁷ A técnica do *“circuito não cruzado”* consiste em encaminhar progressivamente o material e os diferentes instrumentos cirúrgicos, para diferentes zonas não comunicáveis entre si (AESOP, 2012).

A complexidade dos procedimentos e a tecnologia existente no BO, a falta de formação específica na área de enfermagem perioperatório, cirurgias com comportamentos por vezes inadequados, materiais que não estão disponíveis quando são precisos, elementos na equipa menos colaborativos, situações de urgência/emergência, problemas relacionados com a profissão de enfermagem, turnos de trabalhos intensos, carga elevada de horas de prevenção, entre outros, são algumas das situações indutoras de *stress* em ambiente perioperatório (Akansel et al., 2019; Huang et al., 2023; Wei et al., 2023)

O *stress* ocupacional pode comprometer a saúde física e mental dos enfermeiros, reduzir a eficiência do trabalho (Babapour et al., 2022), com consequente impacto na segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (Akansel et al., 2019; Huang et al., 2023; Wei et al., 2023).

Posto isto, é importante a preparação dos profissionais em áreas como a comunicação, uma vez que a comunicação não se reproduz facilmente no BO por se tratar de equipas de grande dimensão, multidisciplinares, com uma organização espacial complexa, e esta é fundamental para um conjunto de competências que regulam as boas práticas (Antunes, 2020). A prová-lo está a AORN (2022), ao defender que, tal como acontece noutros sistemas complexos, a comunicação é essencial para o funcionamento seguro e eficaz da equipa cirúrgica.

A comunicação ineficaz é uma das causas mais frequentes da ocorrência de eventos adversos (M. Santos et al., 2022), e a DGS (2022b) reconhece a sua importância através da elaboração de um guia de comunicação em saúde.

A comunicação é transversal à condição humana. Refletir estrategicamente sobre a comunicação, planear e antecipar contribuem para a eficácia comunicacional (DGS, 2022b) e, consequentemente, para a eficácia dos cuidados de saúde.

Atendendo a esta problemática, o exercício especializado no perioperatório requer capacidade de gerir temperamentos, conflitos e particularidades da equipa multidisciplinar, para que não resulte prejuízo para a pessoa em situação perioperatória, garantindo a qualidade dos cuidados e a segurança dos intervenientes (Lomba, 2022).

Para o conseguir, a estudante durante o estágio empenhou-se em desenvolver, antes de mais, um autoconhecimento e autodomínio profundo enquanto profissional, num processo de desenvolvimento pessoal. Só assim é que o enfermeiro especialista na área de EPSP poderá ser capaz de gerir situações de *stress* e conflito, fomentando um ambiente harmonioso.

Durante o estágio, a estudante priorizou sua atuação garantindo que todas as informações fornecidas à pessoa em situação perioperatória fossem compreendidas e confirmadas, levando em consideração a individualidade de cada pessoa e suas necessidades específicas de informação. Durante a prestação de cuidados direta, a discente deu ênfase ao envolvimento da pessoa, explicando todos os cuidados prestados (por exemplo: colocação de soro, administração de terapêutica, entre outros), tentando estabelecer uma relação empática e terapêutica que contribuísse positivamente para o estado de saúde atual da pessoa.

É necessário reconhecer que sem a articulação dos três momentos de perioperatório, pré, intra e pós-operatório, é difícil, senão impossível, promover a prestação dos cuidados centrados na pessoa em situação perioperatória, afastando-se da premissa defendida pelo referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000). Por isso, o enfermeiro especialista reconhece e compreende que ao desviar-se da centralidade na pessoa, incorre na prestação de cuidados direcionados ao procedimento e não à pessoa, tornando redutores os cuidados de enfermagem e retrocedendo ao modelo Biomédico (Lomba, 2022).

Esta abordagem centrada na pessoa, permitiu à estudante fazer uma avaliação das suas necessidades, permitindo a elaboração de um plano de cuidados personalizado, com intervenções adequadas e facilitadoras da transição no processo saúde-doença.

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

As múltiplas definições de consciência cirúrgica apresentadas evidenciam a sua importância crucial e duradoura, conforme demonstrado pela revisão da literatura nesta temática.

Já em 1990, Girard definia consciência cirúrgica como “*um sistema de valores internos que motivam uma prática correta quer o profissional esteja só ou a ser observado*” (citado por Gruendemann, 1995, citado por AESOP, 2012, p. 109).

A AORN (2022), indo ao encontro das orientações da WHO (2021), acredita que os enfermeiros de perioperatório, em colaboração com as equipas multidisciplinares devem estabelecer e manter uma cultura de segurança através do desenvolvimento de estratégias para diminuir o erro; do envolvimento da pessoa nos seus próprios cuidados; e a promoção de um ambiente seguro para a pessoa em situação perioperatória.

Os elementos essenciais de um ambiente perioperatório seguro incluem, mas não se restringe a: compromisso organizacional com uma cultura segura e justa; a pessoa ser o centro do cuidado (como sugerido no *Perioperative Patient Focused Model* de Rothorck e Smith, 2000); trabalho em equipa; comunicação eficaz; prevenção de incidentes (cirurgia no local errado, retenção de itens cirúrgicos, erros de medicação, entre outros); higienização e manutenção adequada dos instrumentos cirúrgicos; transporte seguro da pessoa; programas de integração das equipas eficazes e direcionados para a prestação de cuidados seguros; formação e validação de competências da equipa; e, dotações seguras (AORN, 2022; WHO, 2021).

Assim sendo, é preocupação contínua da estudante, enquanto futura enfermeira especialista, refletir e direcionar a sua prática para cada um dos tópicos apresentados previamente, assumindo responsabilidade em promover a saúde, o bem-estar e a segurança da pessoa, acreditando que só assim é possível promover uma melhoria contínua e alcançar a excelência dos cuidados perioperatórios.

Ainda na ótica da qualidade dos cuidados prestados e segurança da pessoa em situação perioperatória, a estudante acredita que, é importante que os enfermeiros especialistas em EPSP sejam elementos proativos e integrantes em grupos de trabalho relacionados com a gestão do risco, prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos, formação em serviço e sistemas de informação, pois todos eles estão intimamente relacionados com a melhoria da qualidade dos cuidados.

Atendendo à complexidade e diversidade dos procedimentos anestésico/cirúrgicos realizados à pessoa em situação perioperatória, é essencial ter uma equipa de enfermagem qualificada e experiente, com capacidade de se articular com a restante equipa multidisciplinar, que demonstre consciência cirúrgica e que mobilize a melhor e mais atual evidência científica para prestação de cuidados (EORNA, 2019).

É imperativo que o enfermeiro especialista em EPSP cultive uma consciência cirúrgica fundamentada em conhecimentos teórico-práticos e competência profissional (AESOP, 2012). Ele deve aplicar seus conhecimentos para garantir a segurança da pessoa e da equipa, agindo de acordo com os princípios éticos e considerando o elevado risco de ocorrência de incidentes de segurança decorrentes da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

É ainda competência do enfermeiro especialista na área de EPSP dominar conceitos, técnicas e processos de ensino e formação da equipa interdisciplinar, através do planeamento e implementação de ações de formação nas lacunas identificadas, de modo a melhorar a qualidade dos cuidados (AESOP, 2012; Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

A formação em serviço é uma extensão da formação contínua, que resulta no reforçar dos conhecimentos base e aquisição de novas competências com vista na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Como referido anteriormente, na perspetiva de futura enfermeira especialista em EPSP, a estudante elaborou um plano de sessão (Apêndice II) e procurou dinamizar uma sessão de formação para a equipa, abordando uma temática atual e relevante como o controlo e prevenção da hipotermia intraoperatória (Apêndice III), com o objetivo de melhorar as práticas e promover a qualidade dos cuidados.

Foi através das oscilações de temperatura corporal induzidas pela máquina de CEC, que permitiu à estudante estar desperta para a importância de controlo e prevenção da hipotermia inadvertida, bem como a importância de evitar a hipertermia em cirurgia cardíaca. É da responsabilidade dos técnicos de Cardiopneumologia aumentar e diminuir a temperatura da pessoa em situação perioperatória, através da temperatura de infusão de fluidos através da CEC (pode ser quente ou fria), bem como a temperatura do colchão térmico sob o qual a pessoa está deitada, permitindo que esta aqueça ou arrefeça em função das necessidades e *timings* cirúrgicos.

Contudo, é responsabilidade do enfermeiro especialista em EPSP vigiar e controlar a temperatura da pessoa em situação perioperatória, de forma a garantir o conforto e minimizar o risco de complicações associadas, sendo fundamental o seu papel não só nas cirurgias com recurso a CEC, mas principalmente nas que não carecem desta técnica.

É competência específica do enfermeiro especialista em EPSP liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associados aos cuidados perioperatórios através da manutenção da normotermia da pessoa no período perioperatório (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018).

Para o desenvolvimento destas competências específicas, a estudante elaborou um protocolo de “Controlo e Prevenção da hipotermia intraoperatória no adulto” (Apêndice I) que apresentou à equipa numa sessão de formação (Apêndice III), como referido anteriormente.

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC da OE (2017a) são enunciados descritivos importantes para nortear os cuidados de enfermagem, particularizando para a pessoa em situação perioperatória, é aptidão dos enfermeiros especialistas nessa área a concepção de Planos de Segurança com base na evidência científica e na análise dos relatos de incidentes, que permita a minimização do risco e a colaboração na vigilância epidemiológica de eventos adversos e eventos sentinela.

Partindo deste princípio e em prol da promoção de uma cultura de segurança e de uma consciência cirúrgica coletiva, a estudante desenvolveu um projeto de melhoria contínua da qualidade no âmbito da segurança do medicamento (Apêndice V), como referido anteriormente. Este projeto partiu da capacidade de observação e análise da estudante, identificando pontos críticos e propondo intervenções específicas para minimizar riscos, otimizar processos e assegurar a administração segura de medicamentos no ambiente perioperatório.

É com base nas premissas apresentadas anteriormente, e com o intuito de desenvolver competências no âmbito de gestão de risco, controlo da segurança perioperatória, e ainda propor medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018 do Diário da República, 2018), que nasce o interesse pelo trabalho de investigação realizado intitulado de “Notificação de Incidentes de Segurança: percepção do enfermeiro de perioperatório”.

O Relatório de Segurança dos Doentes (DGS & APDH, 2015c) refere que a segurança dos doentes é considerada a nível mundial um grave problema de saúde pública.

Posto isto, a formação aos profissionais de saúde é um excelente meio para aumentar a cultura de segurança, mas informar a pessoa e família/pessoa significativa é igualmente importante, uma vez que motiva o envolvimento e adesão de todos, a literacia em saúde apresenta-se atualmente como um importante contributo para a segurança de todos.

A pessoa em situação perioperatória é o elemento central do processo e a sua participação na promoção de cuidados seguros contribui para a melhoria dos resultados em saúde (AESOP, 2019), estando em consonância com os pressupostos do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000).

Para alicerçar a esta premissa, a AESOP (2019) incentiva à divulgação do projeto “Lista de Verificação da Cirurgia para o Cidadão”, que pretende reforçar o papel da pessoa em situação perioperatória, através do aumento da literacia na área dos cuidados perioperatórios. O projeto consiste na entrega de “A minha lista de verificação da cirurgia” à pessoa,

promovendo o esclarecimento e capacitação do cidadão a tomar decisões no seu processo de segurança cirúrgica (Anexo IV).

Este documento é consideravelmente vantajoso na promoção da capacitação da pessoa e sua família ou pessoa significativa na gestão da experiência cirúrgica. Desta forma, promove-se o conhecimento da pessoa e da sua família/pessoa significativa sobre o procedimento e a experiência perioperatória, alinhando-se com o domínio das respostas comportamentais do *Perioperative Patient Focused Model* (Wicklin, 2020).

Este projeto requer dos profissionais de saúde em geral, mas do enfermeiro especialista na área de EPSP em particular, disponibilidade para permitir que a pessoa e família/pessoa significativa questionem os profissionais de saúde sobre os cuidados a que vão ser sujeitos, sem julgamento.

A comunicação entre a pessoa em situação perioperatória e os profissionais de saúde deve ser clara, aberta e bidirecional. Indo ao encontro com o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000) a pessoa a quem é prestado os cuidados de enfermagem beneficia de uma adequada informação sobre seu estado de saúde, opções de tratamento, riscos e benefícios, permitindo-lhe tomar decisões conscientes e informadas de maneira a obter resultados de alta qualidade centrados na pessoa (AORN, 2021a).

O estágio foi rico em momentos de aprendizagem e oportunidades de reflexão crítica, sendo o espírito crítico, na opinião da estudante, um dos pilares diferenciadores da identidade do enfermeiro especialista.

Uma das práticas recorrentes no serviço é o reprocessamento de dispositivos médicos de uso único (DMUU), que se constatou como sendo uma realidade considerada “normal”. Após conversas informais com os colegas foi possível averiguar que a generalidade dos enfermeiros do BO de CCTTOT, apesar de terem conhecimento acerca da mais recente evidência científica, continuavam a adotar o procedimento que estava empiricamente instituído. Possivelmente devido à comodidade de manter-se no *status quo* (“*sempre foi feito assim*”) e à resistência à mudança, que implica sair da zona de conforto, ou até mesmo a pressão exercida pelos superiores hierárquicos com os custos associados. Além disso, a rotina estabelecida pode condicionar a capacidade de vislumbrar além do que já está instituído, ou em última instância a escassez de material de uso único.

O Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho (2017) estabeleceu um novo quadro normativo, com o propósito de assegurar um elevado nível de proteção da saúde dos destinatários e utilizadores, e define DMUU como “*um dispositivo destinado a ser*

utilizado numa pessoa durante um único procedimento” (p.16) e reprocessamento como sendo “processo executado sobre um dispositivo usado a fim de permitir a sua reutilização em condições de segurança, incluindo a limpeza, desinfeção, esterilização e procedimentos relacionados, bem como o ensaio e a recuperação da segurança técnica e funcional do dispositivo usado” (p.18).

Nos últimos anos, tem havido um aumento da preocupação por parte das entidades reguladoras da saúde europeias e nacionais, no sentido de regulamentar esta prática.

Segundo o Parecer CJ-03/1999 no Código Deontológico, está explícito que, considerando o princípio da equidade dos cuidados: *“havendo material de uso único, deverá este ser utilizado em primeira linha, e somente em situação de inexistência de material, será lícito utilizar material de uso único reesterilizado”* (Nunes et al., 2005, p.187).

Conforme o Regulamento (EU) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho (2017) no artigo 17.º, diz que a pessoa individual ou coletiva que proceda ao reprocessamento de um DMUU com o intuito de o utilizar futuramente, é considerado automaticamente como o fabricante do *“novo”* dispositivo, assumindo assim a responsabilidade sobre o equipamento.

De acordo com o Despacho n.º 7021/2013 do Diário da República (2013), os DMUU não deverão ser reprocessados, a não ser que a entidade responsável pelo reprocessamento garanta a avaliação da conformidade dos mesmos com os requisitos essenciais, no que respeita à segurança, compatibilidade e desempenho. O reprocessamento deve ser autorizado pelo conselho de administração do hospital em causa, garantindo a sua rastreabilidade e obedecendo *“a um sistema de qualidade implementado e certificado”* (p.17197).

Das diversas associações e instituições que refletem sobre esta problemática, existe um consenso: *“o DMUU reprocessado não deverá constituir nunca maior risco para o doente do que um DMUU novo”* (AESOP, 2013, p.1).

Na prática do dia-a-dia, a multidisciplinaridade e o contexto, exige aos profissionais de saúde uma atitude reflexiva e ponderada para dar resposta aos problemas da prática clínica.

A AESOP (2015) reconhece esta prática como problemática e afirma que não existem estudos sobre a relação custo-eficácia da prática de reprocessamento de DMUU, realizados por entidades independentes, que comprovem qualquer benefício desta prática, sendo que os riscos para a pessoa em situação perioperatória não estão a ser adequadamente considerados.

Face à necessidade demonstrada de racionalização da utilização de dispositivos médicos, sugere-se a melhoria das condições de reprocessamento de dispositivos médicos reutilizáveis, com vista à redução dos riscos associados à utilização dos mesmos e, por conseguinte, a redução dos eventos adversos e custos associados, e ainda, a aquisição de dispositivos médicos reutilizáveis em detrimento dos outros (AESOP, 2015).

É fundamental a participação dos enfermeiros especialistas em EPSP na supervisão da utilização destes DMUU reprocessados, apenas e só, aquando da inexistência de material novo ou alternativo, certificando a segurança e funcionalidade dos dispositivos.

Outro aspeto identificado pela estudante, foi o facto de a equipa multidisciplinar estar pouco desperta para o cumprimento da Norma n.º 031/2013 emitida pela DGS em 2013 e atualizada a 17/11/2022 e corrigida a 29/03/2023 intitulada “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto”. Esta norma tem como objetivo assegurar a prestação uniforme e integrada de cuidados de saúde, fundamentados na melhor evidência científica disponível, no que diz respeito à avaliação do risco de infeção pós-operatória e ao uso apropriado de profilaxia antibiótica cirúrgica (DGS, 2023).

Ao longo do estágio, em momentos informais, houve um esforço adicional da estudante, no sentido de sensibilizar a equipa multidisciplinar para a necessidade de repicagem dos antibióticos, uma vez que a prescrição do antibiótico profilático é da responsabilidade do cirurgião, sendo responsabilidade do anestesiológista assegurar o cumprimento da sua administração atempada e respetivo registo (DGS, 2023).

De acordo com a DGS (2023), a profilaxia antibiótica cirúrgica demonstrou ser uma medida eficaz para a prevenção da infeção do local cirúrgico, sendo esta uma complicação cirúrgica comum em Portugal, estando associada a uma elevada morbilidade, mortalidade e custos, com taxas de incidência entre 2 e 20%.

O cumprimento da Norma n.º 031/2013 contribui para o Objetivo Estratégico “5.3 Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e as resistências aos antimicrobianos” do Pilar 5. “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021 do Diário da República, 2021).

O protocolo instituído no BO da CCTTOT sobre a profilaxia antibiótica, consiste na administração rotineira de dois antibióticos (Vancomicina e Gentamicina) em cirurgia cardíaca, nomeadamente implantação de próteses valvulares e revascularização do miocárdio com mais do que um vaso, quando a Norma n.º 031/2013 recomenda a utilização de Cefazolina com uma repicagem a cada 4 horas de cirurgia.

Esta profilaxia desajustada contribui para um aumento da quantidade total de antibióticos usados em hospitais, logo também se associa a aumento na resistência a antibióticos e custos de saúde. Mais concretamente, a utilização desnecessária de profilaxia antibiótica não reduz a incidência de infeção do local cirúrgico e aumenta a probabilidade de aquisição de microrganismos resistentes e de infeção por esses microrganismos de mais difícil tratamento (DGS, 2023).

Apesar da responsabilidade da prescrição ser médica, é através da consciência cirúrgica, que a estudante acredita que com um esforço conjunto é possível alterar e melhorar práticas, sustentadas em evidência científica e contribuindo assim para cuidados de saúde de qualidade.

4. Considerações finais

A componente prática do curso de Mestrado em EMC na área de EPSP é fundamental para solidificar competências não só técnicas, mas também reflexivas e de investigação adquiridas ao longo do percurso formativo, e ainda, proporcionar uma comparação de realidades e incentivar o pensamento crítico, absorvendo o que há de melhor em ambos os contextos de atuação.

Este percurso formativo proporciona as ferramentas necessárias para a procura da melhor evidência científica que justifique a prática clínica. A realização do estágio é uma oportunidade para consolidar os conhecimentos teóricos e aplicá-los na realidade profissional.

A experiência profissional aliada à evidência científica constitui uma base sólida para desenvolver práticas na prestação de cuidados de qualidade, com vista na segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. Essa combinação permite propor alterações ao processo de enfermagem, especialmente em situações que exigem cuidados mais complexos.

Numa análise abrangente sobre a enfermagem perioperatória e o papel do enfermeiro especialista em EPSP, é evidente que a prestação de cuidados de qualidade exige um envolvimento ativo de toda a equipa pluridisciplinar. A disciplina, a colaboração e o respeito pela interdependência dos diversos profissionais são fundamentais para assegurar uma prática segura e eficaz (AESOP, 2012).

A qualidade dos cuidados é um objetivo primordial, e isso deve ser alcançado através da interação entre a humanização e a excelência técnica, sempre apoiada pela melhor evidência científica disponível. O enfermeiro é o profissional capacitado a prestar cuidados diferenciados, sendo alguém com competências relacionais, técnicas e científicas especializadas (AORN, 2021a).

É fundamental que o enfermeiro seja capaz de fornecer informações relevantes, promovendo a participação ativa na tomada de decisões relacionadas aos cuidados de saúde e oferecendo suporte contínuo durante todo o processo. A enfermagem perioperatória exige uma abordagem holística, considerando não apenas as necessidades físicas, mas também as necessidades psicológicas, emocionais e sociais da pessoa e da sua família/pessoa significativa.

Este percurso permitiu a aquisição de um conjunto de conhecimentos, aptidões e competências comuns e específicas do enfermeiro especialista, que permitiram alcançar os objetivos definidos e desenvolver o espírito crítico-reflexivo essencial à prestação de cuidados especializados de qualidade.

O contacto com uma realidade diferente daquela que habitualmente prestamos cuidados proporciona uma oportunidade valiosa para comparar e adotar/adaptar as melhores práticas ao contexto de trabalho da estudante. Ao longo do percurso formativo, a própria, destaca especialmente a aquisição de competências na prestação de cuidados em situação de emergência, bem como o desenvolvimento de ferramentas internas para gerir situações de *stress* em contexto de emergência, e o envolvimento em projetos contínuos de melhoria da qualidade do serviço.

Em síntese, a formação académica avançada, a experiência profissional e a base científica são elementos essenciais para o enfermeiro especialista em EPSP. A sua atuação requer competências técnicas, relacionais e científicas, promovendo uma prática baseada na melhor evidência disponível. O objetivo principal é proporcionar cuidados de qualidade, garantindo a segurança, a humanização e a excelência nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Essa abordagem multidimensional é fundamental para enfrentar os desafios e as complexidades inerentes ao período perioperatório, e contribuir para uma experiência cirúrgica aprimorada e uma recuperação eficaz da pessoa.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Notificação de Incidentes de Segurança: Perceção dos Enfermeiros de Perioperatório

1. Resumo

Enquadramento: Os enfermeiros empenham-se constantemente na garantia da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, sendo essencial minimizar o erro através de uma prática baseada na melhor evidência científica. A notificação de incidentes de segurança é crucial para prevenir futuras ocorrências, promover a qualidade dos cuidados e assegurar a segurança da pessoa, refletindo uma preocupação central das políticas de saúde mundiais.

Objetivo: Compreender a percepção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança.

Metodologia: Estudo misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, aproximando-se a um estudo do tipo descritivo, transversal, fenomenológico, com recurso à análise de conteúdo dos resultados obtidos através de uma entrevista semiestruturada, efetuada a seis Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e seis Enfermeiros Peritos na área de perioperatório a exercer funções num bloco operatório há pelo menos dez anos.

Resultados: Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram preocupações com a comunicação e formação, destacando a necessidade de melhorar a gestão de erros e reduzir a subnotificação, influenciada por medo de represálias e falta de *feedback*. Foram identificados fatores positivos e negativos, com uma forte necessidade de formação contínua e políticas organizacionais mais eficazes. Por fim, destaca-se que muitos enfermeiros desconhecem a classificação e tipologia de incidentes de segurança, mas reconhecem a influência positiva da notificação na qualidade dos cuidados perioperatórios.

Conclusões: Apesar da importância atribuída à segurança e à notificação de incidentes, persistem barreiras significativas que dificultam a implementação eficaz desta prática, sendo necessário investir em programas de formação contínua e especializados em segurança da pessoa e notificação de incidentes, sendo essencial a criação de um plano formativo dedicado a esta área para melhorar a competência dos enfermeiros. Os enfermeiros peritos e especialistas demonstraram percepções diferentes sobre a cultura de segurança, com os especialistas a mostrar maior propensão para notificação de incidentes.

Palavras-chave: Notificação; enfermagem perioperatória; segurança do paciente.

2. Abstract

Introduction: Nurses consistently strive to ensure the safety and quality of care for perioperative patients, making it essential to minimize errors through evidence-based practice. The reporting of safety incidents is crucial to prevent future occurrences, enhance care quality, and ensure patient safety, reflecting a central concern of global health policies.

Objective: Understanding perioperative nurses' perceptions regarding the reporting of safety incidents.

Methodology: This mixed-method study employs both qualitative and quantitative approaches, closely resembling a descriptive, cross-sectional, phenomenological study. Content analysis was conducted on the results obtained from semi-structured interviews with six Nurse Specialists in Medical-Surgical Nursing and six Expert Nurses in the perioperative field, all with at least ten years of experience in an operating room setting.

Results: Content analysis of the interviews revealed concerns with communication and training, highlighting the need to improve error management and reduce underreporting influenced by fear of reprisals and lack of feedback. Both positive and negative factors were identified, emphasizing the strong need for continuous training and more effective organizational policies. Additionally, it was noted that many nurses lack knowledge about the classification and types of safety incidents but acknowledge the positive influence of reporting on the quality of perioperative care.

Conclusions: Despite the recognized importance of safety and incident reporting, significant barriers persist that hinder the effective implementation of this practice. It is necessary to invest in continuous and specialized training programs focused on patient safety and incident reporting, with the essential creation of a dedicated training plan to improve nurse competency. Expert and specialist nurses demonstrated differing perceptions of safety culture, with specialists showing a greater propensity to report incidents.

Keywords: Notification; Perioperative Nursing; Patient Safety.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

As consequências e o impacto que os incidentes de segurança têm nos cuidados de saúde são atualmente foco de preocupação das políticas de saúde a nível mundial. A sua notificação tem como principal objetivo a prevenção de ocorrência de futuras situações e promover a qualidade de cuidados, assim como a segurança do doente.

Cultura de segurança pode ser definida como um modelo que integra o comportamento individual e organizacional, tendo por base a partilha de valores e convicções, procurando minimizar o dano que pode resultar dos processos de prestação de cuidados (DGS, 2011b).

A segurança do doente é considerada, a nível mundial, um grave problema de saúde pública, como refere o Relatório de Segurança dos Doente (DGS & APDH, 2015c).

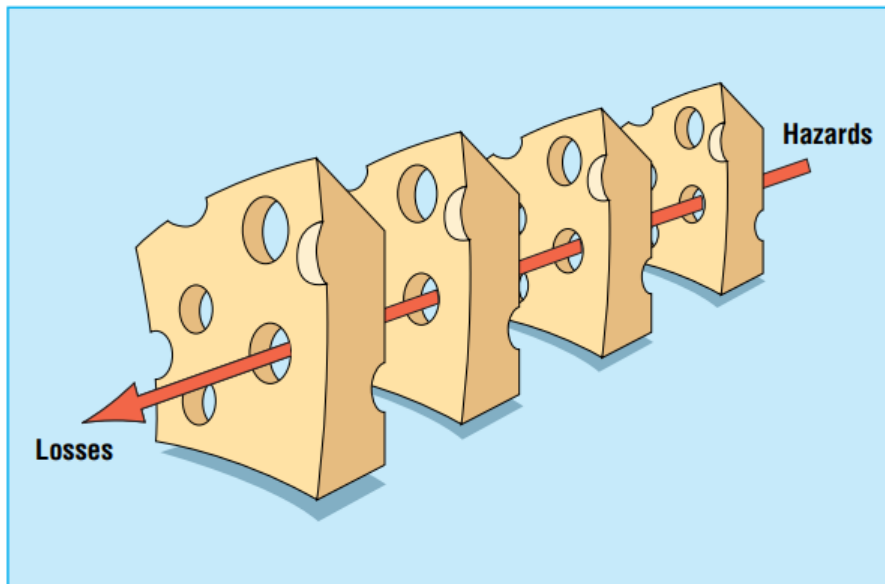
Este tema ganhou relevância com a divulgação do relatório *“To err is human: Building a safer health system”* do *American Institute of Medicine* em 1999, que estimou cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos da América devido a erros associados aos cuidados de saúde.

Na realidade, vinte e cinco anos depois da publicação do relatório acredita-se que esta dimensão esteja muito aquém das expectativas, sobretudo pela subnotificação e pela cultura de punição associada ao erro, ao invés da oportunidade de aprendizagem e criação de medidas que contribuam para a segurança das pessoas e qualidade dos cuidados (Furini et al., 2018).

As organizações de saúde são sistemas complexos e interdependentes, nos quais interagem recursos humanos, equipamentos e estruturas organizacionais. Estas entidades são compostas por uma série de mecanismos de defesa, cujo propósito é obstruir as trajetórias de eventos adversos e, caso estes ocorram, mitigar as suas potenciais consequências (Fragata & Martins, 2005).

Para uma melhor compreensão é importante mencionar a Teoria do “queijo suíço” enunciada por Reason (2000) utilizada na análise de erros e incidentes, relacionados com a segurança da pessoa.

Figura 2: Teoria do "queijo suíço" de Reason (2000)



Fonte: Reason (2000)

A teoria do "queijo suíço" de Reason (2000) fundamenta-se na ideia de que erros e acidentes são resultados de fatores sistêmicos, associados a uma sequência de falhas nos sistemas de defesa da organização.

De acordo com a teoria de Reason (2000), um sistema complexo, como um bloco operatório, possui uma estrutura organizacional específica, que deve ser o mais perfeita possível e à prova de erro, mas nunca é totalmente isenta de falhas.

Existem, portanto, "falhas latentes" ou fragilidades no sistema (por exemplo: absentismo da equipa de enfermagem, equipamento obsoleto e com manutenção inadequada, normas de circulação e de processamento desadequadas). Estas falhas latentes são fragilidades escondidas no sistema que, embora não causem erros diretamente, criam condições para que os profissionais na linha da frente - médicos, enfermeiros e/ou técnicos - possam cometer erros humanos ou "falhas ativas". Se, em determinado momento, os "buracos" representados pelas falhas latentes e pelas falhas ativas, devidas ao erro humano, se alinharem, será criada uma trajetória de incidente que resultará num evento adverso (Fragata & Martins, 2005).

Num cenário ideal, todas as camadas de segurança de um sistema de defesa devem ser adequadas e íntegras. Contudo, dado que os sistemas estão constantemente sujeitos a falhas, na realidade, estas camadas de segurança apresentam lacunas (Reason, 2000). Surge assim a metáfora do queijo suíço.

Normalmente, mesmo com estas lacunas, o sistema de defesa opera eficientemente. O problema surge quando ocorre um alinhamento dessas falhas (Reason, 2000).

O mesmo autor salienta a presença contínua de falhas ativas, sublinhando que o erro humano é inevitável e muitas vezes imprevisível. Este cenário desafia as organizações a diminuir os "buracos do queijo suíço" enquanto desenvolvem novas camadas de proteção para evitar que os "buracos" se alinhem (Reason, 2000).

Nenhuma organização é imune a eventos adversos, e a diferença está no nível de maturidade da organização em se antecipar e proteger-se dos riscos de maneira planeada e organizada, sendo que os principais elementos da suscetibilidade ao erro incluem, em qualquer instituição de saúde, a cultura de culpabilização individual, a recusa em reconhecer incidentes e a noção de uma excelência fictícia (Fragata & Martins, 2005).

As repercussões dos incidentes de segurança nos cuidados de saúde são uma preocupação crescente, tornando a notificação desses eventos essencial para prevenir futuras ocorrências, melhorar a qualidade dos cuidados e garantir a segurança das pessoas.

Apesar da responsabilidade pela segurança da pessoa ser multidisciplinar, vários autores, a nível internacional, identificam o enfermeiro como sendo o profissional de saúde que mais notifica, baseados em estudos que pretendem analisar os incidentes relacionados com a prestação de cuidados saúde (Furini et al., 2018; C. Silva et al., 2019). A notificação de incidentes de segurança deveria ser um compromisso dos profissionais de saúde, independentemente da sua classe profissional.

A realidade em Portugal é semelhante, informação esta que é corroborada pelo Relatório de Segurança dos Doentes – Avaliação de Cultura nos Hospitais (DGS & APDH, 2015c), acreditando que está intimamente relacionado com o facto de os enfermeiros serem o grupo profissional mais representativo nos hospitais portugueses e são os profissionais que passam mais tempo na prestação de cuidados diretos (Fernandes & Queirós, 2011).

A atualidade e pertinência da temática é reconhecida de forma unanime, ao situá-la como um dos pilares do PNSD 2021-2026, refletindo a preocupação contínua das entidades reguladoras e da comunidade científica em promover uma cultura de segurança. Contudo, é fundamental ter consciência de que a subnotificação é uma realidade materializando a necessidade de melhor analisar a perceção dos enfermeiros sobre o tema.

Uma das principais conclusões do Relatório de Segurança do Doente – Avaliação da Cultura nos Hospitais, apresentado pela DGS e APDH (2015c), é a existência de uma cultura de

notificação reduzida, acrescentando ainda que a subnotificação de incidentes de segurança é uma realidade internacional.

A subnotificação representa, assim, um desafio à escala mundial, que dificulta a aprendizagem e a melhoria organizacional (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

Um estudo transversal com abordagem quantitativa indica que 4 a 16% dos doentes hospitalizados sofrem com a ocorrência de incidentes de segurança em países desenvolvidos (Furini et al., 2018). Nos Estados Unidos uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um evento adverso relacionado ao uso de medicação (Furini et al., 2018). Estes dados tornam-se reveladores da pertinência do tema.

Um estudo conduzido em 2014, para auscultar a perceção dos profissionais de saúde portugueses que trabalham em bloco operatório sobre a cultura de segurança (constituído por 57 enfermeiros, 33 cirurgiões e 27 anestesistas), revela uma perceção mais positiva nas dimensões de "Trabalho em Equipa" e "Aprendizagem Organizacional - Melhoria Contínua", e identificou fragilidades significativas nas dimensões relacionadas com a notificação de incidentes, a "Dotação de Profissionais" e o "Apoio à Segurança do Doente pela Gestão" (Mota, 2015).

Estes resultados salientam a necessidade de implementação de estratégias de melhoria nessas áreas específicas.

Uma das estratégias para a melhoria da qualidade e segurança é a identificação e implementação de programas prioritários com base na casuística e impacto clínico, económico e social, reforçando que a implementação de protocolos de boas práticas, algumas das quais bastante simples, como a utilização de procedimentos para a inserção e manutenção de cateteres venosos centrais e urinários, o cumprimento rigoroso dos cinco momentos de higienização das mãos e a aplicação de *checklists* cirúrgicas, resultará em significativos avanços na segurança das pessoas (P. Sousa et al., 2018).

Um estudo, realizado por P. Sousa et al. (2018), em 9 hospitais portugueses, que confirmou uma taxa de eventos adversos de 12,5%, ou seja, aproximadamente 13 em cada 100 pessoas internadas nos hospitais públicos portugueses sofrem um evento adverso.

A maioria dos eventos adversos, mais concretamente 67,4%, resultou em nenhuma ou mínima incapacidade para a pessoa e foi resolvida satisfatoriamente durante a admissão ou dentro de um mês após a alta. Com relação à inevitabilidade, quase 40% foram classificados como evitáveis (P. Sousa et al., 2018).

O mesmo estudo alerta para o facto de 60,8% das pessoas que sofreram eventos adversos incorreram em dias de cama extra no hospital, em média 9,6 dias por doente, com um custo adicional estimado de 1,9 milhões de euros para o SNS (P. Sousa et al., 2018).

Um estudo realizado a nível nacional para caracterizar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a segurança da pessoa em situação perioperatória, destaca que a utilização do sistema nacional de notificação surge como um dos itens mais críticos, revelando uma das mais baixas taxas de implementação, concretamente 23,6% (Mota et al., 2021).

A falta de adesão à notificação de incidentes de segurança prejudica a partilha e o acesso a informações detalhadas e cruciais sobre a cultura de segurança. Isso é especialmente relevante no bloco operatório, onde ocorre a maioria dos eventos adversos (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015).

A análise de relatórios provenientes de sistemas de notificação tem possibilitado a caracterização dos incidentes, assim como das falhas humanas e organizacionais associadas à sua ocorrência, sendo crucial projetar sistemas para evitar erros, sendo a padronização geralmente considerada benéfica para a segurança perioperatória (Heideveld-Chevalking et al., 2014).

O ambiente perioperatório é um ambiente de elevado risco que apresenta desafios específicos na prestação de cuidados, tais como a realização de tarefas simultâneas, distrações e ruído. Os incidentes de segurança que ocorrem no BO são de natureza variada, incluem infeções, hemorragias, erros de medicação, erros na recolha de amostras, lesões de posicionamento ou de pressão, queimaduras, retenção involuntária de objetos cirúrgicos, cirurgias em locais incorretos e morte (AORN, 2022).

A AORN (2021a) afirma que 60% dos eventos adversos que ocorrem em ambiente perioperatório têm origem em falhas na comunicação entre profissionais de saúde.

Em Portugal, a infeção do local cirúrgico é dos incidentes associados aos cuidados perioperatórios com maior prevalência (DGS, 2018).

No que diz respeito aos incidentes relacionados às cirurgias, há autores que defendem que está relacionado com o incumprimento do protocolo “Cirurgia Segura Salva Vidas” da WHO (2009), revelando, que pode haver um investimento na área da segurança da pessoa em contexto perioperatório e assim, contribuir para melhorar a cultura de segurança (A. M. Silva et al., 2020).

Um estudo longitudinal de abordagem mista, sobre a perceção dos profissionais de saúde portugueses sobre o contributo da utilização da LVSC para a segurança da pessoa revelou uma taxa de adesão à utilização da lista de 24% (Melo, 2022).

Os incidentes de segurança decorrentes de cuidados de saúde geram várias consequências, tanto para a pessoa, como para as instituições hospitalares com o prolongamento do tempo de internamento, incapacidades temporárias ou permanentes, processos jurídico-legais e, conseqüentemente, significativo impacto económico (Furini et al., 2018; Rodziewicz et al., 2024).

Apesar dos esforços empreendidos pelos profissionais de saúde na melhoria dos cuidados prestados e na redução do risco de incidentes, as taxas de erro permanecem elevadas, resultando em incapacidade significativa e morte, sendo que, os erros evitáveis contribuem consideravelmente para os custos elevados no setor da saúde. A colaboração entre equipas multidisciplinares desempenha um papel fundamental na mitigação dos custos e das lesões associadas aos erros (Rodziewicz et al., 2024).

A implementação de medidas para diminuir a incidência de eventos adversos na União Europeia poderia prevenir mais de 750.000 erros médicos anualmente que resultam em eventos com danos. Isso traduzir-se-ia numa redução de 3,2 milhões de dias de hospitalização, 260.000 incidentes a menos de incapacidade permanente e 95.000 mortes a menos por ano (Liukka et al., 2020).

Em 2004, a WHO lançou a *World Alliance for Patient Safety*, com objetivo de promover discussões acerca do tema e para estimular o desenvolvimento de ações em prol da segurança do doente e da redução da ocorrência de incidentes de segurança.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, afirma que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais no âmbito do direito à proteção da saúde e reforça o papel do SNS enquanto promotor da mesma (Diário da República, 2019).

Para uma melhor perceção da temática são importantes os seguintes conceitos, segundo a Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), um documento da Organização Mundial de Saúde (OMS) que a DGS divulgou a sua versão em português (2011b):

- **Dano:** Prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.

- **Erro:** A falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
- **Evento:** ocorrência que aconteceu a ou que afeta um doente.
- **Evento sem dano:** um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.
- **Evento sentinela:** ocorrência inesperada que implica morte, dano grave físico ou psicológico, ou risco disso. A expressão “ou risco disso” inclui qualquer variação de processo para a qual uma repetição acarretaria uma forte possibilidade de um resultado adverso grave. Tais eventos são chamados “sentinela” porque assinalam a necessidade de investigação imediata e resposta.
- **Grau de dano:** a gravidade e duração de qualquer dano, e as implicações no tratamento, resultantes de um incidente.
- **Incidente de segurança do doente:** É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
- **Incidente com dano (evento adverso):** um incidente que resulta em dano para o doente.
- **Quase evento (*near miss*):** um incidente que não alcançou o doente.

Os incidentes de segurança do doente são classificados, de acordo com a taxonomia sugerida pela Estrutura Concetual da CISD, da DGS (2011b), nos seguintes tipos de incidentes: **acidentes do doente** (quedas, úlceras por pressão, outros); **comportamento** (tanto da parte dos profissionais da instituição de saúde, como do doente); **dieta/alimentação**; **dispositivos/equipamento médico**; **documentação** (registos médicos ou de enfermagem, relatórios clínicos, outros); **infecção associada aos cuidados de saúde**; **infraestrutura/edifício/instalações**; **medicação/fluidos intravenosos** (medicamentos LASA, dose, preparação, outros); **oxigénio/gás/vapor**; **processo/procedimento clínico** (diagnóstico, avaliação, procedimento/tratamento, outros); **processo administrativo** (admissão, marcação, referenciação, outros); **recursos/gestão organizacional**; **sangue/hemoderivados**.

O BO é um local onde os riscos e danos são considerados potencialmente graves pelas suas características intrínsecas, pois a pessoa em situação perioperatória encontra-se num estado de vulnerabilidade crítica e a utilização de equipamentos com tecnologia específica cada vez mais avançados, quer de monitorização quer de diagnóstico aumentam a complexidade do ambiente envolvente.

3.1. Sistemas de Notificação

A WHO publicou, em 2020, o relatório “*Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*”, sublinhando a relevância dos sistemas de notificação de incidentes para mitigar danos e prevenir a sua ocorrência no futuro, e na aprendizagem com o erro ao longo de todo o processo (Figura 3). Coloca o foco na cultura de segurança, uma vez que um incidente só existe, formalmente, a partir do momento em que é notificado.

Figura 3: Resposta a uma notificação de incidentes de segurança



Fonte: WHO, 2020, p.10.

O PNSD 2021-2026, aprovado pelo Despacho n.º 9390/2021 de 24 setembro, afirma que a WHO e a Comissão Europeia recomendam o desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador (Diário da República, 2021).

A WHO (2021) afirma que os sistemas de notificação de incidentes de segurança devem respeitar determinados princípios, nomeadamente: privilegiar uma aprendizagem com erro; deve ser seguro (sem consequências para os profissionais); a notificação só é válida se conduzir a uma resposta construtiva; deve disseminar informação, criar recomendações de mudança e propor soluções.

A criação de sistemas de notificação tem como finalidade: melhorar a qualidade da prestação de cuidados de saúde; evitar a repetição de danos à pessoa alvo dos nossos cuidados; melhorar a cultura de segurança; identificar perigos e riscos; e, fornecer informação sobre as falhas que ocorrem nos sistemas de prestação de cuidados de saúde (WHO, 2021).

Este tipo de notificação deverá ser distinto dos sistemas e procedimentos disciplinares aplicáveis aos profissionais de saúde em vigor, e as questões jurídicas relativas à responsabilidade destes profissionais deverão ser clarificadas, quando necessário.

3.2. *Sistemas Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA)*

A DGS reconhecendo a importância da notificação de incidentes de segurança, disponibilizou aos profissionais de saúde e aos cidadãos, através da Orientação n.º 025/2012, de 19 de dezembro, o Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos (SNNIEA), que mais tarde foi reformulado no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes (NOTIFICA), através da Norma n.º 015/2014, em setembro de 2014, que se juntou ao Sistema Nacional de Farmacovigilância do INFARMED e ao Sistema Português de Hemovigilância.

O NOTIFICA é um sistema destinado à notificação e gestão de incidentes ocorridos no Sistema de Saúde, no qual o cidadão ou o profissional de saúde podem reportar incidentes relacionados com a segurança da pessoa na prestação de cuidados de saúde.

Este sistema é confidencial, anónimo e não punitivo, e visa promover a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria.

A Norma n.º 017/2022 de 19 de dezembro, obriga todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde a ter uma estrutura responsável pela gestão e análise interna de incidentes de segurança e a nomear uma equipa multidisciplinar de gestores e respetivo gestor coordenador, para a gestão e análise de incidentes de segurança, cuja constituição e dimensão dependem das características da instituição prestadora de cuidados (DGS, 2022c).

A gestão de incidentes de segurança deve ser realizada de acordo com os métodos de análise estruturada, conforme decisão do gestor coordenador/gestor de incidentes de segurança, tais como: análise concisa; ou, análise da causa raiz; ou análise multi-incidentes (DGS, 2022c).

Uma vez concluída a notificação, é gerado um *QR Code* e um código alfanumérico, que podem ser guardados de modo a permitir o acompanhamento da notificação ao longo das várias fases da sua análise, pela equipa de gestores de incidentes de segurança. Neste processo não são guardadas quaisquer informações que permitam a identificação do notificador.

São objetivos estratégicos do PNSD 2021-2026 aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança no sistema NOTIFICA e promover o acompanhamento

e avaliação dos incidentes de segurança no mesmo (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

Tratando-se de um sistema dinâmico, nos últimos anos, foram identificadas necessidades pelos profissionais de saúde que desencadearam ações de melhoria, justificando uma atualização do NOTIFICA, o que é uma das ações propostas do PNSD 2021-2026 no pilar correspondente à Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança, tornando-o mais intuitivo e de fácil acesso.

4. Finalidade e objetivos

No decurso desta experiência académica e profissional, a investigadora deparou-se com a inquietação que sustenta a questão de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros de perioperatório na notificação de incidentes de segurança?

Fazendo um paralelismo para a sua experiência e contexto profissional, a investigadora identificou a subnotificação como uma realidade, o que poderá revelar obstáculo à segurança nos cuidados perioperatórios.

Este é um processo delicado, uma vez que na maioria das situações a notificação de um incidente de segurança acarreta a consciencialização e responsabilização do erro cometido, podendo levar os profissionais de saúde a sentirem-se menos profissionais e competentes, o que torna essencial compreender a percepção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança, traduzindo-se assim no objetivo geral deste trabalho de investigação.

Os objetivos específicos são:

- Analisar a cultura de segurança no perioperatório;
- Identificar os fatores que influenciam os enfermeiros de perioperatório a notificar ou não notificar incidentes de segurança;
- Identificar o tipo de incidentes de segurança mais notificado;
- Comparar a percepção entre Enfermeiros Especialistas em EMC e Enfermeiros Peritos em perioperatório sobre a temática estudada;
- Analisar a interferência da notificação/subnotificação na segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Os trabalhos académicos e científicos, produzem conhecimento que contribui para a evolução, útil para os investigadores e comunidade científica e empresarial (Reis, 2022).

Através deste tipo de abordagem, a investigadora acredita poder contribuir para a melhoria da segurança da pessoa em situação perioperatória. É através da disseminação científica que é possível atingir o expoente máximo da valorização do trabalho do investigador, neste caso concreto, contribuindo para uma eventual mudança de comportamentos e hábitos de subnotificação que suportam uma melhoria dos cuidados de enfermagem no âmbito da segurança da pessoa em situação perioperatória.

5. Metodologia

A metodologia científica traduz-se no caminho percorrido para dar resposta aos objetivos e à questão de investigação definida pelo investigador. O rigor científico é crucial para garantir a qualidade e robustez dos estudos realizados.

Investigação científica consiste num conjunto de ações, que visam dar resposta a um determinado problema, através do recurso a diversos instrumentos, contribuindo assim para descobrir ciência e aumentar o conhecimento (Reis, 2022).

Com base na revisão bibliográfica, foi delineado o modelo de análise para avançar no processo de investigação. De acordo com o objetivo geral previamente apresentado, foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Qual a percepção dos enfermeiros de perioperatório na notificação de incidentes de segurança?

Alinhado com os objetivos específicos explanados anteriormente, foram elaboradas as seguintes questões derivadas:

- Qual a percepção dos enfermeiros de perioperatório sobre a cultura de segurança?
- Quais os fatores que influenciam os enfermeiros de perioperatório a notificar ou não incidentes de segurança?
- Qual é o tipo de incidentes de segurança mais notificado, na percepção dos enfermeiros de perioperatório?
- Existe uma percepção diferente entre Enfermeiros Especialistas em EMC e Enfermeiros Peritos em perioperatório sobre a notificação de incidentes de segurança?
- A notificação/ subnotificação interfere a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória?

5.1. *Desenho do estudo*

Este estudo é de natureza descritiva, transversal com características fenomenológicas, usando uma estratégia mista (qualitativa e quantitativa).

Os estudos descritivos procuram perceber as características e dimensões de um determinado fenómeno e ampliar os conhecimentos das características de um problema. Permitem descrever uma realidade adquirindo assim, uma visão mais ampla (Vilelas, 2022).

Optou-se por um estudo fenomenológico, inicialmente suportado numa consolidada pesquisa bibliográfica abrangente sobre o tema, que fornece uma base teórica sólida e aprofundada pela análise de fontes documentais.

Segundo Vilelas (2022) o método fenomenológico parte do mundo conhecido e faz uma análise descritiva com base nas experiências dos participantes, revelando ser distintamente vantajoso na interpretação dos factos e processos estudados.

A investigadora, optou por uma estratégia de investigação mista: qualitativa através de entrevistas semiestruturadas (L. Santos & Lima, 2019); e quantitativa com recurso a análise estatística de perguntas fechadas e dados sociodemográficos, obtendo assim uma compreensão mais profunda da matéria, e complementar à abordagem qualitativa, contribuindo para o avanço do conhecimento científico (Rego et al., 2018).

Sendo a natureza do estudo compreender a percepção dos enfermeiros de perioperatório sobre a notificação de incidentes de segurança, exige uma abordagem qualitativa da temática, uma vez que, *“permite desocultar de forma bastante precisa o fenómeno ou a situação que se pretende descrever e interpretar”* (P. P. Sousa & Ferrito, 2022, p.71).

Os investigadores usam abordagens qualitativas quando pretendem explorar o comportamento, as perspetivas e as experiências das pessoas que estudam relativamente a uma determinada temática.

A utilização de métodos estatísticos para o tratamento de dados sociodemográficos e perguntas de resposta fechada com recurso a uma abordagem quantitativa, prende-se com *“o objetivo de trazer à luz dados, indicadores e tendências observáveis, gerando medidas fiáveis, generalizáveis e sem vieses”* (Vilelas, 2022, p.198).

Uma vez definido o objetivo geral, questão de investigação e o tipo de pesquisa de acordo com a abordagem do problema, procede-se à caracterização da população alvo, definindo critérios de seleção para a amostra e determina-se o seu tamanho.

Em investigação qualitativa, geralmente os indivíduos do estudo são designados de participantes para reforçar o seu papel ativo no estudo (Vilelas, 2022).

As diretrizes COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) foram seguidas para assegurar a transparência e qualidade na condução e análise da investigação

qualitativa, particularmente por se tratar de um estudo que utiliza entrevistas semiestruturadas (Tong et al., 2007).

A amostra deste estudo é não-probabilística, consistindo na seleção dos elementos que apresentam determinadas características. Consequentemente, cada elemento da população não tem a mesma probabilidade de ser escolhido para fazer parte da amostragem (Reis, 2022). Neste sentido, foram selecionados como participantes seis Enfermeiros Especialistas em EMC e seis Enfermeiros Peritos com pelo menos dez anos de experiência em perioperatório, portanto uma amostra intencional, onde são tidas em consideração algumas características relevantes dos participantes (Vilelas, 2022).

A seleção dos enfermeiros baseou-se em características sociodemográficas e de formação diversificadas, que trabalham em contexto de perioperatório há pelo menos 10 anos.

Os participantes foram contactados pessoalmente pela investigadora responsável e convidados a participar no estudo, sendo-lhes explicado o objetivo do mesmo. Todos os participantes abordados concordaram em participar no estudo. Importa salientar que os participantes conheciam a investigadora responsável por trabalharem na mesma instituição de saúde.

O recrutamento dos participantes prosseguiu até as entrevistas não gerarem novas informações, o que ocorreu na décima entrevista, tendo-se atingido critérios de saturação dos códigos e dos significados (Hennick et al., 2017), foram realizadas mais duas entrevistas (n=12) de forma a esgotar a variabilidade dos significados e obter informação mais detalhada (Rego et al., 2018).

Como critérios de inclusão foi utilizado o tempo de exercício profissional em perioperatório igual ou superior a dez anos para ambos os grupos, e no caso dos enfermeiros especialistas, serem detentores da especialidade em EMC. Como critérios de exclusão todos os enfermeiros que não reúnam os critérios de inclusão.

Benner (2001), através do modelo de aquisição de competências, defende que a competência clínica do enfermeiro não se limita à sua formação académica, mas inclui também o conhecimento adquirido através a experiência e a reflexão sistemática sobre as suas práticas, afirmando que os enfermeiros peritos são aqueles capazes de identificar respostas clínicas inesperadas e potenciais problemas, compreendendo intuitivamente a totalidade da situação e realizando diagnósticos precisos, sem perder tempo com abordagens ineficazes. Devido a esta exímia performance, são fáceis de identificar, porque muitas vezes emitem apreciações clínicas ou gerem situações complexas de uma maneira

notável, sendo frequentemente procurados pelos pares e recomendados pelos superiores hierárquicos (Benner, 2001).

O Parecer n.º 10/2017 da Mesa do Colégio da Especialidade em EMC valida que o conhecimento de perito como sendo uma forma de conhecimento, um conhecimento competente, e não apenas uma aplicação do conhecimento (OE, 2017b).

O limite temporal selecionado, experiência profissional em contexto de perioperatório superior ou igual a dez anos, prende-se com o facto de Benner identificar o perito como tendo uma “*enorme experiência*”, não se referindo apenas à passagem do tempo (2001, p.58).

Para recolher as informações pretendidas foi necessário escolher os instrumentos de recolha de dados e transformar essa informação em conceitos mensuráveis (Reis, 2022).

No que diz respeito à recolha de dados, a entrevista configura-se como a estratégia mais usada no processo de trabalho de campo (Magalhães & Paul, 2022). As entrevistas permitem que o investigador e o entrevistado estabeleçam uma relação favorável, permitindo-lhe ter acesso a informações relevantes para a investigação (Reis, 2022).

Para Bardin (2016) uma entrevista, por ser uma forma de inquérito verbal e espontânea, compreende palavras e elementos de frases que, à primeira vista, podem parecer supérfluos e não relevantes para a determinação semântica dos temas abordados. No entanto, frequentemente, esses elementos carregam significados importantes. Além disso, o estilo da comunicação, nas suas diversas variações, também transporta consigo significados e nuances adicionais (Bardin, 2016).

Neste estudo foi aplicada uma entrevista semiestruturada, por ser o tipo de comunicação entre o investigador e o entrevistado que recolhe informações sobre fenómenos e tendências, uma vez que “*o investigador segue, de forma aleatória, um conjunto de questões provenientes de um quadro teórico combinando perguntas abertas e fechadas, de forma a aprofundar a evolução da população em estudo*”, demonstrando vantagens ao nível da otimização de tempo e tratamento sistemático dos dados obtidos (Reis, 2022, p.94).

O objetivo final da análise de entrevistas é inferir algo sobre uma realidade representativa de uma população de indivíduos ou de um grupo social por meio dessas palavras (Bardin, 2016).

Foi elaborado um teste piloto à entrevista semiestruturada a dois enfermeiros com as mesmas características dos participantes no estudo no sentido de perceber as limitações do

guião da entrevista e melhorar o método de recolha de dados, não tendo sido necessário a reformulação dos mesmos.

O guião de entrevista foi elaborado conteúdo um questionário para caracterização dos participantes (idade, género, formação académica, tempo de experiência profissional, funções específicas enquanto elo de ligação, entre outras) e uma entrevista semiestruturada direcionada para os objetivos específicos do presente trabalho de investigação.

O guião pode ser consultado no apêndice IX, e foi utilizado como linha orientadora nas entrevistas realizadas. É composto maioritariamente por questões de resposta aberta para permitir aos participantes liberdade de resposta e evitar interferências por parte da investigadora.

Relativamente à forma como se registam os dados obtidos, foi utilizado o suporte de áudio quando realizada entrevista presencial (num local à escolha do participante) e suporte de áudio e vídeo, quando realizada entrevista não-presencial através de meios digitais (via aplicação *Zoom* ou *Teams*, ou *WhatsApp*) de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes.

As entrevistas foram realizadas pela investigadora principal, a qual possui formação académica e experiência profissional no âmbito do perioperatório, além de ter recebido formação específica em metodologia qualitativa no contexto do seu mestrado. Esta formação, aliada à revisão da literatura pertinente, assegura o seu domínio sobre a temática em estudo e a sua competência na condução das entrevistas.

As entrevistas ocorreram entre janeiro e maio de 2024, decorreram de forma presencial e online, e tiveram a duração média de vinte e quatro minutos. Antes do início da gravação foi esclarecido o objetivo da investigação e assinado o consentimento livre e esclarecido, garantindo o anonimato. Todas as entrevistas foram realizadas apenas na presença do participante e da investigadora responsável, não tendo sido necessário repetir nenhuma das entrevistas.

Não se verificou a necessidade de tomar notas durante as entrevistas, uma vez que não foram identificadas situações ou comportamentos considerados relevantes para os objetivos do estudo.

O tratamento dos dados das entrevistas semiestruturadas foi realizado utilizando o *software* de análise de dados qualitativos *NVivo 14 Release 14.23.3* (61). Procedeu-se à análise temática de Bardin (2016), o que permitiu identificar correlações significativas a partir das questões elaboradas, garantindo rigor e fiabilidade nos resultados do estudo.

Para a análise estatística, foram seguidas as orientações de desenho de investigação sugeridas por Freixo (2013) e Hill e Hill (2016), com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Marôco, 2021) versão 29.0.2.0 (20).

A análise do conteúdo foi apoiada na metodologia de Bardin (2016), seguindo as três etapas: pré-análise; exploração do material; e, tratamento dos resultados e interpretação, recorrendo à técnica de análise categorial ou temática.

Na primeira etapa, foi constituído o *corpus*⁸ da investigação e foi realizada uma leitura exploratória das entrevistas, com o intuito de compreender o contexto em que estão inseridos os relatos. Na etapa seguinte, realizou-se um recorte dos textos com o propósito de identificar e estabelecer as categorias de análise. Na fase de tratamento e interpretação dos dados procedeu-se à codificação em categorias e subcategorias.

Cada participante foi denominado com a letras E (de E1 a E6), no caso dos enfermeiros especialistas e com a letra P (de P1 a P6), no caso dos enfermeiros peritos, e numerados de um a seis, em ambos os grupos de participantes, perfazendo um total de doze entrevistas. A codificação dos dados e participantes foi feita pela investigadora responsável.

Após a transcrição integral das entrevistas em português, na etapa correspondente à exploração do material, foi feita uma leitura exaustiva das mesmas com o intuito de identificar os temas, as categorias, subcategorias e as unidades de registo, conforme descrito por Bardin (2016) e Vilelas (2022).

As transcrições das entrevistas não foram devolvidas aos participantes para revisão ou comentários, portanto, não houve possibilidade de *feedback* sobre os resultados.

Bardin (2016) defende que a análise categorial carece da divisão do texto em unidades ou categorias, agrupando-as de acordo com as semelhanças entre elas. Entre as várias abordagens de categorização, a análise temática destaca-se pela sua rapidez e eficácia, desde que aplicada a discursos diretos e simples (Bardin, 2016).

Ou seja, na análise categorial, as unidades de contexto são agrupadas em categorias com base em características ou temas comuns. Este processo ajuda a organizar e estruturar o material textual de forma a facilitar a análise e interpretação dos dados.

⁸ Conjunto de documentos tidos em conta para serem submetidos a análise (Bardin, 2016).

A codificação envolve a conversão dos dados textuais brutos de acordo com regras específicas, por meio de recorte, agregação e enumeração, com o intuito de alcançar uma representação do conteúdo ou de sua expressão (Bardin, 2016).

Com base na análise das entrevistas, foi elaborado um quadro matriz onde constam as unidades de registo devidamente codificadas, com os excertos considerados representativos de cada um dos domínios (Apêndice X).

Na análise de entrevistas, é raro estabelecer um quadro categorial único e homogéneo devido à complexidade e à multidimensionalidade do material verbal (Bardin, 2016).

Na etapa de tratamento dos resultados e interpretação, os dados brutos são submetidos a procedimentos estatísticos para torná-los significativos e válidos, revelando as informações obtidas (Vilelas, 2022).

O tratamento de dados do fenómeno em estudo tem como intenção apurar se os resultados obtidos correspondem aos resultados esperados e dão resposta à questão de investigação tal como os seus objetivos (Reis, 2022).

Na figura 4, é apresentada de maneira esclarecedora e concisa o delineamento do estudo de investigação.

Figura 4: Desenho de estudo

Metodologia de investigação	Misto (qualitativa e quantitativa)	
Tipo de estudo	Descritivo, transversal e fenomenológico	
	janeiro a maio de 2024	
Participantes	6 Enfermeiros Especialista EMC	6 Enfermeiros Peritos
	Com mais de 10 anos de experiência em perioperatório	
Estratégia de recolha de dados	Entrevista semiestruturada	
Técnica de análise de dados	Análise temática de Laurance Bardin (2016) – NVivo 14 Release 14.23.3 (61)	
	Análise estatística de Freixo (2013) e Hill e Hill (2016) – SPSS Versão 29.0.2.0 (20)	
	Revisão da literatura	

5.2. Considerações éticas

Nos deveres gerais do Enfermeiro, decorrentes da obtenção do título (e conseqüentemente cédula profissional), está contemplado o cumprimento das normas deontológicas e das leis que regem a profissão.

Nunes (2020, p.15) afirma que *“a investigação surge como área de intervenção e como um dever dos Enfermeiros”*.

Na mesma obra, a autora aborda seis princípios éticos que devem orientar uma investigação, são eles: a beneficência, não-maleficência, fidelidade, justiça, veracidade e confidencialidade (Nunes, 2020). Princípios estes que estão diretamente relacionados com os direitos dos participantes em estudo, sendo eles: direito a não receber dano, direito ao conhecimento pleno, direito à autodeterminação, direito à intimidade e direito ao anonimato e à confidencialidade.

Para a realização deste estudo foi pedido um parecer da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP e Comissão Ética para integrar este projeto na sua Unidade de Investigação, parecer este favorável (Anexo V e Anexo VI, respetivamente).

Foi entregue a cada participante um guia com informações relativas ao tipo de estudo, objetivos da investigação, método adotado para recolha de dados e forma como foi garantida a confidencialidade e anonimato dos participantes (Apêndice XI). Foi fornecido um consentimento informado, livre e esclarecido, a cada participante, para sua subscrição, no qual foi consentida a gravação das entrevistas realizadas para uso exclusivo do presente estudo de investigação (Apêndice XII).

Não são expectáveis danos, quer físicos, quer emocionais, para os participantes. Não existe qualquer conflito de interesses da parte de investigadora ou dos participantes.

Os benefícios da investigação passam pelo despertar de consciência dos participantes, percecionando quais os fatores limitativos à notificação de incidentes de segurança e conseqüentemente contribuir para a melhoria da cultura de segurança perioperatória.

6. Resultados

Neste capítulo serão apresentados os resultados do tratamento de dados, de forma organizada e lógica, para um melhor entendimento do fenómeno em estudo.

Os resultados brutos foram tratados de forma a serem significativos e válidos (Bardin, 2016). Através da análise descritiva do questionário incluso nas entrevistas semiestruturadas, aplicadas aos participantes, é possível expor a sua caracterização na Tabela 1, abaixo.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes

Participante	Idade (anos)	Género	Habilitação académica	Tempo de exercício profissional (anos)	Tempo de exercício profissional em contexto perioperatório (anos)	Funções de enfermagem que desempenha em perioperatório	Funções específicas
E1	49	F	L, Me, E, outra	27	24	A, C, I	N/A
E2	40	F	L, Me, E	15	15	A, C, I	N/A
E3	52	F	L, Me, E	29	29	A, C, I	N/A
E4	40	F	L, Me, E	19	18	A, C, I, CPA	Sistemas de Informação
E5	47	F	L, Me, E	26	26	A, C, I	PPCIRA e Farmacovigilância
E6	42	F	L, Me, E, outra	20	20	A, C, I	Prevenção de Úlceras por Pressão
P1	55	M	L, outra	32	24	A, C, I	N/A
P2	45	M	L	25	23	A, C, I	N/A
P3	56	M	L	31	26	A, C, I	N/A
P4	40	F	L	16	16	A, C, I	N/A
P5	59	M	L	37	37	A, C, I	N/A
P6	39	F	L, outra	16	16	A, C, I	N/A

Legenda: A – Anestesia; C – Circulação; CPA – Cuidados Pós-anestésicos; E – Especialidade; F – Feminino; I – Instrumentação; L – Licenciatura; M – Masculino; Me – Mestrado; N/A – Não Aplicável.

Através da análise estatística dos dados sociodemográficos realizada de acordo com Freixo (2013) e Hill e Hill (2016), com recurso ao SPSS (Marôco, 2021), foi possível fazer a caracterização detalhada dos participantes, que será apresentada em forma de tabelas.

A caracterização da amostra revela que a faixa etária dos participantes está compreendida entre os 39 e os 59 anos, sendo que 66,7% (8) dos participantes são do género feminino, e 33,3% (4) do género masculino, conforme descrito na Tabela 2.

Em relação ao tempo médio de exercício profissional em perioperatório, a amostra tem uma média (desvio padrão) de 22,8 (6,4) anos (tempo de exercício profissional mínimo de 15 anos – tempo de exercício profissional máximo de 37 anos).

Tabela 2: Caracterização da amostra: género, idade, tempo de exercício profissional e tempo de exercício profissional em perioperatório

Características	n	%		
Género	Feminino	8	66,7	
	Masculino	4	33,3	
	Total	12	100,0	
			Média	Desvio Padrão
Idade (anos)			47,0	7,1
Tempo de exercício profissional (anos)			24,4	7,2
Tempo de exercício profissional em perioperatório (anos)			22,8	6,4
			Mínimo	Máximo
			39	59
			15	37
			15	37

Todos os enfermeiros especialistas, têm igualmente o título académico de Mestre, revelando que 25% (3) da amostra são mestres e especialistas em EMC na área de EPSP, enquanto 16,67% (2) são mestres e especialistas em EMC e 8,33% (1) é especialista em EMC e tem outra área de mestrado, conforme dados descritos na Tabela 3.

No que concerne às funções de enfermagem desempenhadas pelos participantes no período perioperatório, 91,7% (11) dos enfermeiros presta cuidados de enfermagem apenas no período intraoperatório, em detrimento de apenas 8,3% desempenhar as funções todas de perioperatório (anestesia, instrumentação, circulação e cuidados pós-anestésicos).

Tabela 3: Caracterização da amostra: habilitações académicas e funções desempenhadas no perioperatório

Características		n	%	
Habilitação académica	Licenciatura	6	50,0	
	Mestrado	EMC	2	16,7
		EPSP	3	25,0
		Outra	1	8,3
	Total	12	100,0	
Formação Profissional	Especialidade	Sem Especialidade	6	50,0
		EPSP	3	25,0
		EMC	3	25,0
	Total	12	100,0	
Funções de enfermagem que desempenha em contexto perioperatório	Anestesia, Circulação e Instrumentação	11	91,7	
	Anestesia, Circulação, Instrumentação e Cuidados Pós-anestésicos	1	8,3	
	Total	12	100,0	

Analisando comparativamente os dados da Tabela 1 com os dados da Tabela 4, é possível aferir que as funções específicas dos Enfermeiros enquanto elos de ligação dentro dos serviços é maioritariamente da responsabilidade dos enfermeiros especialistas.

Tabela 4: Caracterização da amostra: Funções específicas enquanto elos de ligação

Características		n	%
Funções específicas enquanto elos de ligação	Nenhuma	9	75,1
	Sistemas de Informação	1	8,3
	PPCIRA e Farmacovigilância	1	8,3
	Prevenção Úlceras por Pressão	1	8,3
	Total	12	100,0

Da análise de conteúdo das entrevistas, com suporte no referencial teórico adotado (Bardin, 2016), foi possível organizar os temas do universo de estudo em três categorias: cultura de

segurança; notificação de incidentes; e, conhecimento. Cada uma destas categorias contém subcategorias bem definidas, que podem ser consultadas integralmente no Apêndice X.

Segue-se uma descrição detalhada das categorias e subcategorias identificadas, destacando as principais unidades de registo dos participantes, de forma a representar com a necessária clareza os resultados obtidos.

6.1. Cultura de Segurança

A cultura de segurança é um conceito altamente abrangente e essencial para garantir a qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa em situação perioperatória. Fruto da revisão bibliográfica previamente explanada e particularizando para o contexto perioperatório, este conceito refere-se ao conjunto de valores, atitudes e práticas que a equipa de enfermagem, profissionais de saúde e instituições adotam para uma prestação de cuidados com o intuito de mitigar o erro, influenciando diretamente a forma como os incidentes de segurança são abordados e notificados.

No âmbito deste estudo, a cultura de segurança emerge como uma categoria central. Através da análise de conteúdo das entrevistas realizadas com os participantes, foram identificadas várias subcategorias que elucidam as nuances e complexidades desta temática, que estão apresentados na Tabela 5.

Tabela 5: Análise de conteúdo das entrevistas: Cultura de segurança

Categoria	Subcategoria
Cultura de Segurança	Descrição e Definição
	Promoção de Segurança
	Gestão de erros e incidentes
	Subnotificação

Na subcategoria “**Descrição e Definição**”, a análise das entrevistas revela uma preocupação com a cultura de segurança em contexto perioperatório, como é evidenciado nos seguintes excertos:

“[...] enraizada nas instituições [...] vem do Ministério da Saúde, transparece para as organizações. [...] Nem sempre se traduz numa verdadeira cultura efetiva [...] eu penso que não existe verdadeiramente uma cultura de segurança, porque não existe o envolvimento de todos. [...] a cultura de segurança ainda não foi atingida.” E1

“[...] a cultura de segurança no nosso serviço [...] está um bocado aquém dos padrões.” E6;

“Não sei descrevê-la.” P5.

Dentro da subcategoria **“Promoção de Segurança”**, cinco enfermeiros (41,7%) destacam a necessidade de melhorar a comunicação e oito enfermeiros (66,7%) referem carências formativas. É de realçar, nas unidades de registo, as expressões:

“[...] criar uma educação contínua.” E2;

“[...] a comunicação.” E1, P1, P3;

“[...] haver alguém [...] que se preocupasse em fazer formação.” E3, E4, E6, P1, P2, P3, P5, P6;

“[...] sensibilização dos profissionais para essa notificação [...]” P2, P5.

Relativamente à subcategoria **“Gestão de Erros e Incidentes”** nos seus contextos de trabalho, cinco enfermeiros (41,7%) afirmam que desconhecem como é que são geridos os incidentes de segurança, quatro enfermeiros peritos (33,3 %) referem que o processo é tratado de forma informal e diretamente com o superior hierárquico. As principais unidades de registo para realce:

“[...] acho que estamos a escondê-lo [...]” E2, E5, P5;

“[...] não sei [...] no meu contexto são coisas que raramente são abordadas.” P1;

“[...] acho que falta um bocado de transparência.” P4.

A análise dos dados qualitativos mostra que dos incidentes notificados nenhum obteve *feedback*, quer da parte do superior hierárquico, quando aplicável, quer das plataformas de notificação (institucional ou não), conforme a Tabela 6.

Tabela 6: Análise descritiva do *feedback* à notificação

Questão		n	%
Recebeu <i>feedback</i> de alguma das notificações realizadas?	Não Aplicável	7	58,3
	Não	5	41,7
	Sim	0	0,0
	Total	12	100,0

A última subcategoria identificada dentro da cultura de segurança foi a **“Subnotificação”**, que foi analisada através de dados qualitativos e quantitativos.

A análise de conteúdo das entrevistas aferiu que quatro participantes (33,3%) referem falta de informação e conhecimento e sete participantes (58,3%) revelam sentirem uma cultura de punição associada ao erro. Dentro desta subcategoria há a realçar:

“[...] há sempre um medo, uma vergonha, uma culpa [...]” E2, E4, P6;

“[...] tenta-se encobrir um pouco a questão do erro ou dos eventos adversos.” E4, E5, E6;

“[...] falta informação e formação.” E5, E6, P3, P5.

A análise descritiva dos dados obtidos através das respostas fechadas da entrevista semiestruturada permitiu aferir que, predomina uma taxa de subnotificação uma vez que 58,3% (7) dos participantes nunca notificaram um incidente de segurança (ver Tabela 7).

Tabela 7: Análise descritiva do número de incidentes de segurança notificados

Questão		n	%
<i>Durante o seu percurso profissional em contexto de bloco operatório já notificou incidentes de segurança?</i>	Não	7	58,3
	Sim	5	41,7
	Total	12	100,0
<i>Se sim, quantos notificou no último mês? último ano? últimos 5 anos?</i>	Não notificou	7	58,3
	Últimos 5 anos	5	41,7
	Total	12	100,0
<i>Número de incidentes de segurança notificados</i>	0	7	58,4
	1	3	25,0
	3	1	8,3
	4	1	8,3
	Total	12	100,0

A análise descritiva dos dados obtidos através das respostas fechadas da entrevista semiestruturada permitiu comparar o número de incidentes de segurança notificados com as habilitações académicas, conforme consta na Tabela 8.

Tabela 8: Análise descritiva cruzada do tipo de participante com a quantidade de eventos notificados

Questão		n	%
Número de notificações de acordo com as habilitações académicas	Nenhuma notificação	7	58,3
	Especialista	3	25,0
	Perito	2	16,7
	Total	12	100,0

6.2. Notificação de Incidentes

A notificação de incidentes de segurança é o tema central deste trabalho de investigação. A análise de conteúdo das entrevistas realizadas confirmou a centralidade do tema, reconhecendo-o como uma das categorias principais.

Neste sentido, a categoria “Notificação de Incidentes” foi decomposta em várias subcategorias, identificadas e apresentadas na tabela 9.

Tabela 9: Análise de conteúdo das entrevistas: Notificação de Incidentes

Categoria	Subcategoria
Notificação de Incidentes	Fatores influenciadores positivos
	Fatores influenciadores negativos
	Medidas de Melhoria
	Políticas Organizacionais
	Sistemas de Notificação

Na subcategoria “**Fatores influenciadores positivos**” cinco enfermeiros (41,7%) concordam que a notificação de incidentes é feita numa perspetiva de melhoria, dois (16,7%) referem a qualidade dos cuidados e um enfermeiro (8,3%) aborda a segurança da pessoa em situação perioperatória. É ainda de realçar as respostas:

“[...] perspetiva de melhoria.” E2, E3, E4, P1, P5;

“[...] os que notificam é numa forma de se defenderem.” E6.

Na subcategoria “**Fatores influenciadores negativos**” onze enfermeiros (91,7%) afirmam que a subnotificação ocorre por sentimentos de vergonha e medo de represálias, cinco enfermeiros (41,7%) concordam que é por desconhecimento, dois enfermeiros (16,7%)

afirmam uma cultura de segurança pouco enraizada e um enfermeiro (8,3%) refere que as plataformas existentes não são intuitivas.

“[...] o desconhecimento.” E1, E2, E5, E6, P5;

“[...] pelo medo, pela culpa, pela vergonha, também pela falta de tempo [...] medo de represálias.” E2, E3, E4, E5, E6, P1, P2, P3, P4, P5, P6;

“As plataformas existentes não são friendly, não são amigáveis.” P1.

Relativamente à subcategoria “**Medidas de Melhoria**”, seis enfermeiros (50%) apontam para a necessidade de formação, um enfermeiro (8,3%) refere a necessidade de divulgação da plataforma de notificação de incidentes de segurança, como podemos confirmar nas seguintes unidades de registo.

“A plataforma NOTIFICA é uma ferramenta de melhoria [...] era mandatário [...] ser devidamente divulgada.” E1;

“[...] sessões de formação.” E1, E2, E3, E4, E5, E6.

Na subcategoria “**Políticas Organizacionais**” sete enfermeiros (58,3%) afirmam que as políticas institucionais e do serviço influenciam a notificação de incidentes de segurança. É ainda de referir o potencial papel das chefias de enfermagem, realçando as unidades de registo:

“[...] na questão da culpabilização [...] as políticas institucionais são fundamentais.” E1;

“[...] se os profissionais vissem que ao notificar que havia uma melhoria [...]” E3;

“[...] uma equipa é motivada por um chefe para notificar, dar mais abertura e confiança [...]” E4, E5, E6, P3.

A última subcategoria identificada dentro da Notificação de Incidentes é “**Sistemas de Notificação**” onde cinco enfermeiros (41,7%) referem que utilizam a plataforma NOTIFICA, três participantes (25%) notificam através dos superiores hierárquicos e três (25%) utilizam o sistema de notificação institucional.

“[...] plataforma NOTIFICA.” E1, E2, E4, E5, P6

“[...] no sistema de notificação institucional.” E2, E4, P1

“[Informar] os superiores hierárquicos sempre que necessário.” E3, E4, P2

6.3. Conhecimento

Da análise qualitativa dos dados, emergiu a categoria "Conhecimento" como um elemento crucial na compreensão das percepções dos enfermeiros. A partir dos discursos dos participantes, foram definidas três subcategorias que refletem diferentes dimensões do conhecimento sobre a notificação de incidentes de segurança.

Esta análise aprofundada da categoria "Conhecimento" e das suas subcategorias fornece uma base sólida para entender os desafios e oportunidades relacionados com a notificação de incidentes de segurança, segundo a percepção dos enfermeiros de perioperatório. A Tabela 10 apresenta uma síntese das subcategorias identificadas.

Tabela 10: Análise de conteúdo das entrevistas: Conhecimento

Categoria	Subcategoria
Conhecimento	Classificação de Incidentes
	Tipologia de Incidentes
	Interferência da Notificação

A primeira subcategoria, "**Classificação de incidentes**", abrange os tipos específicos de incidentes de segurança, sendo que a maioria dos enfermeiros, mais concretamente oito (66,7%) dos entrevistados afirmam que desconhecem os diferentes tipos de incidentes, e apenas três enfermeiros (25%) são capazes de os identificar corretamente.

"[...] eventos adversos, eventos sem dano, near-miss e eventos sentinela." E1, P1, P2

"Não conheço muito bem as diferenças entre eles." E3, E4, E5, E6, P3, P4, P5, P6

A análise de dados permitiu identificar, na percepção dos enfermeiros de perioperatório, os tipos de incidentes de segurança mais frequentemente notificados, como podemos observar na Tabela 11.

Tabela 11: Análise descritiva do tipo de incidentes de segurança mais notificados

Questão	n	%
<i>No que diz respeito à frequência de notificação, no seu dia-a-dia qual dos eventos seguintes notifica com mais frequência: eventos adversos, eventos sem dano ou quase eventos?</i>	Eventos adversos	5 41,7
	Eventos sem dano	3 25,0
	Quase eventos	3 25,0
	Omisso	1 8,3
	Total	12 100,0

A segunda subcategoria, "**Tipologia de incidentes**", evidencia as tipologias de incidentes que os enfermeiros de perioperatório identificaram. A categoria mais mencionada foi "Acidentes do doente", com oito menções (66,7%), seguida de "Medicação/fluidos endovenosos", referida por sete enfermeiros (58,3%). Cinco enfermeiros (41,7%) mencionaram a categoria "Documentação", enquanto três enfermeiros (25%) apontaram "Dispositivos/equipamento médico" e "Sangue/hemoderivados". Apenas um enfermeiro (8,3%) declarou desconhecer a tipologia de incidentes.

"Quedas [...]" E1, E4, E5, E6, P4, P6;

"[...] as úlceras por pressão [...]" E1, E4, E5, E6, P6;

"A medicação, que é uma grande área de erro [...]" E2, E5, E6, P1, P4, P5, P6;

"A identificação do doente [...]" E2, E4, E6, P2, P6;

"Não sei." P3.

Num universo de treze tipologias de incidentes de segurança, dez foram abordadas pelos participantes no decorrer da entrevista, sendo de referir a pouca solidez na maior parte das tipologias, e tendo cinco tipologias com apenas uma referência (8,3%), como pode ser observado na Tabela 12.

Tabela 12: Análise descritiva das tipologias de incidentes de segurança

Questão	Tipologia de incidentes	n	%
<i>Pode identificar algumas tipologias específicas de incidentes de segurança?</i>	Administração clínica	1	8,3
	Processo/procedimento clínico	1	8,3
	Documentação	5	41,7
	Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde	1	8,3
	Medicação/fluidos endovenosos	7	58,3
	Sangue/hemoderivados	2	16,7
	Dieta/nutrição	0	0,0
	Oxigénio/gás/vapor	0	0,0
	Dispositivos médicos/ equipamento médico	3	25,0
	Comportamento	1	8,3
	Acidentes do doente	8	66,7
	Infraestruturas/edifícios/ instalações	0	0,0
	Recursos/gestão organizacional	1	8,3

A última subcategoria encontrada foi "**Interferência da notificação**", onde foi possível perceber através dos dados quantitativos que 100% dos participantes afirma que, a notificação de incidentes de segurança influencia a segurança da pessoa em situação perioperatória, enquanto oito enfermeiros (66,7%) afirmam que a notificação está associada à melhoria da qualidade dos cuidados, como indicam as seguintes unidades de registo.

“Interfere, porque não há uma aprendizagem a partir do erro. [...]” E1;

“São prestados melhores cuidados [...]” E3, E4, E5, E6, P1, P2, P4, P6.

O Apêndice X contém a análise temática de Bardin (2016), definindo Categorias, Subcategorias, e explicitando as Unidades de Registo, condensando a informação obtida e que emergiu do discurso dos participantes nas entrevistas semiestruturadas, e relativamente à percepção dos enfermeiros de perioperatório.

7. Discussão

Este capítulo prende-se com a discussão dos resultados apresentados anteriormente, interpretando-os com rigor e sentido crítico e relacionando-os com a evidência científica produzida neste domínio.

Os cuidados de saúde devem ser acessíveis a todos, e a segurança é uma componente essencial para garantir a qualidade destes cuidados. Nos últimos anos, tem-se verificado uma crescente ênfase na segurança dos cuidados de saúde, com uma maior atenção dedicada às questões relacionadas com a ocorrência de incidentes de segurança, por parte dos profissionais de saúde, das instituições e da sociedade em geral.

A análise da frequência de palavras ou conceitos nos textos categorizados, revela que o conceito “Segurança”, que foi referenciado 62 vezes, e o conceito “notificar” (incluindo os termos derivados: “notificação”, “notificar” e “notificam”) foi referido 42 vezes pelos participantes, correspondendo ao segundo conceito mais referenciado.

A nuvem de palavras associa e organiza graficamente as palavras conforme a sua frequência, apresentando-as em diferentes tamanhos. As palavras de maior dimensão são consideradas mais importantes para os enfermeiros. Na nuvem de palavras gerada a partir da análise do *corpus* textual (Figura 5), sobressaem as palavras: cultura de segurança, melhoria, formação e pessoas. Embora o conceito “notificar” não apareça destacado na Figura 5, devido aos termos derivados da palavra, como mencionado anteriormente, foi o segundo termo mais referenciado, evidenciando a sua relevância no estudo.

Também podem ser observadas palavras com menor frequência, tais como: comunicação, represálias, identificação, profissionais, eventos, medicação e qualidade. Algumas das palavras menos referidas demonstram alguma importância, tais como: comportamentos, aprendizagem, conhecimento, melhorar e instituição.

Na subcategoria “**Descrição e Definição**” é de realçar o pouco conhecimento aprofundado, globalmente. Um dos participantes relatou a falta de enraizamento da cultura de segurança na instituição, acrescentando ser um conceito que vem o Ministério da Saúde e que transparece para as organizações, o que faz pressupor uma grande dependência das estruturas normativas e com pouco empenho individual, facto que se entende preocupante.

As entrevistas indicam que há pelo menos um participante que não sabe descrever a cultura de segurança. Este facto permite, realçar a falta de conhecimento global aprofundado.

A análise das entrevistas revela uma preocupação com a cultura de segurança em contexto perioperatório e apresenta espaço para uma melhoria. Contudo, observaram-se diferenças significativas na percepção da cultura de segurança entre os enfermeiros peritos e especialistas, quer no sentido crítico com que percecionam a cultura de segurança no perioperatório quer no conhecimento da mesma.

Estes dados vão de encontro aos de um estudo realizado por S. Lima et al. (2018) que revelou uma necessidade de refletir sobre a deficitária cultura de segurança nas organizações de saúde, reconhecendo as dificuldades sentidas pelos profissionais de saúde na notificação de incidentes de segurança.

Da análise dos dados na subcategoria “**Promoção da Segurança**”, emergiram dois conceitos principais: a necessidade de formação contínua nesta temática, mencionada por 66,7% dos enfermeiros, e a melhoria da comunicação entre a equipa, apontada por 41,7% dos enfermeiros de perioperatório.

Estes dados vão ao encontro da revisão da literatura previamente feita, onde apontam as falhas de comunicação como uma das principais causas de incidentes de segurança (Heideveld-Chevalking et al., 2014; S. Lima et al., 2018; AORN, 2021a; M. Santos et al., 2022); por outro lado, a comunicação é uma ferramenta essencial para se evitar erros, uma fratura neste processo pode comprometer a continuidade dos cuidados (Neto et al., 2019).

Na subcategoria “**Gestão de erros e incidentes**” de uma forma geral os participantes consideram que não há transparência, reforçando ainda que estão a omitir o erro.

Estes dados revelam a ausência de uma cultura de aprendizagem com o erro, onde os enfermeiros não são incentivados a notificar, contrariamente ao que é recomendado pela WHO (2021), que defende a notificação como uma perspetiva de melhoria da segurança.

Para a minimização dos incidentes de segurança, é essencial a sua identificação e notificação, sendo esta considerada um meio de comunicação que permite à instituição reconhecer

falhas e erros (Mascarenhas et al., 2019). Desta forma, é possível alinhar e implementar processos e práticas institucionais de acordo com diretrizes, protocolos e procedimentos operacionais padronizados com vista na prevenção de novos incidentes de segurança (Mascarenhas et al., 2019; WHO, 2021).

Outro resultado crucial proveniente da análise quantitativa dos dados foi a completa ausência de *feedback* (100%) às notificações realizadas, seja por parte dos superiores hierárquicos, quando aplicável, ou das plataformas de notificação, sejam institucionais ou não. Os enfermeiros destacaram que as alterações de procedimentos decorrentes de incidentes não são comunicadas de forma clara e concisa a toda a equipa, o que gera insatisfação e resistência à mudança. Este cenário evidencia uma lacuna significativa na gestão e acompanhamento dos incidentes de segurança notificados pelos enfermeiros perioperatórios, indo ao encontro dos resultados da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais portugueses (DGS, 2020) e corroborando o descrito por Mota et al. (2021) de que a comunicação de retorno ao notificador é outro elemento fundamental para evidenciar a relevância da notificação na construção de sistemas mais resilientes.

Da análise de dados da subcategoria “**Subnotificação**”, constatou-se que 25% dos enfermeiros de perioperatório referiram sentimentos de medo, vergonha e culpa associados ao erro. Além disso, 33,3% dos enfermeiros de perioperatório indicaram ausência de conhecimento sobre o processo de notificação.

Os sentimentos descritos pelos enfermeiros de perioperatório entrevistados estão em consonância com os dados encontrados na literatura. Segundo Rodziewicz et al. (2024) os profissionais de saúde enfrentam repercussões psicológicas significativas, tais como raiva, culpa, sentimentos de inadequação, depressão e até mesmo pensamentos suicidas, como resultado de erros reais ou percebidos. A possibilidade de enfrentar processos judiciais iminentes pode intensificar esses sentimentos. Além disso, essas experiências podem levar a uma diminuição da confiança na sua prática clínica (Rodziewicz et al., 2024).

Os enfermeiros de perioperatório reconhecem que não se aprende adequadamente com os erros, reconhecendo que análise e prevenção de incidentes são áreas a melhorar. Esta percepção está alinhada com os resultados de estudos sobre a avaliação da cultura de segurança a nível nacional (DGS, 2020; Mota et al., 2021).

Estudos indicam que os profissionais de saúde aderem mais facilmente ao processo de notificação de incidentes de segurança se compreenderem o objetivo de proceder à notificação (Mascarenhas et al., 2019).

A análise descritiva dos dados quantitativos, apresentados na Tabela 7, permitiu aferir uma elevada taxa de subnotificação, 58,3% dos participantes nunca notificaram um evento adverso, embora se trate de uma amostra com elevada experiência (média de 22,8 anos) em perioperatório, indo ao encontro dos dados apresentados na revisão da literatura tanto nacional como internacional (Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde, 2015; DGS & APDH, 2015; Mota, 2015; Furini et al., 2018; DGS, 2020; Rodziewicz et al., 2024).

Apesar da elevada taxa de subnotificação (58,3%) foi possível identificar uma relação entre o número de incidentes de segurança notificados com as habilitações académicas. Os dados apresentados na Tabela 8 revelam que, nos últimos cinco anos, os enfermeiros especialistas e mestres notificaram mais incidentes de segurança (25%) em comparação com os enfermeiros peritos (16,7%). Na interpretação deste resultado, observa-se uma discreta tendência que sugere uma associação entre uma maior qualificação académica e uma maior propensão para a notificação de incidentes, sublinhando a importância da formação contínua e especializada para a melhoria da segurança dos cuidados de saúde, no entanto os dados não são estatisticamente significativos.

Um estudo desenvolvido em Portugal, com o objetivo de caracterizar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a segurança do doente, concluiu que a utilização do sistema nacional de notificação é um dos itens com menor implementação, com apenas 23,6% (Mota et al., 2021).

7.2. *Notificação de Incidentes*

Na subcategoria "**Fatores influenciadores positivos**", os enfermeiros de perioperatório (41,7%) veem a notificação de incidentes como uma oportunidade para a melhoria contínua. Embora a percentagem de enfermeiros que reconhecem os benefícios da notificação seja notável, é importante sublinhar que estes números ainda estão aquém das expectativas para um sistema de saúde seguro e eficiente. Idealmente, um maior número de profissionais deveria adotar esta prática como um meio de aprendizagem e melhoria da qualidade dos cuidados. Estes resultados sugerem a necessidade de reforçar a cultura de segurança e de aprendizagem com os erros, promovendo a notificação de incidentes como uma prática padrão e incentivando a participação de todos os enfermeiros nesse processo.

Na literatura, são apontados como fatores facilitadores da notificação de incidentes de segurança: a capacidade de reconhecer o que é um evento adverso; a compreensão da finalidade da notificação; a existência de um instrumento padronizado para a notificação; e obter *feedback* das notificações realizadas (Mascarenhas et al., 2019). Curiosamente, esses

fatores coincidem com alguns dos aspetos que os enfermeiros identificam como ausentes na cultura de segurança em contexto perioperatório.

Na subcategoria "**Fatores influenciadores negativos**", os resultados indicam que, para os enfermeiros de perioperatório, a subnotificação de incidentes de segurança é predominantemente motivada por sentimentos de vergonha e medo de represálias (91,7%); desconhecimento sobre os processos de notificação (41,7%); ausência de uma cultura de segurança bem estabelecida na instituição (16,7%); plataformas de notificação pouco intuitivas; desmotivação; e, desvalorização do erro (8,3%). Estes dados destacam a necessidade de abordar as barreiras emocionais e institucionais que impedem a notificação eficaz de incidentes, sublinhando a importância de promover um ambiente de trabalho seguro e acolhedor.

O receio de sofrer represálias leva os profissionais de saúde a hesitarem em reportar erros. Apesar de estarem preocupados com a segurança das pessoas a quem prestam cuidados, também receiam enfrentar medidas punitivas, incluindo o risco de perder o emprego ao relatar um incidente (Rodziewicz et al., 2024).

A revisão da literatura revelou vários obstáculos que dificultam o processo de notificação de incidentes de segurança, tais como: a falta de percepção da ocorrência de incidentes; o desconhecimento e a falta de informação sobre o processo de notificação; a falta de hábito; o esquecimento; a desmotivação; o número de profissionais de saúde insuficiente; falta de apoio por parte das chefias; e, por fim, a cultura da punição associada ao erro (Mascarenhas et al., 2019). Com base nestas constatações, pode-se afirmar que alguns dos fatores influenciadores negativos da notificação identificados neste estudo corroboram os dados evidenciados na literatura.

Entre os diversos fatores apontados como promotores de condições de insegurança para a pessoa alvo dos cuidados de enfermagem, Nascimento (2019) destaca a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, equipas de trabalho reduzidas e material insuficiente ou inadequado para a execução dos procedimentos. Além disso, o silêncio em torno desta questão também é considerado um fator significativo para a falta de esclarecimento sobre um tema tão complexo como a natureza dos cuidados de saúde (Nascimento, 2019).

Uma das considerações importantes a fazer é relativamente à percepção que os enfermeiros têm de um sistema de notificação pouco intuitivo, uma vez que pode revelar falta de utilização e de conhecimento atualizado sobre o sistema nacional de notificação. É comum que a percepção das pessoas sobre a usabilidade de sistemas não acompanhe as melhorias

efetuadas, contudo a plataforma de notificação nacional sofreu atualizações, que era uma das ações propostas do PNSD 2021-2026 no pilar correspondente à Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança (Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde, 2021).

Portanto, seria importante investigar se os enfermeiros estão conscientes das atualizações feitas no sistema nacional de notificação e se essa falta de conhecimento pode contribuir para uma subnotificação de incidentes de segurança. Refletindo criticamente sobre este ponto, sugere-se a realização de estudos adicionais direcionados para compreender melhor a perspectiva dos enfermeiros sobre a eficácia e a facilidade de uso do sistema de notificação.

Na subcategoria “**Medidas de Melhoria**” 50% dos enfermeiros, concretamente todos os enfermeiros especialistas e mestres, identificaram necessidades de formação contínua como uma medida essencial para melhorar a notificação de incidentes de segurança. Além disso, foi sugerida a utilização de *checklists* para operacionalização, procedimentos, equipamentos e rotinas (E6), e a implementação de uma política de liderança (P5).

Estes dados são consistentes com a evidência científica, alinhando-se com um estudo apresentado em 2022, que aponta que as causas mais frequentes para a ocorrência de incidentes de segurança estão relacionadas com um processo de comunicação ineficaz, problemas institucionais, hierarquização, ausência de protocolos de segurança e pouca formação em serviço (M. Santos et al., 2022).

Relativamente à política de liderança, 8,3% dos enfermeiros considera que a existência de uma liderança eficaz é promotora da notificação de incidentes de segurança.

Os líderes em enfermagem perioperatória, em todos os níveis, inclusive os cargos executivos, devem colaborar com a equipa de liderança executiva da organização para instaurar e manter uma cultura de segurança dentro da instituição (AORN, 2022).

Estes fatores indicam a importância de promover uma cultura de segurança através da educação, comunicação e liderança eficaz.

Na subcategoria “**Políticas organizacionais**”, sete enfermeiros (58,3%) reconhecem a influência significativa das políticas institucionais e do serviço na notificação de incidentes de segurança. Afirmaram que políticas institucionais claras e de apoio são fundamentais para reduzir a culpabilização (E1) e incentivar a notificação (E2). Além disso, apontaram que a percepção de melhorias resultantes das notificações pode motivar os profissionais (E3). A liderança também foi destacada, com a importância de chefias que promovam a abertura e a confiança necessárias para notificar (E4, E5, E6, P3).

Para analisar o impacto dos papéis de liderança na segurança do doente no BO, Mota, Castilho e Martins (2022) concluíram que, na perspectiva dos enfermeiros perioperatórios portugueses, na categoria de notificação, análise e prevenção de incidentes, os estilos de liderança Monitor (12%) e Produtor (22%) são os mais destacados.

O mesmo estudo também revelou que os enfermeiros perioperatórios têm uma percepção moderadamente positiva sobre o exercício da liderança, sublinhando a importância de promover o desenvolvimento dos diferentes papéis de liderança dos enfermeiros gestores perioperatórios portugueses. No entanto, os resultados destacam que, na ótica dos enfermeiros perioperatórios, os gestores portugueses precisam de aprimorar as suas competências na facilitação dos processos de adaptação e mudança, além de incentivar o compromisso e a colaboração entre os seus liderados (Mota et al., 2022).

Estes dados podem sugerir que os hospitais com gestão empresarial estão muito focados em alcançar resultados (Mota et al., 2022). Novamente, isso está em consonância com o modelo conceptual utilizado neste relatório, o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000).

No entanto, 8,3% dos enfermeiros relataram não sentir influência direta dessas políticas (P1), enquanto 16,7% mencionaram a necessidade de implementar eficazmente as plataformas de notificação na instituição (P2, P5).

Na percepção dos enfermeiros, a falta de influência direta das políticas organizacionais na notificação de incidentes de segurança pode revelar diversas questões críticas no contexto perioperatório. Primeiramente, as políticas podem não estar suficientemente integradas ou visíveis, levando à falta de motivação dos enfermeiros para segui-las. Além disso, há um défice significativo na comunicação e formação sobre essas políticas, o que resulta em desconhecimento generalizado entre os enfermeiros. A cultura organizacional também é um ponto crítico, com uma orientação deficiente para a transparência e segurança, refletindo-se na falta de incentivo à notificação de incidentes. Barreiras operacionais, como sistemas burocráticos e complexos, também desencorajam a participação ativa dos enfermeiros. A falta de confiança no sistema de notificação, exacerbada pelo medo de represálias e pela ausência de *feedback* sobre as notificações realizadas, contribui ainda mais para a desmotivação e a falta de envolvimento com as políticas estabelecidas.

Estes dados indicam a necessidade de rever e reforçar as políticas organizacionais, melhorando a comunicação, a formação, e o apoio aos enfermeiros para promover um

ambiente mais seguro e transparente, indo ao encontro do paradigma defendido pela AORN (2022).

Uma cultura de segurança para a pessoa em contexto perioperatório é construída sobre vários pilares essenciais. Isso inclui a liderança eficaz, onde os líderes assumem a responsabilidade e promovem a transparência através da partilha aberta de informações, o trabalho em equipa e comunicação respeitosa são fundamentais, assim como a confiabilidade, que implica usar as melhores evidências disponíveis para reduzir erros (AORN, 2022).

É crucial criar um ambiente de segurança psicológica, no qual todos se sintam confortáveis para comunicar (Rodziewicz et al., 2024).

Na subcategoria "**Sistemas de Notificação**", a análise dos resultados revela as preferências dos enfermeiros de perioperatório no que diz respeito aos sistemas de notificação disponíveis. Os enfermeiros identificam a plataforma NOTIFICA como o principal meio utilizado para a notificação de incidentes de segurança. Além disso, alguns participantes destacaram a importância de notificar incidentes diretamente aos superiores hierárquicos, demonstrando uma confiança na hierarquia para a gestão de incidentes. Outros participantes referiram a utilização do sistema de notificação institucional, indicando uma diversificação e adaptação dos métodos de notificação disponíveis.

Relativamente aos sistemas de notificação institucionais, pode ser necessário torná-los mais acessíveis e compreensíveis para todos os profissionais de saúde, enquanto se aumenta a divulgação e formação sobre o mesmo. Este ajuste é fundamental à luz de estudos como o de S. Lima et al. (2018) que identificou que 42,7% dos participantes desconhecem o sistema de notificação da instituição onde trabalham, revelando que a falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre os sistemas de notificação institucionais é uma limitação significativa à notificação de incidentes de segurança.

7.3. *Conhecimento*

A análise dos resultados revelou que a amostra era composta por profissionais com considerável experiência (tempo médio de exercício profissional = 24,4 anos, dos quais 22,8 anos em perioperatório). No entanto, essa vasta experiência não se traduziu necessariamente em conhecimento aprofundado na área em questão. Verificou-se que os enfermeiros com qualificações académicas mais avançadas, possivelmente devido às suas experiências académicas mais recentes em comparação com os enfermeiros peritos (com o

grau acadêmico de Licenciatura), demonstraram uma compreensão mais informada e fundamentada sobre o tema em estudo.

Estes dados indicam a necessidade urgente de as instituições de saúde integrarem esta temática nos seus planos de formação contínua. Adicionalmente, sugere-se a criação de um curso de pós-graduação com um plano de estudos específico nesta área, visando colmatar as lacunas formativas identificadas e promover uma atualização constante do conhecimento entre os profissionais.

Investir em programas de formação especializados e acreditados em Enfermagem e promover o desenvolvimento contínuo dos profissionais em exercício é essencial. Além disso, é fundamental apoiar a progressão na carreira de generalista para especialista e prática avançada, o que contribuirá significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e para a redução dos custos económicos associados (OE, 2024).

Um estudo realizado nos Estados Unidos revelou que o ajuste adequado de enfermeiros em funções avançadas em todas as áreas da sua prática resultou numa economia anual de 45,5 mil milhões de dólares em despesas de saúde pública (Zangaro, 2019, como citado em OE, 2024).

Na subcategoria “**Classificação de Incidentes**” a maioria dos participantes, correspondendo a 66,7%, não conhece as diferenças entre evento adverso, evento sem dano, *near miss* e eventos sentinela, enquanto apenas três (25%) os identificam corretamente, uma vez mais revelando carências formativas.

A falta de familiaridade com os diferentes tipos de incidentes sugere que a capacitação contínua é um fator influenciador positivo crucial, uma vez que promoveria uma maior clareza e precisão na identificação e comunicação de incidentes, contribuindo para a melhoria da segurança da pessoa em situação perioperatória.

Investir na formação dos enfermeiros em práticas baseadas em evidências e na segurança dos doentes pode reduzir significativamente os custos de cuidados de saúde, que atualmente representam 15% das despesas hospitalares, destinadas a cuidados/procedimentos adicionais associadas aos eventos adversos (OE, 2024).

Segundo a análise da Tabela 11, a diferença nas taxas de notificação entre eventos adversos (41,7%) e quase eventos (*near miss*) ou eventos sem dano (25%) entre os enfermeiros de perioperatório é significativa e revela importantes aspetos sobre a cultura de segurança e a percepção dos profissionais em relação à notificação de incidentes.

É importante notificar não só os eventos adversos, mas também a notificação de incidentes sem dano à pessoa, pois é o tratamento desses dados epidemiologicamente que proporcionam uma cultura de aprendizagem e melhoria no que diz respeito à segurança dos cuidados de saúde.

Estes dados vêm ao encontro da literatura de suporte, reforçando que quando ocorrem eventos adversos e quase-erros, estes devem ser encarados como oportunidades de aprendizagem e melhoria, em vez de serem vistos como razão para punição, embora isso não anule a necessidade de responsabilização (AORN, 2022).

A avaliação da incidência de incidentes de segurança tem um papel crucial na prevenção e desenvolvimento de medidas destinadas a melhorar a segurança, resultando numa redução dos riscos (Nascimento, 2019).

Para melhorar a notificação de quase eventos (*near miss*) e eventos sem dano, é crucial que as instituições de saúde invistam em educação contínua sobre não só quanto às diferentes tipologias de incidentes, mas também quanto à finalidade da notificação. Além disso, deve-se promover uma cultura de segurança que encoraje a notificação destes eventos sem dano, destacando que o objetivo é aprender e implementar medidas de melhoria que evitem o dano. Ao abordar esses aspetos, as instituições podem criar um ambiente mais seguro e proativo na prevenção de incidentes.

É igualmente essencial implementar processos de melhoria contínua e medição dos resultados ao longo do tempo, enquanto se promove a aprendizagem contínua através da análise de dados (AORN, 2022; Rodziewicz et al., 2024). Por fim, é importante estabelecer políticas e procedimentos eficazes para reportar eventos *near-miss*, assegurando a notificação e a abordagem adequada dessas situações (AORN, 2022).

A segunda subcategoria, "**Tipologia de incidentes**", realça as diferentes classes dos incidentes, nas quais os participantes deveriam demonstrar o seu conhecimento acerca das várias tipologias de incidentes de segurança que devem ser notificados, de acordo com a CISD (DGS, 2011b). Contudo, de uma forma geral, os participantes mostraram um conhecimento pouco consolidado, revelando familiaridade superficial com as tipologias. Apenas duas tipologias foram destacadas por mais de 50% dos participantes, nomeadamente "Medicação/fluidos endovenosos" (erros de medicação) com 58,3% e a categoria mais identificada, com 66,7% foi a "Acidentes do doente" (quedas, úlceras de pressão, queimaduras).

As tipologias que não foram reconhecidas por nenhum participante foram: Dieta/nutrição; Oxigénio/gás/vapor; Infraestruturas/edifícios/instalações, revelando que 23% das tipologias de incidentes de segurança são desconhecidas para os enfermeiros de perioperatório entrevistados, o que pode ser um entrave à notificação.

Outras tipologias como Administração clínica, Processo/procedimento clínico, Documentação, Infecções associadas aos cuidados de saúde, Sangue/hemoderivados, Dispositivos médicos/equipamento médico, Comportamento, e, Recursos/gestão organizacional tiveram um reconhecimento pouco consistente, variando entre 8,3% a 41,7% dos enfermeiros de perioperatório a elencá-las. Deste padrão mediano, a categoria Documentação destacou-se, com 41,7% dos enfermeiros de perioperatório a identificarem exemplos como a confirmação da pulseira de identificação e o preenchimento de Listas de verificação.

Este cenário sublinha o quanto é importante estar desperto para as treze tipologias de incidentes que necessitam de notificação segundo a CISD (DGS, 2011b), bem como a necessidade de formar as equipas para que qualquer incidente em qualquer uma destas áreas seja reconhecido como digno de notificação.

De realçar, que dos participantes no estudo, apenas 8,3% dos enfermeiros referiram a tipologia Infecções associadas aos cuidados de saúde, sendo uma das tipologias menos relatada, contrariamente ao estudo nacional que concluiu que dos eventos adversos identificados, 39,7% estão relacionados com a infeção hospitalar (Tipologia – “Infecções associadas aos cuidados de saúde”), 26,7% estão relacionados a procedimentos cirúrgicos (Tipologia – “Processo/procedimento clínico), 9,8% dizem respeito a erros medicamentosos (Tipologia – “Medicação/fluidos endovenosos”) e 7% correspondem a quedas (Tipologia – “Acidentes do doente”). Os 17% restantes estão relacionados a úlceras por pressão, queimaduras acidentais (Tipologia – “Acidentes do doente”) e erros de diagnóstico (Tipologia – Processo/Procedimento clínico) (P. Sousa et al., 2018).

Os eventos de paciente errado, local errado e procedimento errado podem e devem ser prevenidos. A implementação de estratégias de prevenção de risco baseadas em evidências para a identificação e verificação do paciente correto, local cirúrgico e procedimento reduzirá o risco de erro (AORN, 2021b).

A última subcategoria identificada, "**Interferência da notificação**", revela que todos os participantes (100%) acreditam que a notificação de incidentes de segurança influencia positivamente a segurança da pessoa em situação perioperatória. Além disso, 66,7% dos

enfermeiros de perioperatório associam a notificação à melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

Os resultados sublinham a importância da notificação como ferramenta essencial para a aprendizagem contínua e a promoção de uma cultura de segurança, contribuindo significativamente para a melhoria dos cuidados de saúde. Estes dados estão alinhados com a evidência científica, reforçando que os enfermeiros devem monitorizar atentamente os fatores que podem contribuir para a ocorrência de eventos adversos e serem instruídos sobre a importância da notificação desses eventos, com o objetivo de melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (I. S. Araújo & Carvalho, 2018).

A segurança da pessoa alvo dos cuidados é um elemento crucial da qualidade dos serviços de saúde. Isso é importante tanto para a pessoa como para os seus familiares/pessoa significativa, que desejam sentir-se confiantes e seguros, quanto para os profissionais de saúde, cuja principal comprometimento é fornecer cuidados com alto nível de eficácia, eficiência e embasados na melhor evidência disponível (Melo, 2022).

8. Conclusão

A presente investigação procurou explorar a percepção dos enfermeiros de perioperatório sobre a notificação de incidentes de segurança. Os resultados revelaram que, apesar da importância atribuída à segurança e à notificação de incidentes, persistem barreiras significativas que dificultam a implementação eficaz desta prática.

Dos discursos dos participantes emergiram um conjunto de fatores que dificultam a notificação de incidentes de segurança no contexto perioperatório. Os enfermeiros de perioperatório entrevistados apontaram diversas dificuldades relacionadas com o conhecimento e a formação. Especificaram a falta de formação contínua, a carência de atualização científica, e a dificuldade em interpretar as diferentes tipologias de incidentes de segurança e aplicar corretamente os procedimentos de notificação de incidentes.

Os participantes também mencionaram barreiras pessoais e profissionais, tais como a insegurança na execução das notificações devido à falta de experiência, o medo de represálias ou consequências negativas, e a sobrecarga de trabalho, que limita o tempo disponível para realizar notificações detalhadas e precisas. Por fim, salientaram a necessidade de maior apoio institucional, incluindo a criação de um ambiente de trabalho que incentive a notificação e a implementação de estratégias de capacitação contínua para promover a cultura de segurança.

A análise dos dados revelou que "notificar" foi um dos conceitos mais referenciados, indicando uma clara consciência da sua importância entre os enfermeiros de perioperatório, sendo unânime entre os participantes que a notificação influencia positivamente a segurança dos cuidados prestados. No entanto, a frequente subnotificação, associada a sentimentos de medo, vergonha e culpa, bem como ao desconhecimento dos processos de notificação, evidencia uma cultura de segurança ainda deficitária. Além disso, a ausência de *feedback* sobre as notificações realizadas contribui para a desmotivação e a resistência à mudança entre os profissionais.

Com base no exposto, observa-se que, na perspectiva dos enfermeiros de perioperatório, há uma tendência maior para a notificação de eventos adversos em comparação com os *near miss* ou os eventos sem dano. Isto revela a importância de incentivar a notificação de todos os tipos de incidentes, incluindo aqueles sem dano, pois a análise desses dados promove uma cultura de aprendizagem contínua e melhoria na segurança dos cuidados de saúde.

Os enfermeiros peritos e especialistas demonstraram percepções diferentes sobre a cultura de segurança, com os especialistas a demonstrar maior propensão para notificação de incidentes. Isto sugere que a formação contínua e as qualificações académicas superiores podem influenciar positivamente a prática de notificação.

As principais limitações deste estudo incluem a amostra limitada a 12 participantes, sendo que o 13.º participante poderia ter algo de novo a acrescentar, portanto pode não representar a totalidade dos enfermeiros perioperatórios, a não devolução das transcrições aos participantes para eventuais comentários ou correções e a dependência de dados baseados em testemunhos pessoais, que podem estar sujeitos a viés de resposta.

Os resultados deste estudo apresentam diversas implicações para a prática de enfermagem em contexto perioperatório. Primeiramente, é crucial promover uma cultura de segurança onde os erros sejam encarados como oportunidades de aprendizagem em vez de motivos para punição, criando um ambiente no qual os enfermeiros se sintam seguros para notificar incidentes sem medo de represálias. Em segundo lugar, é necessário investir em programas de formação contínua e especializados em segurança da pessoa e notificação de incidentes, sendo essencial a criação de um plano formativo dedicado a esta área para melhorar a competência dos enfermeiros. Este plano deve ser implementado de forma contínua, com atualizações regulares baseadas nas melhores práticas e evidências científicas, garantindo assim a melhoria constante da segurança no perioperatório.

É fundamental rever e reforçar as políticas organizacionais para apoiar a notificação de incidentes, implementando políticas que reduzam a culpabilização e incentivem a notificação de forma clara e visível.

Futuras investigações devem focar-se em estudos longitudinais para avaliar o impacto de intervenções específicas, como programas de formação e mudanças nas políticas organizacionais, na melhoria das taxas de notificação e na cultura de segurança. Adicionalmente, seria benéfico explorar se os enfermeiros estão conscientes das atualizações feitas no sistema nacional de notificação e se essa falta de conhecimento pode contribuir para uma subnotificação de incidentes de segurança. Refletindo criticamente sobre este ponto, sugere-se a realização de estudos adicionais direcionados para compreender melhor a perspetiva dos enfermeiros sobre a eficácia e a facilidade de uso do sistema de notificação.

Fazendo um paralelismo com a teoria de Reason (2000), que defende uma cultura de segurança baseada numa cultura justa, onde os enfermeiros não serão punidos pelos erros, só as transgressões são punidas, onde é preciso notificar para aprender com os erros, ainda

existe um longo caminho a percorrer com espaço para a melhoria da qualidade dos cuidados e consequentemente da segurança da pessoa em situação perioperatória.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório de estágio com componente de investigação científica demonstra que os objetivos propostos foram alcançados de forma eficaz e eficiente, utilizando adequadamente os recursos disponíveis.

Os Enfermeiros empenham-se constantemente na garantia da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória sendo imperativo minimizar a margem de erro através de uma prática baseada na melhor evidência científica.

Os resultados encontrados sublinham a importância de promover uma cultura de segurança robusta, onde os erros são vistos como oportunidades de aprendizagem em vez de motivos de punição. Este estudo destacou a necessidade de formação contínua e especializada para os enfermeiros em segurança da pessoa e notificação de incidentes, reforçando a importância de um plano formativo contínuo e atualizado.

A investigação revelou barreiras significativas na notificação de incidentes de segurança, incluindo falta de formação, insegurança, medo de represálias e sobrecarga de trabalho. A ausência de feedback consistente e construtivo também contribuiu para a desmotivação dos profissionais. Estas evidências indicam uma necessidade urgente de fortalecer a comunicação entre as equipas e alinhar as práticas com os padrões institucionais, promovendo uma cultura de transparência.

Recomenda-se a revisão e reforço das políticas organizacionais para apoiar a notificação de incidentes, com a implementação de estratégias que reduzam a culpabilização e incentivem uma notificação clara e visível. Além disso, a criação de um ambiente de trabalho que encoraje a notificação e ofereça apoio institucional contínuo é essencial para melhorar a segurança no contexto perioperatório.

As principais limitações deste estudo incluem a amostra limitada a 12 participantes, sendo que o 13.º participante poderia ter algo de novo a acrescentar, portanto pode não representar a totalidade dos enfermeiros perioperatórios, a não devolução das transcrições aos participantes para eventuais comentários ou correções e a dependência de dados baseados em testemunhos pessoais, que podem estar sujeitos a viés de resposta.

Futuras investigações devem focar-se em estudos longitudinais para avaliar o impacto de intervenções específicas, como programas de formação e mudanças nas políticas

organizacionais, na melhoria das taxas de notificação e na cultura de segurança. Também seria benéfico explorar o nível de consciência dos enfermeiros sobre as atualizações do sistema nacional de notificação e como isso pode influenciar a subnotificação de incidentes.

A produção de conhecimento científico baseado em evidências no contexto perioperatório, através da investigação académica, como é o caso deste estudo, dignifica a profissão de Enfermagem e contribui para a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Em suma, este percurso formativo permitiu a aquisição de competências essenciais para a prestação de cuidados especializados de qualidade, integrando a evidência científica com a prática clínica. O contacto com diferentes realidades proporcionou uma valiosa oportunidade para comparar e adotar as melhores práticas, promovendo a humanização e a excelência técnica nos cuidados perioperatórios. Embora existam desafios a superar, as evidências deste estudo oferecem um caminho claro para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados através de uma abordagem multidimensional e colaborativa.

Importa salientar que a notificação de incidentes de segurança constitui uma das áreas da segurança da pessoa em situação perioperatória, bem evidenciada no *Perioperative Patient Focused Model* (Rothorck & Smith, 2000), devendo ser uma preocupação constante na prestação de cuidados de enfermagem perioperatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para o bloco operatório*. UONIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- Akansel, N., Akansel, M., & Yanik, H. (2019). Association of Organisational Stress with Fatigue in Operating Room Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 627–638. https://internationaljournalofcaringsciences.org/docs/5_akansel_original_12_2.pdf
- American Institute of Medicine. (1999). *To err is human: building a safer health system*. Florence Poillon. <https://nap.nationalacademies.org/resource/9728/To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf>
- Anunciada, S., & Lucas, P. (2021). Ambiente de Prática de Enfermagem em contexto hospitalar: Revisão integrativa. *New Trends in Qualitative Research*, 8, 145-154. <https://doi.org/10.36367/ntqr.8.2021.145-154>
- Antunes, M. C. A. S. (2020). *O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2432>
- Araújo, I. A., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., Oliveira, E., Brandão, V., Souza, L., Oliveira, F., Mendes, K., & Sousa, F. (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal-HRJ*, 3(14), 890-911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>
- Araújo, I. S., & Carvalho, R. (2018). Eventos adversos graves em pacientes cirúrgicos: ocorrência e desfecho. *Revista SOBECC*, 23(2), 77-83. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425201800020004>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2010). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório*. 2.ª edição. Multitema
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Tomada de posição da AESOP relativa ao despacho n.º 7021/2013 sobre o reprocessamento de DMUU*. https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/01/Tomada_de_posicao_da_AESOP_ao_despacho_N.70212013_sobre_o_reprocessamento_de_DMUU_%E2%80%93Junho_2013.pdf
- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015). *Tomada de posição sobre "Consulta pública sobre o Acordo Quadro para Prestação de Serviços de Reprocessamento de Dispositivos Médicos"*. <https://aesop-enfermeiros.org/wp->

content/uploads/2023/02/Tomada_de_posicao_sobre__consulta_publica_sobre_o_Acordo_Quadro_para_Prestacao_de_Servicos_de_Reprocessamento_de_Dispositivos_Medicos_14_de_Agosto_2015.pdf

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2019). *A minha Lista de Verificação da Cirurgia*. https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/01/Lista_de_Verificacao_da_Cirurgia_para_o_Cidadao_AESOP.pdf

Associação Nacional de Esterilização. (2013). Tomada de posição da associação nacional de esterilização (ANES) sobre o despacho n.º 7021/2013, de 30 de maio, relativo ao reprocessamento de dispositivos médicos de uso único. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/comunicacao/Documents/2013/Tomada%20de%20posi%C3%A7%C3%A3o%20da%20ANES%20junho2013.pdf>.

Association of Perioperative Registered Nurses. (2020). Minimally Invasive Surgery. In *AORN Guidelines for Perioperative Practice*. (pp.487-508). Denver: AORN, Inc.

Association of Perioperative Registered Nurses. (2021a). *Introduction to Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. AORN Inc. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf>

Association of Perioperative Registered Nurses. (2021b). AORN Position Statement on the Value of the Perioperative Nurse Educator. AORN, Inc. 1-2. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/education/posstat-valueperiopnursedu-0721.pdf?sfvrsn=f5ba20e1_1

Association of Perioperative Registered Nurses. (2021c). AORN Position Statement on Preventing Wrong-Patient, Wrong-Site, and Wrong-Procedure Events. AORN, Inc. 1-2. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/patient-workplace-safety/posstat-wrong-site-302.pdf?sfvrsn=1b02f7f8_1

Association of Perioperative Registered Nurses. (2022). AORN Position Statement on Patient Safety. *AORN Journal*, 115(5), 454-458. doi: 10.1002/aorn.13671

Babapour, A.-R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>

Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª. Ed.). Edições 70, Almedina Brasil

Barreira, L., Fonseca, A., Testa, C., Faustino, A. S. & Fernandes, C. (2016). *Regulamento da Formação Profissional da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros, Versão 1, 1-37.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/6153/regulamentoformacaoprofissionaloe.pdf>

- Bazzi, M., Bergbom, I., Hellström, M., Fridh, I., Ahlberg, K., & Lundgren, S. (2019). Team composition and staff roles in a hybrid operating room: A prospective study using video observations. *Nursing Open*, 6(3), 1245-53. Doi: 10.1002/nop2.327
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Borchhardt, S., Rodrigues, S., Silva, S., Calvette, A., Rangel, R., & Siqueira, H. (2022). Gestão do cuidado para segurança do paciente no centro cirúrgico: contribuições do enfermeiro. *Research, Society and Development*, 11(6), 1-13. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i6.29075>
- Brenda, L. F., & Cerejo, M. N. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, V(5), 1 – 8. DOI: 10.12707/RV20088
- Cantante, A., Fernandes, H., Teixeira, M., Frota, M., Rolim, K., & Albuquerque, F. (2020). Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. *Ciência e Saúde Coletiva*, 25(1), 261-272. DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019
- Carneiro, T. C. (2021). Hipotermia na circulação extracorpórea em cirurgia cardíaca. *Research, Society and Development*, 10(3), 1-10. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.10987>
- Carvalho, A. A., Girondi, J., Sebold, L., Amante, L., Alvarez, A., Waterkemper, R., & Gelsleuchter, J. (2022). Construção e validação de fluxogramas dos processos de esterilização por trabalhadores. *Revista SOBECC*, 27. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227766>
- Carvalho, F. (2024). Perceção dos enfermeiros sobre o conhecimento dos clientes sobre o período perioperatório. *Revista De Investigação & Inovação Em Saúde*, 7(1), 1–9. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/302>
- Castro, A. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnFC. [https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type\[\]=8&academic_programs\[\]=3](https://repositorio.esenfc.pt/rc/index.php?module=repository&target=list&id_type[]=8&academic_programs[]=3)
- Castro, S. (2022). *Impacto da liderança no desempenho dos colaboradores: o compromisso organizacional como mecanismo de mediação*. [Dissertação de Mestrado, Instituto Superior de Gestão]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/39603>
- Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Centro Hospitalar de Leiria, Centro Hospitalar de Tondela-Viseu & Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra. (2016). *Manual de Cuidados Pós-Anestésicos*. Coimbra
- Clare, S., & Rowley, S. (2018). Implementing the Aseptic Non Touch Technique (ANTT®) clinical practice framework for aseptic technique: a pragmatic evaluation using a mixed

- methods approach in two London hospitals. *Journal of Infection Prevention*, 19(1), 6-7. DOI: 10.1177/1757177417720996
- Comissão das comunidades europeias. (2010). Relatório sobre a questão do reprocessamento de dispositivos médicos na União Europeia. Bruxelas: Comissão da Comunidades Europeias. <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PT/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0443&from=en>.
- Comissão nacional da UNESCO. (2006). Declaração Universal sobre Bioética e Direitos Humanos. <https://www.ufp.pt/app/uploads/2019/06/declara%C3%A7%C3%A3o-universal-sobre-bio%C3%A9tica-e-direitos-humanos.pdf>.
- Costa, M., & Gonçalves, D. C. (2021). O Equilíbrio entre a Arte do Cuidar e a Enfermagem como Ciência: Uma Perspetiva Histórica. *Lusíadas Scientific Journal*, 2(2), 62-4. <http://hdl.handle.net/10400.26/49338>
- Decreto-Lei n.º 102/2023 de 7 de novembro (2023). Procede à criação, com natureza de entidades públicas empresariais, de unidades locais de saúde. Diário da República I série, n.º 215/2023 (07-11-2023)
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. Diário da República 1.º Suplemento II série, n.º 28/2015 (10-02-2015) 2-10
- Despacho n.º 3635/2013 de 7 de março (2013). Estabelece disposições no âmbito da implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde, nas instituições do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República II série, n.º 47/2013 (07-03-2013) 8528-29
- Despacho n.º 4629/2018 de 11 de maio (2018). Cria e determina a composição de um grupo de trabalho para definir os requisitos que visam garantir a melhor prática e a mais segura no reprocessamento de dispositivos médicos de uso único para utilização pelos serviços e estabelecimentos do SNS. Diário da República II série, n.º 91/2018 (11-05-2018) 13132-13132
- Despacho n.º 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020, que consta do anexo ao presente despacho. Diário da República II série, n.º 102/2015 (27-05-2015) 13550–53
- Despacho n.º 7021/2013 de 30 de maio (2013). Define as condições e requisitos a que deve obedecer a utilização, nos serviços e estabelecimentos do SNS, de dispositivos médicos de uso único reprocessados. Diário da República II série, n.º 104/2013 (30-05-2013) 17196-17197
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II série, n.º 187/2021 (24-09-2021) 96 - 103

- Dias, R. R., Lisboa, L. A., & Janete, F. B. (2019). Procedimentos cardiovasculares híbridos. *Revista da Sociedade de Cardiologia do Estado de São Paulo*, 29(4), 356-61. <http://dx.doi.org/10.29381/0103-8559/20192904356-61>
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Manual de implementação Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS. Cirurgia Segura Salva Vidas*. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71
- Direção-Geral de Saúde. (2011a). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Orientação n.º 018/2011 de 23/05/2011. Departamento da Qualidade na Saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2011/Maio/Orient_018_2011.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2011b). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2012). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes e Eventos Adversos*. Orientação n.º 025/2012 de 19/12/2012. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0252012-de-19122012-png.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2013). *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. Norma n.º 002/2013 de 12/02/2013 atualizada a 25/06/2013. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2014). *Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA*. Norma n.º 015/2014 de 25/09/2014. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152014-de-25092014-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015a). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Norma n.º 015/2013 de 03/10/2013 atualizada a 04/11/2015. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção-Geral de Saúde. (2015b). *Medicamentos de alerta máximo*. Norma nº 014/2015. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

- Direção-Geral da Saúde. (2018). *Infeções e resistências aos antimicrobianos: Relatório anual do programa prioritário 2018*.
https://www.anci.pt/sites/default/files/ppcirarelanual2018_v3.215112018_0.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2019). *Higiene das Mãos em Unidades de Saúde*. Norma n.º 007/2019 de 16/10/2019. Departamento da Qualidade na Saúde.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Direção-Geral da Saúde. (2020). *Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais*. Norma n.º 005/2018 de 20/02/2018 atualizada a 20/02/2020. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022a). *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. Norma n.º 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2022b). *Plano Nacional de Saúde 2021-2030. Guia de Comunicação em Saúde: Boas Práticas*. Centro de Estudos de Comunicação e Sociedade, Universidade do Minho e Direção-Geral de Saúde.
https://pns.dgs.pt/files/2022/10/GBP_01_Boas-Praticas-em-Comunicacao.pdf
- Direção-Geral da Saúde. (2022c). *Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. Norma n.º 017/2022 de 19/12/2022. Departamento da Qualidade na Saúde.
https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- Direção-Geral da Saúde. (2022d). *Documento Técnico para a implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. Direção-Geral da Saúde.
<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2023). *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. Norma n.º 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022 corrigida a 29/03/2023. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0312013-de-31122013-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde & Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (2015c). *Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais*. Departamento da Qualidade na Saúde. <https://www.dgs.pt/documentos-e->

publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx

- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. 1.ª edição. Lidel
- Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2023). *Guia de Orientação Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. Área de especialização à pessoa em situação perioperatória*.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *EORNA Common Core Curriculum for Perioperative Nursing*. https://eorna.eu/wp-content/uploads/2019/09/EORNA-core-curriculum_July2019.pdf
- European Operating Room Nurses Association. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care*. <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2023/07/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care2023.pdf>
- Fernandes, A. M., & Queirós, P. J. (2011). Cultura de Segurança do Doente percecionada por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. *Revista de Enfermagem Referência*, III(4), 37-48. DOI: 10.12707/RIII1040
- Fragata, J. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564-70. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O erro em medicina. Perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Almedina
- Freitas, L. M. R., Santos, L. C. B., & Oliveira, J. B. (2017). Circulação extracorpórea e desequilíbrio hidroeletrólítico. *Journal Health NPEPS*, 2(1), 285-297
- Freixo, M. J. V. (2013). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas (4ª. Eds)*. Instituto Piaget
- Furini, A., Nunes, A., & Dallora, M. (2018). Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. 40, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>
- Galhardo, G. F., & Lopes, A. J. (2022). A importância da rastreabilidade do instrumental pela equipe de enfermagem do Centro Cirúrgico de um Hospital Universitário Federal do Rio de Janeiro/Brasil. *Research, Society and Development*, 11(14), 1-11. <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v11i14.36409>
- Gentinge. (2022). *Sala de cirurgia Híbrida*. <https://www.getinge.com/br/produtos-e-solucoes/centro-cirurgico/sala-cirurgica-hibrida-e-de-imagem/>
- Gomes, C. C. (2021). *A deliberação em Bioética. Modelos de correntes de pensamento e método de deliberação*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Gonçalves, S. P., Gonçalves, J. P., & Marques, C. G. (2022). *Manual de Investigação Qualitativa - Conceção, Análise e Aplicações*. PACTOR.

- Guerra, M., Jesus, E., & Araújo, B. (2023). Liderança e participação do enfermeiro na governação hospitalar. *Servir*, 2(01e), 53. <https://doi.org/10.48492/servir021e>
- Heideveld-Chevalking, A. J., Calsbeek, H., Damen, J., Gooszen, H., & Wolff, A. (2014). The impact of a standardized incident reporting system in the perioperative setting: a single center experience on 2,563 'near-misses' and adverse events. *Patient Safety in Surgery*, 8(46), 1-10. DOI 10.1186/s13037-014-0046-1
- Hempel, S., Maggard-Gibbons, M., Nguyen, D. K., Dawes, A. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., Booth, M. J., Miles, J. N. V., Shanman, R., & Shekelle, P. G. (2015). Wrong-Site Surgery Retained Surgical Items, and Surgical Fires. *JAMA Surgery*, 150(8), 796–805. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.0301>
- Hennick, M. M. & Kaiser, B.N. & Marconi, V.C. (2017). Code saturation versus meaning saturation: how many interviews are enough?. *Qualitative Health Research*, 27 (4), 591-608. doi: 10.1177/1049732316665344
- Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por Questionário* (2.ª Eds). Edições Sílabo
- Huang, Y., Peng, S., Sun, Y., & Chen, L. (2023). Subjective well-being level of operating room nurses and associations with job burnout and scientific research stressors. *Minerva Surgery*, 78(2), 237-239. <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.22.09766-0>
- Ignácio da Silva, A. G., Nascimento da Silva, F. J., Costa, F., Alcântara, G. C., & Costa, G. F. (2021). Boas práticas de liderança do enfermeiro em contexto hospitalar. *Revista Nursing*, 24(276), 5726-35. <https://doi.org/10.36489/nursing.2021v24i276p5726-5735>
- Izaguirres, A., Silva, C., Lima, A., & Paz, A. (2022). Formação profissional da enfermagem para aprimoramento de competências: revisão integrativa. *Revista Recien - Revista Científica De Enfermagem*, 12(38), 183–193. <https://doi.org/10.24276/rrecien2022.12.38.183-193>
- Júnior, R. S., Fróes, W. L., Lima, T. B., Fróes, K. B., & Silva, V. D. (2023). Avaliação da aplicabilidade de metodologias ativas de ensino-aprendizagem na formação profissional em enfermagem. *Boletim de Conjuntura*, 14(40), 314-32. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7834669>
- Lei, M. (2023). *Percepção dos enfermeiros instrumentistas no desenvolvimento de competências diferenciadas por especialidades cirúrgicas*. [Relatório de Estágio para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45392>
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. Diário da República I Série, n.º 169/2019 (04-09-2019) 55-66

- Lima, G., & Cuervo, M. (2019). Mecanismos da circulação extracorpórea e eventos neurológicos em cirurgia cardíaca. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 28(1), 35-42. <https://dx.doi.org/10.25751/rspa.15832>
- Lima, S., Agostinho, M., Mota, L. & Príncipe, F. (2018) Perceção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(19), 99-106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>.
- Liukka, M., Steven, A., Moreno, M., Sara-Aho, A., Khakurel, J., Pearson, P., Turunen, H., Tella, S. (2020). Action after adverse events in healthcare: An integrative literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(13), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph17134717>
- Lomba, A. G. S. (2023). *A avaliação da satisfação do cliente como ferramenta de melhoria dos cuidados intraoperatórios*. [Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/43818>
- Lopes, A. & Baioa, P. (2011). O impacto da liderança partilhada no desempenho organizacional percecionado. *Gestão e Desenvolvimento*, 19, 7-36. <https://doi.org/10.7559/gestaoedesenvolvimento.2011.135>
- Loureiro, A. R. (2022). Processos de suporte aos cuidados de saúde. In M. Frederico, & F. Sousa, *Gerir com Qualidade em Saúde* (pp. 55-61). LIDEL - Edições Técnicas, Lda
- Machado, J. S., Veríssimo, T. D., Santos, L. R., & Silva, T. M. (2022). Campos cirúrgicos descartáveis ou reprocessados: uma análise da relação custo x benefício. *Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA*. 13(2), 81-94. <https://doi.org/10.31072/rcf.v13i2.1137>
- Magalhães, J., & Paul, V. (2022). Entrevista. In S. P. Gonçalves, J. P. Gonçalves, & C. G. Marques (Ed.), *Manual de Investigação Qualitativa. Conceção, Análise e Aplicações*. (pp. 63-85). PACTOR
- Marôco, J. (2021). *Análise Estatística com o SPSS Statistics* (8.ª Eds.). ReportNumber
- Mascarenhas, F., Anders. J., Gelbcke, F., Lanzoni, G., & Ilha, P. (2019). Facilidades e dificuldades dos profissionais de saúde frente ao processo de notificação de eventos adversos. *Revista Texto e Contexto Enfermagem*. 28. 1-15. <http://dx.doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0040>
- Matos, I. (2019). *Competências especializadas: Segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica: da urgência ao perioperatório*. [Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Enfermagem de S. José de Cluny]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/29346>
- Meleis, A. (2020). Afaf Meleis' Transitions Theory. In: M. Smith (Ed.), *Nursing Theories and Nursing Practice* (5ª Edição). (pp. 353-370). Philadelphia: F.A. Davis Company

- Melo, I. (2022). *Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: contributo de um programa formativo*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnFC. <http://web.esenfc.pt/?url=QtU4CYoi>
- Midões, P. (2023). *Fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia: scoping review*. [Relatório de estágio para obtenção do grau de Mestre, Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/45406>
- Mota, A. S. (2015). *Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Percepção dos Profissionais do Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Científico da ESEnFC. <http://repositorio.esenfc.pt/?url=nQvxbj>
- Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1-10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A. S., Castilho, A. F., & Martins, M. M. (2022). Papéis de liderança em enfermagem: Preditores da segurança do doente no bloco operatório. *Revista Baiana de Enfermagem*, 36, 1-12. <https://doi.org/10.18471/rbe.v36.46571>
- Nascimento, N.B. (2019). O erro e as violações no cuidado de saúde. In P. Sousa, & W. Mendes (2nd ed), *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. (pp. 75-94) Editora FIOCRUZ. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0007>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem – Teoria e Prática* (1.ª Ed). Lidel
- Neto, A. V. L., Silva, F. A., Brito, G.M. O. L., Elias, T. M. N., Sena, B. A. C., & Oliveira, R. M. (2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enfermería Global*. 18(3), 314–343. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>
- Nunes, L., Amaral, M., & Gonçalves, R. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Nunes, L. (2020). *ASPETOS ÉTICOS na investigação de Enfermagem*. <http://hdl.handle.net/10400.26/32782>
- Oliveira, G. P., Durães, B. A., Fernandes, P. K., Soares, C. M., Pereira, D. F., Almeida, M. A., & Maia, L. S. (2020). Humanização da assistência de enfermagem no perioperatório e o avanço tecnológico. *Revista Recien – Revista Científica de Enfermagem*, 10(31), 165-173. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.165-173>
- Ordem dos Enfermeiros. (2004). *Enfermagem em Bloco Operatório. Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *DIVULGAR Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros. (2016). *Formação Especializada*. Parecer n.º 07/2016. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1-2. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_07_13_12_2016_FormacaoEspecializada.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). *Padrões da Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica; - na área de Enfermagem à Pessoa em Paliativa; - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; - na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica*. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Diferenciação das intervenções de enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num serviço de urgência*. Parecer n.º 10/2017. Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2018a). *Integração em Bloco Operatório (Circulação e Instrumentação)*. Parecer n.º 78/2017. Conselho de Enfermagem 2016-2019. 1-3. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/7307/parecerplusnC2%BAplus78pluscepplus-19102017_integra%C3%A7%C3%A3oplusnopplusblocoplusoperat%C3%B3rio_edoc_2017_11256_rectifica%C3%A7%C3%A3o_anoni.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2018b). *Intervenção do enfermeiro durante a cirurgia de Septoplastia*. Parecer n.º 117/2018. Conselho de Enfermagem. 1-4. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10776/parecer-n%C2%BA-117-ce-31122018_interven%C3%A7%C3%A3o-do-enfermeiro-durante-a-cirurgia-de-septoplastia.pdf

Ordem dos enfermeiros. (2023). *Responsabilidade do enfermeiro na transição de cuidados do intraoperatório, para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos*. Parecer n.º

- 275/2023. Conselho de Enfermagem 2020-2023. 1-6.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-n%C2%BA-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transi%C3%A7%C3%A3o-de-cuidados-do-intraoperat%C3%B3rio-para-a-uc-posanest%C3%A9sicos_anonimizado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). *Os nossos Enfermeiros. O nosso futuro. O poder económico dos cuidados*. Conselho Internacional de Enfermeiros.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/33687/kit-die-2024.pdf>
- Penedo, J., Gonçalves, G., Ormonde, L., Barros, M. J., Carvalho, M., Gomes, P., Sá, R., & Ribeiro, V. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios - Relatório Final*. Ministério da Saúde.
https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-70. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- Reis, F. L. (2022). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático* (2.ª edição). Edições Sílabo
- Rego, A., Cunha, M. P., & Jr. V. M. (2018). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de GESTÃO dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43-57.
<https://periodicos.fgv.br/rgplp/article/view/78224/74934>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º 26/2019 (6-02-2019) 4744-50
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II série, n.º 135/2018 (16-07-2018) 19359-70
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, n.º 184/2019 (25-09-2019) 128 – 155
- Regulamento (UE) 2017/745 do Parlamento Europeu e do Conselho de 5 de abril (2017). Regulamento relativo aos dispositivos médicos, que altera a Diretiva 2001/83/CE, o Regulamento (CE) n.º 178/2002 e o Regulamento (CE) n.º 1223/2009 e que revoga as Diretivas 90/385/CEE e 93/42/CEE do Conselho. Jornal Oficial da União Europeia. (5-05-2017) 3-177

- Rodrigues, R. (2021). *Liderança partilhada*. RHMazine. <https://rhmagazine.pt/artigo-lideranca-partilhada/>
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2024). *Medical Error Reduction and Prevention*. NCBI Bookshelf. StatPearls [Internet]. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rothrock, J. C. (2007). Segurança do Paciente e do Ambiente. In J. C. Rothrock (13.ª Eds.), *Alexander Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico*. (pp. 86-131). Elsevier
- Rothrock, 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)
- Rowley, S. (2001). Theory to practice. Aseptic non-touch technique. *Nursing Times*, 97(7), 6-7. <https://www.nursingtimes.net/clinical-archive/infection-control/aseptic-non-touch-technique-15-02-2001/>
- Santos, M. L. R., Júnior, A. J. S. C., & Silva, M. V. S. (2022). Comunicação de eventos adversos e trabalho interprofissional em Unidade de Terapia Intensiva: entre o ideal e o (não) realizado. *Interface: comunicação, saúde, educação*. 26, 1-18. <https://doi.org/10.1590/interface.210754>.
- Santos, L. A. B., & Lima, J. M. M. (2019). *Orientações Metodológicas para a Elaboração de Trabalhos de Investigação* (2.ª eds). Instituto Universitário Militar.
- Silva, A., Carvalho, A., Vieira, R., & Pinto, C. (2023). Estratégias de supervisão clínica, aprendizagem e pensamento crítico dos estudantes de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(4), 1-8. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0691pt>
- Silva, A. M., Silva, I. T., Rocha, G. S., & Teixeira, E. (2020). Protocolo de cirurgia segura: análise da produção e execução em dois hospitais terciários. *Rev. SOBECC*, 25(3), 128-135. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202000030002>
- Silva, C., Soares, L., Ferreira, M. A., Jesus, S., Príncipe, F. & Mota, L. (2019). Representação social do enfermeiro sobre a visita no pós-operatório em clientes cirúrgicos. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(2), 47-57. <https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/58/60>
- Silva, T. G. (2022). *Desenvolvimento de um bloco operatório: projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração*. [Relatório de Estágio para obtenção de grau de Mestre, Instituto Superior de Engenharia de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/41825>
- Soares, C. (2023). *Estratégias de supervisão e capacidades de inteligência emocional em estudantes de enfermagem: uma Scoping Review*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/49662>

- Sousa, P. P., & Ferrito, C. (2022). Metodologia Qualitativa Aplicada à Investigação em Cuidados de Saúde. In M. Néné, & C. Sequeira (Ed.) *Investigação em Enfermagem. Teoria e Prática*. (pp. 71-96). Lidel.
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Uva, M.S., & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 132-137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>.
- Treviso, P., Siqueira, M. S., Souza, A. Z. C., Peralta, T., Pereira, M. C. O., & Moriya, G. A. A. (2022). Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: medidas de segurança propostas por enfermeiros especialistas. *Revista SOBECC*, 27, 1–10. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202227777>
- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*. 19(6), 349-57. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042
- Ventura-Silva, J. M. A., Martins, M. M., Trindade, L. L., Ribeiro, O. M., & Cardoso, A. F. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Vilelas, J. (2022). *Investigação – O Processo de Construção do Conhecimento*. (3.ª Eds.) Edições Sílabo
- Wei, L., Guo, Z., Zhang, X., Niu, Y., Wang, X., Ma, L., Luo, M., & Lu, B. (2023). Mental health and job stress of nurses in surgical system: What should we care. *BMC Psychiatry*, 23(871), 1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>
- Winslow, S., Cook, C., Eisner, W., Hahn, D., Maduro, R., & Morgan, K. (2019). Care delivery models: Challenge to change. *Journal Nurs Manag*. 00, 1–7. <https://doi.org/10.1111/jonm.12827>
- Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2019.100083>
- World Health Organization. (2004). *World Alliance for Patient Safety: forward programme*. France: World Health Organization. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/43072/9241592443.pdf?sequence=1>
- World Health Organization. (2009). *Implementation manual WHO surgical safety checklist 2009. Safe surgery saves lives*. France: World Health Organization. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_eng.pdf?sequence=1
- World Health Organization. (2020). *Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*. Geneva: World Health Organization.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/334323/9789240010338-eng.pdf?sequence=1>

World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care*. Geneva: World Health Organization.

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>

ANEXOS

**ANEXO I: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “CONTROLO
E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO
DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que foi apresentada a Comunicação Oral sobre o tema "CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO", da autoria de Bruna Almeida; Dilsa Bastos; Francisco Teixeira; Isabel Miranda; no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.


Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP/9/2024

**ANEXO II: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL
“DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO:
UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que foi apresentada a Comunicação Oral sobre o tema "DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR", da autoria de Francisco Augusto Moreira Teixeira; Bruna Almeida; Dilsa Bastos; Sara Meleiro; Isabel Miranda; no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.



Comissão Organizadora



Comissão Científica



Diretor da EPOP

Nº IJEOP.8/2024

**ANEXO III: CERTIFICADO DO POSTER “STRESS OCUPACIONAL
NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES
DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster com o tema "STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS", da autoria de Dilsa Bastos; Bruna Almeida; Francisco Teixeira; Isabel Miranda; participou no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.


Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP.41/2024

ANEXO IV: A MINHA LISTA DE VERIFICAÇÃO DE CIRURGIA DA AESOP

DEVO EXIGIR AOS PROFISSIONAIS QUE:

- Estejam identificados;
- Tenham as mãos limpas sem adornos, com as unhas curtas e sem verniz, gel ou gelinho;
- Lavem as mãos ou utilizem solução alcoólica antes e depois de cuidarem de mim;
- Zelem pelo meu pudor e dignidade, mantendo-me sempre tapado/a e protegido/a. Guardem sigilo sobre os meus dados clínicos;
- Que me mantenham sempre informado/a e me consultem nos assuntos que me digam respeito.

AOS AMIGOS E FAMILIARES

Devo explicar que no hospital:

- Devem lavar as mãos ou utilizar solução alcoólica antes e depois de entrarem no meu quarto e de me tocarem;
- Não devem tocar na cama nem aproximar dos outros doentes, respeitar isolamentos e as indicações dos profissionais;
- Não me devem visitar se estiverem doentes ou constipados e se necessário devem usar máscara.

No Bloco Operatório estarão sempre presentes os enfermeiros perioperatórios para cuidar de si.

O enfermeiro de anestesia, o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de recobro pós-anestésico estarão disponíveis para ouvir e acompanhar.

A AESOP espera que tenha uma experiência cirúrgica positiva e deseje-lhe uma boa recuperação

Para mais informações, consultar:
www.aesop-enfermeiros.org

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
SALA DE ÓPERAÇÕES PORTUGUESES

E-mail: aesop@aesop-enfermeiros.org
Av. do Brasil, n.º1 - piso 4
1749-008 LISBOA



ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE
SALA DE ÓPERAÇÕES PORTUGUESES

A minha Lista de Verificação da Cirurgia

Com informação e participação contribuo para a segurança da minha operação



Fotografia: Dica Dias

O que fazer?

Perguntar para estar informado e tomar decisões conscientes.

Estar atento e intervir em qualquer altura que tenha dúvidas.

Preencher uma Lista de Verificação para que nada esqueça ou falhe.

Sinalizar com ✓ o que já fiz e o que já sei:

NAS CONSULTAS MÉDICAS E DE ENFERMAGEM

Devo informar os profissionais de saúde sobre:

- As minhas alergias e doenças, por exemplo: diabetes, hipertensão, doenças cardíacas, respiratórias ou outras;
- A medicação que estou a tomar, incluindo produtos naturais. Consumo de outras substâncias como tabaco, álcool e drogas;
- Cirurgias e anestésias anteriores e complicações que tenham ocorrido;
- Os exames de diagnóstico realizados e devo levar os resultados (análises, RX, TAC, ECO, ECG, ou outros);
- Se estou grávida ou a amamentar.

Devo Perguntar:

Nota: Só devo dar o meu consentimento para a cirurgia quando estiver totalmente esclarecido/a e se concordar com o que foi proposto. Posso procurar uma segunda opinião antes de decidir e posso mudar a decisão em qualquer fase do processo.

- Tudo o que me preocupa e que não sei acerca da anestesia e cirurgia: riscos, alternativas, vantagens e resultados previstos;
- Como se espera que seja a recuperação, que limitações ou alterações vou sentir e como as vou ultrapassar;
- Que atividades e hábitos devo alterar antes da cirurgia (tabágicos ou outros);
- Se existe algum programa de preparação para a cirurgia e de recuperação pós operatória;
- Se é necessário internamento e por quantos dias;
- Que preparação devo fazer antes da cirurgia e quando devo começar o jejum;

- A que horas devo estar no Hospital, onde me devo dirigir e como vai ser o meu circuito;
- Se devo levar acompanhante e se pode ficar comigo;
- A hora prevista da cirurgia, o tempo de duração e como vou ser posicionado;
- Como vão informar os meus familiares durante a cirurgia, o horário das visitas e o que podem levar durante o meu internamento;
- Registrar o contacto telefónico para onde ligar em caso de dúvidas, se ficar doente (febre, constipação, outros) ou se alguma situação que impeça a comparencia para a cirurgia.

NA VÉSPERA E DIA DA CIRURGIA

Devo recordar:

- Inicio o jejum. Não como a partir das ____h e não bebo a partir das ____h;
- Cumpro as recomendações de preparação física;
- Tomo banho com o sabão recomendado e lavo os dentes, antes de deitar e repito no dia da cirurgia;
- Retiro próteses e adornos (*piercings*, brincos, anéis, etc.). Tenho as unhas curtas, limpas, sem verniz, gel ou gelinho e não uso maquilhagem;
- Tomo a medicação prescrita na hora certa.

Nota: Não devo rapar os pelos com gilete ou depilatório porque aumenta o risco de infeção.

NO INTERNAMENTO E BLOCO OPERATÓRIO

Devo colaborar com os profissionais nas verificações de segurança cirúrgica confirmando:

- A minha identificação: nome, data de nascimento, e se os dados da pulseira de identificação estão corretos;

- Que cirurgia está programada e se no meu corpo foi marcado o local da cirurgia no sítio certo;
- Se tenho alergias e se me é colocada uma pulseira de alerta;
- Se são transmitidas todas as informações importantes sobre mim e devo alertar se não forem referidos dados importantes. Se vai ser administrado um antibiótico antes da incisão cirúrgica e se está prevista necessidade de transfusão sanguínea;
- Se me mantêm aquecido/a e se colocam meias elásticas (se indicado).

No final da cirurgia, no recbro

- Alerto o enfermeiro se sentir desconforto, dor, frio, calor, náuseas, vômitos, tonturas, dificuldade em respirar, a língua tipo cortiça ou qualquer sensação estranha ou de mau estar.

NO MOMENTO DA ALTA

- Confirmo a data da 1ª consulta pós – operatória, se tenho pontos de sutura e quando vão ser retirados;
- Pergunto se me vão contactar por telefone para consultas de vigilância e verifico se têm o meu número atualizado;
- Confirmo o número de telefone para eu contactar em caso de dúvidas ou complicações;
- Questiono se existem restrições e quando voltar à minha atividade normal;
- Confirmo quando posso voltar a tomar os meus medicamentos;
- Confirmo se tenho a documentação necessária impressa (nota de alta, receitas de medicamentos, atestado médico e comprovativo de presença do acompanhante).

**ANEXO V: PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO**

Notificação de Incidentes de Segurança: Perceção dos Enfermeiros de Perioperatório

2023.047 Aceite Investigação x



Secretariado UID <secretariado.uid@essnortecvp.pt>
para mim ▾

segunda, 29/01, 12:53 ☆ 😊 ↶ ⋮

Estimado Investigador,

Informo que o estudo de investigação com a designação
2023-047 | Notificação de Incidentes de Segurança: Perceção do Enfermeiro de Perioperatório

submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) obteve os seguintes resultados ao longo do processo de análise:

- Parecer favorável pela UID
- Parecer favorável pela CE
- Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

ANEXO VI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



**APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA
COMISSÃO DE ÉTICA**

Parecer n.º 009/2024	Código: 2023.047	Data: 29 de janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Notificação de Incidentes de Segurança: Perceção do Enfermeiro de Perioperatório	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: , L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença	
Investigador responsável: Bruna Filipa Figueiredo Almeida (orientador: Isabel Maria de Sousa Miranda)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/>	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/>
	Aprovado por maioria	Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>


Resumo do Parecer/Recomendações:

- O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática.
- Os resultados poderão ser úteis numa melhor compreensão das questões ligadas à notificação de Incidentes de Segurança e a Perceção do Enfermeiro de Perioperatório

CONCLUSÃO

Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 29 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
------------------------------------	---



APÊNDICES

**APÊNDICE I: PROTOCOLO “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA
INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO”**

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 1 de 16

OBJECTIVOS

- Promover a humanização dos cuidados de enfermagem e a satisfação da pessoa em situação perioperatória com vista na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem;
- Definir e padronizar os procedimentos e cuidados de enfermagem;
- Identificar intervenções autónomas do enfermeiro de perioperatório no controlo e prevenção da hipotermia intraoperatória no adulto.

ÂMBITO E/OU APLICABILIDADE

Aplica-se a todos os enfermeiros que desenvolvem atividade profissional no bloco operatório de cirurgia Cardiorácica.

SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

ASA – *American Society of Anesthesiologists* – Sociedade Americana de Anestesia

AORN - *Association of periOperative Registered Nurses*

CIPE – Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

NIICE – *National Institute for Health and Clinical Excellence*

SPA – Sociedade Portuguesa de Anestesiologia

DEFINIÇÕES E CONCEITOS

Hipotermia é definida como “*termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão e piloereção*” (CIPE, 2018, p.72).

Embora não seja consensual a maioria dos autores considera hipotermia quando a temperatura central é inferior a 36°C (AESOP, 2017; SPA, 2017).

Na literatura a hipotermia subdivide-se em: hipotermia ligeira (35°C a 32°C) moderada (32°C a 28°C) e severa (inferior a 28°C).

As medidas ativas de aquecimento incluem a aplicação de sistemas de aquecimento por ar forçado, colchões de aquecimento por circulação de água, cobertores de auto-

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 2 de 16

aquecimento, cobertores aquecimento elétrico, sistemas de aquecimento por pressão negativa, aquecedores de oxigénio inspirado (AESOP, 2017).

As medidas passivas de aquecimento incluem a aplicação de lençóis aquecidos, edredons hospitalares, mantas metálicas anti-reflexo, meias, de uma forma geral, a limitação da exposição da pele a temperaturas ambientais baixas, alteração da temperatura ambiente e utilização de circuitos anestésicos fechados ou semifechados (AESOP, 2017).

O pré-aquecimento consiste no aquecimento dos tecidos periféricos ou superfície da pele antes da indução da anestesia (AESOP, 2017).

Temperatura central é definida como sendo temperatura do compartimento central, composto pelo tronco e cabeça, no qual se situam os órgãos nobres e onde os tecidos são altamente perfundidos e a temperatura é mais estável, permitindo uma avaliação mais fidedigna da temperatura durante os períodos de maior flutuação (SPA, 2017).

Tremor ou *Shivering* é definido na CIPE (2018, p.21) como calafrio, que corresponde ao *“tremor involuntário com contração muscular ou crispação por sensação de frio associado a queda da temperatura corporal abaixo do ponto termostático, efeitos colaterais da anestesia ou fase de arrepio da febre”*.

DESCRIÇÃO

E enfermagem perioperatória deve ser *“planeada, implementada e orientada por objetivos, baseando-se em conceitos humanos holísticos em que os componentes físicos, psicológicos, espirituais e sociais”* da pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa carecem e particular atenção (AESOP, 2012, p.122).

A hipotermia é uma complicação frequente durante o procedimento anestésico-cirúrgico, sendo o enfermeiro de bloco operatório, determinante na garantia da normotermia no perioperatório (Penaforte, *et al.*, 2019).

Aproximadamente 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgia com duração superior a 60 minutos sofrem de hipotermia inadvertida (AESOP, 2017).

A hipotermia perioperatória inadvertida é originado por dois fatores *major*: os efeitos secundários dos agentes farmacológicos envolvidos no processo anestésico e a exposição da área cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações (AESOP, 2017).

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 3 de 16

No momento da indução anestésica ocorre a inibição do mecanismo de vasoconstricção responsável pela manutenção da temperatura. Deste modo, ocorre vasodilatação, maior aporte sanguíneo nas extremidades e a perda de calor corporal da pessoa em situação perioperatória, dando lugar à hipotermia (Penaforte, *et al.*, 2019).

Tanto na anestesia geral como na regional ocorre vasodilatação que promove o fluxo de energia do compartimento central para o periférico. Esta redistribuição de calor é a principal causa de hipotermia durante a primeira hora de anestesia (Ribeiro, *et al.*, 2017). No caso da anestesia locoregional há um bloqueio periférico da vasoconstricção abaixo do nível do bloqueio, inibe o controlo central da temperatura através do bloqueio do sistema nervoso simpático e dos nervos motores resultando também, em perda de calor corporal. Na combinação dos dois tipos de anestesia, a desregulação da temperatura é mais acentuada (SPA, 2017).

A pele constitui uma barreira entre os compartimentos térmicos e o ambiente e cerca de 90% do calor produzido é perdido através da superfície corporal. Essa perda pode dar-se por 4 mecanismos físicos: irradiação, condução, convecção e evaporação (Ver Figura 1) (Silva, 2014).

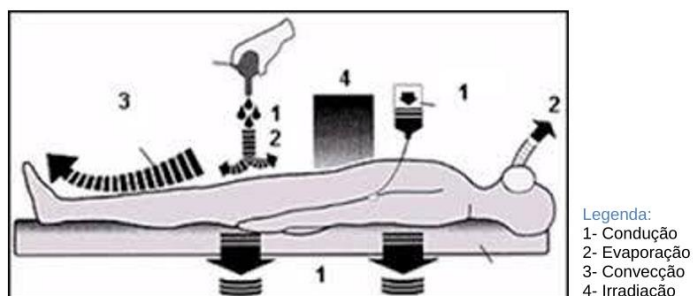


Figura 1 – Mecanismos de perda de calor
Fonte: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcQporEwiQdk-3UWveO3BU5fy5IV9LUYDiGxEA&usqp=CAU>

Na irradiação o organismo perde calor para o meio ambiente mais frio do que o seu corpo; na condução a perda dá-se pela transferência de calor por contacto com uma superfície mais fria; na convecção há perda de calor pelo contacto com correntes de ar

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 4 de 16

e a pele; e na evaporação há perda de calor quando se perde água através da pele (sudorese, respiração) (Penaforte, *et al.*, 2019).

Prevê-se que a administração de fluidos intravenosos não aquecidos origine uma perda de calor por condução, através do contacto entre o fluido frio/temperatura ambiente com o sangue quente, embora esta informação não seja consensual (Penaforte, *et al.*, 2019). A prevenção da hipotermia perioperatória está associada a melhores resultados em saúde e benefícios no processo cirúrgico, como: maior satisfação do doente, diminuição dos níveis de ansiedade, diminuição as perdas sanguíneas e necessidades transfusionais, redução dos custos totais da anestesia, diminuição do tempo de permanência na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos e Unidades de Cuidados Intensivos, redução do risco de Enfarte do Miocárdio, redução de necessidade de ventilação mecânica, extubação mais precoce em doentes com ventilação mecânica, redução da infeção do local cirúrgico e redução global da mortalidade (AESOP, 2017). A NORMA nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS, sobre a prevenção da infeção do local cirúrgico recomenda garantir a homeostasia através da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) em todo o período perioperatório.

De referir ainda o *shivering*, que está associado ao desconforto do doente e a um aumento das necessidades metabólicas, com elevação do consumo de oxigénio em 50-400% (SPA, 2017).

Apesar da grande variabilidade de fatores de risco descritos em diferentes consensos, em recomendações internacionais e em artigos de revisão, há uma concordância nos fatores de risco, descritos na tabela 1, pelo que serão estes os contemplados nas recomendações atuais.

Tabela 1 – Fatores de risco para o desenvolvimento de hipotermia
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Classificação estado físico ASA > I (risco aumenta exponencialmente com o aumento do ASA); ✓ Temperatura pré-operatória inferior a 36°C e situações em que o pré-aquecimento não pode ser considerado devido à urgência da situação clínica; ✓ Doentes propostos para anestesia combinada e anestesia regional; ✓ Doentes propostos para procedimento cirúrgico major ou intermédio;

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPORTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 5 de 16

- ✓ Doentes com elevado risco cardiovascular;
- ✓ Idade > 60 anos;
- ✓ Género feminino;
- ✓ Queimados;
- ✓ Uso de garrote;
- ✓ Doente com baixo peso/mau estado nutricional;
- ✓ Situações pré-existentes que alterem a termorregulação (diabetes *mellitus* com polineuropatia, hipotiroidismo, ingestão de sedativos ou drogas psicoativas);
- ✓ Cirurgia prolongada/duração da anestesia > 2 horas;
- ✓ Baixa temperatura no bloco operatório (< 21°C; quanto mais baixa, maior o risco);
- ✓ Irrigações intracavitárias e infusão intraoperatória de grandes volumes de soluções não aquecidas.

É desejado rigor na avaliação da temperatura nos valores da temperatura corporal central, de modo a ser possível planear e intervir na proteção térmica de forma adequada. O método de avaliação da temperatura pode ser invasivo ou não invasivo e a escolha dos locais para a avaliação depende de vários fatores, tais como as técnicas anestésica e cirúrgica, as condições da pessoa e os recursos da instituição.

A medição da temperatura central na artéria pulmonar via catéter de *Swan-Ganz* é o local de referência, sendo considerada como *gold standard* para a sua monitorização. Outros locais fidedignos para a medição da temperatura central incluem a nasofaringe, o esófago distal e a bexiga.

No entanto, a grande limitação da medição da temperatura a este nível é a sua difícil obtenção em doentes submetidos a procedimentos sob anestesia regional, recorrendo a métodos não invasivos, que são consequentemente menos fidedignos. Outros locais que permitem uma avaliação aproximada da temperatura central são a membrana timpânica, o reto e a pele.

A tabela 2 apresenta um resumo dos métodos de avaliação invasivo e não invasivo de temperatura e suas principais limitações.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorábrica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 6 de 16

Tabela 2 – Métodos de avaliação da temperatura	
Não invasivo:	Invasivo:
<p>Oral, a nível sublingual aproximadamente 0,55 °C < temperatura central.</p> <p>Atualmente é considerada como o local de medição não invasiva mais fidedigno e reproduzível.</p>	<p>Artéria pulmonar via catéter de <i>Swan-Ganz</i>.</p> <p>É uma aproximação fidedigna da temperatura central. No entanto, está associada a inúmeras complicações.</p>
<p>Região frontal aproximadamente 0,7 °C < temperatura central.</p> <p>É influenciada pelo ambiente externo e está sujeita à vasoconstricção periférica induzida pelos mecanismos de termorregulação corporal.</p>	<p>Esófago distal</p> <p>Avaliação mais precisa da temperatura central, com menores riscos associados e menor custo.</p>
<p>Auricular aproximadamente 0,85 °C < Temperatura central.</p> <p>Pouco precisa, uma vez que pode ser alterada por fatores externos como o posicionamento do equipamento e pela presença de cerúmen ou sangue no canal auditivo externo, não devendo ser utilizada.</p>	<p>Nasofaringe</p> <p>A proximidade com o sistema nervoso central dá valores de temperatura semelhantes com a temperatura central.</p>
<p>Axilar</p>	<p>Bexiga</p>

<p>Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023</p>	<p>Verificado por:</p>	<p>Aprovado: Data:</p>
---	-------------------------------	-----------------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 7 de 16

aproximadamente 1,1 °C < temperatura central. Local menos preciso, uma vez que é influenciada pelo ambiente externo e está sujeita à vasoconstricção periférica induzida pelos mecanismos de termorregulação corporal.	Pode não refletir de forma precisa a temperatura central, uma vez que está dependente do débito urinário e encontra-se sujeita a variações importantes numa cirurgia intra-abdominal.
	Retal aproximadamente 1,25°C < temperatura central. Pouco fidedigna, altera com a presença de fezes na ampola retal.

Embora a literatura seja inconsistente na indicação de um local preciso para a medição da temperatura central, é consensual que no intraoperatório, sempre que possível, esta seja avaliada no mesmo local, devendo também ser sempre utilizado o mesmo método de monitorização.

Cabe ao enfermeiro de perioperatório intervir de modo a garantir a segurança do doente e salvaguardar as condições ideais do ambiente cirúrgico, cuidando da pessoa em situação perioperatória, atendendo à sua individualidade e vulnerabilidade antes, durante e após a cirurgia. Compete-lhe, promover a gestão do risco e o ambiente propício aos cuidados, adequando uma resposta na garantia da segurança da pessoa alvo da intervenção, assumindo um papel relevante na prevenção e controlo da hipotermia, com a adequação de intervenções eficazes (Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho).

RECOMENDAÇÕES

As recomendações apresentadas neste documento vão ao encontro das linhas orientadoras emanadas pela AESOP, SPA e NICE.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 8 de 16

1. É importante que toda a equipa cirúrgica **conheça os fatores de risco** da pessoa em situação perioperatória.

Justificação: A fase intraoperatória é aquela em que ocorre a descida da temperatura corporal mais significativa, em especial na primeira hora após a indução anestésica e os fatores de risco presentes influenciam e condicionam fortemente a magnitude dessa descida.

O conhecimento, por todos os elementos da equipa, dos fatores de risco que influenciam a redução térmica da pessoa em situação perioperatória e a monitorização contínua, permitem a prevenção, deteção precoce e a aplicação de intervenções adequadas de controlo da temperatura corporal.

2. O **pré-aquecimento da pessoa em situação perioperatória** antes da indução anestésica.

Justificação: O aquecimento da superfície corporal antes do início da cirurgia, na fase da pré-indução (*prewarming*), está recomendado a todas as pessoas em situação perioperatória que vão ser submetidos a anestesia geral, a anestesia do neuro-eixo e a anestesia combinada, diminuindo o gradiente de temperatura entre os compartimentos central e periférico. O gradiente entre a temperatura central e periférica é determinado pela temperatura ambiente e mecanismos termorreguladores.

Estudos indicam que o uso de um protocolo de aquecimento perioperatório, que tem como medida central o pré-aquecimento ativo com ar quente forçado durante 10 minutos, permitiu obter uma prevalência muito baixa de hipotermia no final da cirurgia (Matias, *et al.*, 2017).

3. A **temperatura deve ser monitorizada de forma contínua e com o máximo de rigor** na fase intraoperatória. Em caso de impossibilidade e, na ausência de sinais de hipotermia, a mesma deve ser avaliada, pelo menos de 15/15 minutos.

Justificação: A temperatura corporal é uma variável fisiológica, que monitorizada com rigor, nos dá o estado térmico da pessoa. O conhecimento do seu valor orienta os profissionais de saúde para as medidas a tomar para a sua manutenção e prevenção/controlo da sua descida. A imprecisão pode falsear o quadro térmico

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPORTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 9 de 16

fisiológico da pessoa em situação perioperatória e impedir um planeamento e atuação rigorosos e adequados.

Se a pessoa se encontra sob anestesia geral, face ao risco em causa, torna-se determinante a monitorização contínua da temperatura corporal e a compreensão da sua evolução.

No caso da anestesia do eixo neuro-axial, será mais provável que a redução da temperatura seja indevidamente avaliada e desvalorizada, quer pela ausência de manifestações perceptíveis pela própria pessoa, quer por não serem percebidas pelos profissionais, dado se assemelharem aos efeitos secundários da própria técnica, quer pela ausência de protocolos de monitorização da temperatura nestas situações específicas.

A Sociedade Americana de Anestesia recomenda como monitorização básica de qualquer procedimento anestésico, além da avaliação contínua da oxigenação, ventilação e circulação, a temperatura corporal (Penaforte, et al., 2019).

Deve ser estabelecido o método de medição de temperatura central ou próxima da central e o mesmo método deve ser utilizado durante todo o período perioperatório, de forma a ser comparável.

4. Deve ser determinado e compreendido o nível de conforto térmico intraoperatório em contexto de **anestesia locorregional**.

Justificação: Nas intervenções realizadas sob anestesia do eixo neuro-axial, a pessoa apresenta alteração de perceção, de forma a evidenciar o seu *status* térmico, mesmo que esteja em situação de temperatura corporal baixa.

O conforto térmico é um foco de atenção de enfermagem avaliado através da aplicação de escala de avaliação de conforto térmico validado para a população portuguesa (ver anexo I).

A sensação de desconforto encontra-se parcial ou totalmente bloqueada, uma vez que a função do centro termorregulador, sendo inibida pelos fármacos anestésicos e sedativos, ocorre, não apenas ao nível do controlo autónomo, mas também ao nível do controlo de comportamento.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 10 de 16

5. É necessário manter a **temperatura ambiente entre 20-24°C** (Decreto Regulamentar n.º 63/94 do Diário da República n.º 253/94).

Justificação: A exposição do corpo e dos tecidos profundos das cavidades abertas pela incisão cirúrgica ao ambiente frio das salas operatórias, constitui outra causa inevitável para a ocorrência da hipotermia. A sua intensidade é diretamente proporcional ao tipo de cirurgia e ao tempo da mesma. Temperaturas ambientais inferiores a 20°C aumentam exponencialmente o risco de hipotermia.

O NICE (2008) recomenda que, uma vez estabelecido o aquecimento do ar forçado, a temperatura ambiente pode ser reduzida para permitir melhores condições de trabalho.

6. Se a **temperatura central for superior a 36°C**, manter a normotermia através das medidas passivas de aquecimento.

Justificação: A manutenção da normotermia implica medidas de proteção cutânea da área não cirúrgica com materiais de isolamento térmico do corpo (incluindo a cabeça e as extremidades) e reduzir a exposição corporal, com vista à manutenção da temperatura e à prevenção de perdas adicionais de calor. Sempre que a pessoa evidencie desconforto por frio, mesmo que se apresente normotérmica, devem ser tomadas medidas ativas de aquecimento.

7. Se a **temperatura central for inferior a 36°C**, é necessário implementar medidas ativas de aquecimento, reduzir a exposição corporal, avaliar a temperatura central até à normotermia e considerar medidas complementares de aquecimento.

Justificação: A exposição corporal atinge o seu máximo na fase intraoperatória, devido à abertura e exposição das cavidades cirúrgicas e tecidos profundos ao ambiente frio da sala de operações. Se a pessoa se encontra em hipotermia, é fundamental o aquecimento contínuo cutâneo da área não cirúrgica, de modo a compensar o aumento das perdas de calor que possam agravar a sua magnitude. A monitorização da temperatura indica a evolução do quadro térmico e orienta o resultado para as medidas a tomar.

Medidas complementares como o aquecimento dos fluidos intravenosos e dos fluidos de irrigação podem contribuir para o reaquecimento corporal.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPORTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 11 de 16

8. Os **dispositivos de aquecimento** devem ser utilizados de modo a promover o máximo conforto da pessoa e a respeitar as recomendações dos fabricantes.

Justificação: A configuração de temperatura nos dispositivos de aquecimento de ar forçado deve ser definida no máximo e depois ajustada para manter a temperatura da pessoa em situação perioperatória de pelo menos 36,5°C.

O uso indevido dos dispositivos de aquecimento, tais como a utilização direta de fontes de ar quente (sem utilizar o equipamento próprio) podem originar lesões, nomeadamente queimaduras e o aumento da dispersão de partículas no meio ambiente. A leitura dos manuais e das instruções de segurança são mandatórias, para qualquer dispositivo médico. A utilização de equipamento de ar forçado entre os lençóis hospitalares é fortemente desaconselhada pois está fora dos parâmetros das recomendações do fabricante.

9. O **aquecimento de fluidos** deve ser realizado de acordo com as normas de segurança e com as indicações dos fabricantes (intravenosos, hemoderivados e intracavitários).

Justificação: A administração de grandes volumes de **fluidos intravenosos** associa-se a uma diminuição da temperatura central, pelo que o seu aquecimento à temperatura de 37°C está recomendado quando as taxas de infusão excedem os 500 ml/h.

Os sistemas de aquecimento adequados para o efeito são os que permitem o controlo e visualização da temperatura, dos quais, os mais eficazes, os dispositivos com linhas de aquecimento. O uso isolado de fluidos aquecidos na prevenção da hipotermia é ineficaz, pelo que deve ser sempre utilizado em associação com outras medidas preventivas.

O aquecimento das **soluções de irrigação** a uma temperatura entre os 38°C-40°C é recomendado, com recurso a dispositivos adequados para o efeito, ainda assim, é importante salvaguardar as recomendações dos fabricantes sobre a temperatura máxima das soluções utilizadas.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorádica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 12 de 16

O aquecimento de fluidos, sem controlo de temperatura, aumenta o risco dos processos de hemólise e outras lesões internas, cujas consequências podem ser graves ou letais. O uso de dispositivos seguros de aquecimento é mandatório.

10. **Avaliar o nível de conforto térmico** e sinais e sintomas de hipotermia à saída da sala de operações.

Justificação: A compreensão do *status* térmico no final do ato cirúrgico é fundamental para orientar e dar continuidade ao plano de cuidados. O conforto térmico é um foco de atenção de enfermagem avaliado através da aplicação de escala de avaliação de conforto térmico em anexo (ver anexo I).

11. As condições térmicas da pessoa em situação perioperatória, o método de medição da temperatura e as **intervenções de enfermagem devem ser documentadas**.

Justificação: A documentação clara e rigorosa de todos os fatores de risco, método de medição da temperatura, eventos e intervenções perioperatórias de cada pessoa intervencionada, garante a continuidade dos cuidados e facilita a consulta da informação, bem como a sua compreensão inequívoca, em qualquer momento e por qualquer profissional, garantindo ainda a conformidade legal da prática de cuidados.

12. Os enfermeiros devem receber **formação inicial, validação de competências e formação contínua** sobre prevenção e tratamento da hipotermia

Justificação: O fenómeno da hipotermia é vasto e complexo. A aquisição de conhecimentos de termorregulação, da dinâmica da sua ocorrência, dos fatores desencadeantes e agravantes, bem como das intervenções adequadas de prevenção e tratamento, remete esta problemática para a necessidade, quer de uma maior sensibilização, quer de formação específica inicial e contínua dos profissionais de enfermagem.

CONCLUSÃO

A existência de protocolos institucionais facilita a atuação profissional, a implementação e regulamentação de boas práticas e garante a segurança das intervenções para

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 13 de 16

profissionais e utentes. Permite ainda o controlo e avaliação da aplicação das normas em vigor. É reconhecido que as orientações de boa prática constituem veículos poderosos que, assentando os seus princípios na evidência científica, permitem conhecer os métodos e recursos mais adequados, bem como implementar melhores, mais seguras e mais eficazes práticas de cuidados de saúde. De igual modo, possibilitam a atualização do conhecimento, agregando conteúdos trazidos de novas pesquisas e descobertas.

BIBLIOGRAFIA

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática dos Cuidados* (1.ª Reimpressão: Março 2012 ed.). Lusodidacta.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2017). *Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida.* <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Matias, F., Ferreira, C., Matos, F. M., & Martins, M. (2017). *Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Pré-aquecimento de dez minutos: uma boa forma de evitar a hipotermia?*, 26(1), pp. 18-26.

NICE. (2008). *NICE Clinical Guidelines. The management of inadvertent perioperative hypothermia in adults, Clinical Practice Guideline, 65.* Obtido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK53796/>

Norma 020/2015 de 11 de novembro (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (17/11/2022) (1-24).

Ordem dos Enfermeiros. *Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (2017) Padrões da Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem*

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorádica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 14 de 16

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

Penaforte, H., Sá, C., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A. (2019). Revista de Investigação & Inovação em Saúde. Normotermia no perioperatório: perspetiva do enfermeiro., 2(1), pp. 7-17.

Ribeiro, A. F., Pereira, E., Matias, F., Azenha, M., Macedo, A. L., & Órfão, M. R. (2017). Revista Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Manutenção da normotermia perioperatória em Portugal: resultados de um inquérito de avaliação, 26(1), pp. 11-18.

Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República 2.ª série, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370).

Silva, A. C. (2014). Percursos. Hipotermia Perioperatória: como prevenir, 30.

Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório.

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

	CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPORTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos		Página 15 de 16

ANEXO I - Escala de avaliação do conforto térmico validada para a população portuguesa

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INTRAOPERATÓRIA NO ADULTO	PE Nº Próxima Revisão / 202
Bloco Operatório Cirurgia Cardiorádica e Transplante de Órgãos Torácicos	Página 16 de 16

**ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO VALIDADA PARA A
POPULAÇÃO PORTUGUESA**



ESCALA DE AVALIAÇÃO DO CONFORTO TÉRMICO						
	Descrição	Classificação				
1	Sinto-me bem com a minha temperatura corporal	1	2	3	4	5
2	Sinto a cadeira / cama fria	1	2	3	4	5
3	A temperatura ambiente está amena	1	2	3	4	5
4	Sinto-me confiante	1	2	3	4	5
5	Sinto privacidade suficiente	1	2	3	4	5
6	Sinto tremores no corpo	1	2	3	4	5
7	Sinto-me ansioso	1	2	3	4	5
8	Sinto frio	1	2	3	4	5
9	Sinto-me fora de controlo	1	2	3	4	5

Fonte: <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>

Elaborado por: Bruna Almeida, aluna n.º 3999 Data, novembro, 2023	Verificado por:	Aprovado: Data:
--	------------------------	---------------------------

APÊNDICE II: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



**3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória**
Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
2023/2024

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO

TEMA: “Controlo e prevenção da hipotermia no adulto”
PRELETOR: Bruna Almeida (estudante n.º 3999 da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa)
DESTINATÁRIOS: Equipa de enfermagem do BO de CCTTOT
LOCAL: Sala de reuniões
DATA: 3 de janeiro de 2024
DURAÇÃO: 45 minutos

- OBJETIVO GERAL:**
- Partilhar a mais recente evidência científica com a equipa de enfermagem do BO de CCTTOT, capacitando-os no controlo e prevenção da hipotermia inadvertida em adultos;
 - Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados e assegurar a segurança da pessoa em situação perioperatória.
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:**
- Identificar os principais fatores de risco e causas da hipotermia inadvertida no contexto intraoperatório;
 - Capacitar os enfermeiros para a implementação de medidas preventivas e estratégias eficazes de controlo da temperatura corporal durante o procedimento cirúrgico/anestésico, incluindo o uso adequado de equipamentos e técnicas de aquecimento.

Fase	Conteúdo	Duração	Metodologia	Materiais
Introdução	- Boas vindas e apresentação do preletor - Apresentação dos objetivos - Visão geral sobre o sumário	5 min	Expositivo	Computador Retroprojektor Papel Canetas
Desenvolvimento	- Identificar, descrever e dimensionar o problema - Mecanismos de perda de calor - Fatores de risco da hipotermia - Complicações da hipotermia inadvertida - Hipotermia e CEC - Medição da temperatura - Recomendações para controlo e prevenção da hipotermia (AESOP, 2017 e SPA, 2017)	30 min	Expositivo Participativo	
Conclusão	- Resumo dos aspetos mais importantes da sessão - Esclarecimento de dúvidas	5 min	Expositivo Participativo	
Avaliação	- Preenchimento do questionário de satisfação	5 min	Participativo	

Bruna Filipa Figueiredo Almeida

**APÊNDICE III: SESSÃO DE FORMAÇÃO “CONTROLO E PREVENÇÃO DA
HIPOTERMIA NO ADULTO”**

ESS+
ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NUNO
CHAU, VIMIEIRA PORTUGUESA

3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória
Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
2023/2024

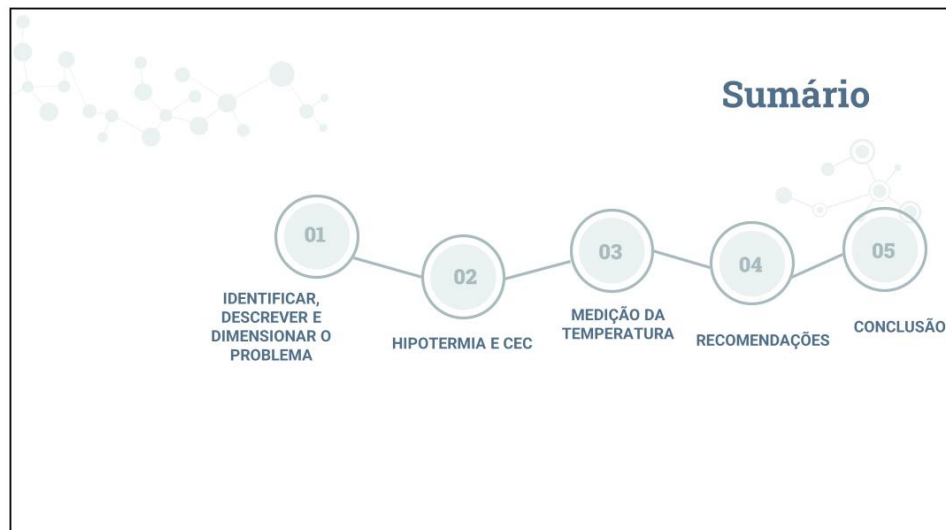
CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NO ADULTO

**Bloco Operatório Cirurgia Cardiorácica
e Transplante de Órgãos Torácicos**

Orientadora – Professora Isabel Miranda


Bruna Almeida, 3999

1




2

1




PROBLEMA




Aproximadamente 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgia com duração superior a 60 minutos sofrem de hipotermia inadvertida.

(AESOP, 2017)



01

3




Conceitos

Hipotermia é definida como *“termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão e piloereção”*.

(CIPE, 2018, p.72)

Embora não seja consensual a maioria dos autores considera hipotermia quando a **temperatura central é inferior a 36°C**.

(AESOP, 2017; SPA, 2017)



01

4

2

01

Mecanismos de perda de calor



Legenda:
1- Condução
2- Evaporação
3- Convecção
4- Irradiação

Fonte: <https://encrypted-tbn0.gstatic.com/images?q=tbn:ANd9GcOporEwiQdk-3UWve03BU5fy5IV9LUYDiGxEA&usqp=CAU>

5

01

FATORES DE RISCO DA HIPOTERMIA

→ ASA ≥ II	→ Tipo de anestesia
→ Idade > 60 anos	→ Tempo de cirurgia/anestesia > 60 minutos
→ Género feminino	→ Tipo de cirurgia e exposição
→ Baixo IMC	→ Uso de irrigações intracavitárias
→ Alterações cardiovasculares	→ Fluidos intravenosos frios
→ Temperatura central prévia < 36°C	→ Uso de garrote
→ Queimados	→ Temperatura da sala operatória

6

3

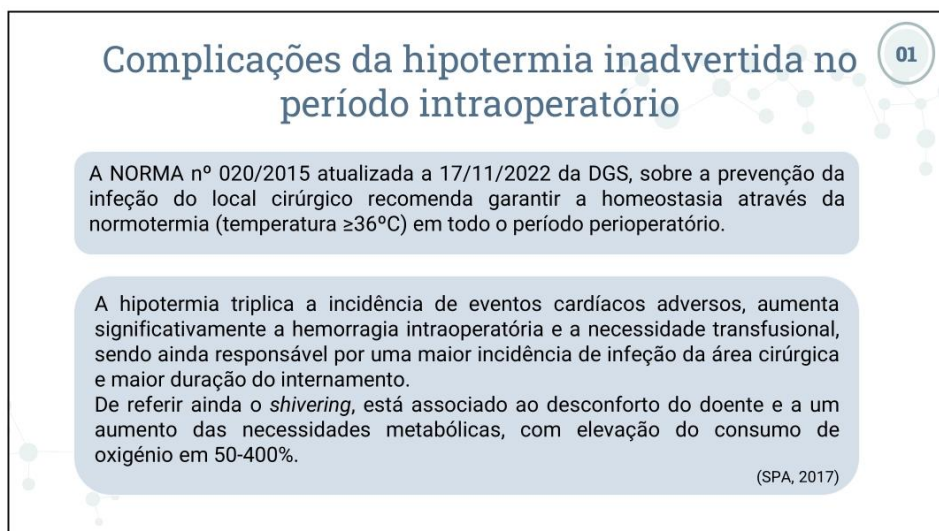


Complicações da hipotermia inadvertida no período intraoperatório

01

- Cardiovascular**
 - Isquemia do miocárdio
 - Hipertensão
 - Taquicardia
 - Trombose venosa profunda
- Sistema Nervoso**
 - Maior stress emocional
 - Insatisfação/Desconforto
- Coagulação**
 - Ativação Plaquetária
 - Coagulopatia
- Sistema endócrino-metabólico**
 - Diminuição secreção de corticoides
 - Diminuição produção de insulina/ Aumento da resistência periférica à insulina
 - Hipocalcémia, Hipomagnesémia, hipofosfatémia
- Sistema Imunitário**
 - Diminuição da resposta imunitária
 - Maior propensão para infecção do local cirúrgico

7



Complicações da hipotermia inadvertida no período intraoperatório

01

A NORMA nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022 da DGS, sobre a prevenção da infecção do local cirúrgico recomenda garantir a homeostasia através da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) em todo o período perioperatório.

A hipotermia triplica a incidência de eventos cardíacos adversos, aumenta significativamente a hemorragia intraoperatória e a necessidade transfusional, sendo ainda responsável por uma maior incidência de infecção da área cirúrgica e maior duração do internamento.

De referir ainda o *shivering*, está associado ao desconforto do doente e a um aumento das necessidades metabólicas, com elevação do consumo de oxigénio em 50-400%.

(SPA, 2017)

8

4

Hipotermia e CEC 02

A cirurgia cardíaca tem sido possível devido aos avanços tecnológicos e cirúrgicos, nomeadamente o desenvolvimento da circulação extracorpórea.

A hipotermia induzida pela CEC permite aumentar o tempo em que o coração está parado, diminuindo o fluxo sanguíneo cerebral e o consumo de oxigénio no cérebro, atuando como proteção neurológica.

(Freitas, Santos & Oliveira, 2017)

Esta técnica consiste em diminuir o consumo de oxigénio, garantindo a proteção dos órgãos vitais (cérebro, coração, rins), ainda diminui a frequência cardíaca e melhora a perfusão do miocárdio.

(Barbosa, Cardinelli & Ercole, 2010; Longo, 2011)

9

Hipotermia e CEC 02

Nesses casos, é recomendado que a temperatura da água e a temperatura do sangue não difiram mais que 10°C, o que poderia levar a alteração abrupta na solubilidade dos gases dissolvidos no plasma e formar microbolhas. Em cirurgias no arco aórtico, muitas vezes é induzido a hipotermia profunda (15 – 20°C), e o arrefecimento da pessoa é lento, respeitando o gradiente térmico de 10°C.


(Hennemann, 2020)

O reaquecimento da pessoa é parte importante na preparação para a saída de CEC. Assim como no arrefecimento, o gradiente térmico de 10°C deve ser respeitado. Diversos estudos demonstraram que o reaquecimento rápido é fator significativo na agravamento do desfecho cognitivo no pós-operatório de cirurgia cardíaca. Pelo que **deve ser evitado o reaquecimento agressivo.**

(Hennemann, 2020)

10

5




02


Hipotermia e CEC

Um estudo realizado no Canadá mostrou que em cirurgia cardíaca com circulação extracorpórea os locais mais comuns de medida de temperatura são: **nasofaringe** (84%), retorno venoso ao reservatório da CEC (75%), linha arterial da CEC (72%), **bexiga** (41%) e **reto** (28%).

(Belway et al., 2011)



11




03

A avaliação da temperatura deve ser realizada com o máximo rigor.

O método de avaliação da temperatura pode ser invasivo ou não invasivo e a escolha dos locais para a avaliação depende de vários fatores, tais como as técnicas anestésica e cirúrgica, as condições da pessoa e os recursos da instituição.

A temperatura medida deve ser central ou pericentral (próxima da central) e o mesmo método deve ser utilizado durante todo o período perioperatório, de forma a ser comparável.



12

6

03

Método de avaliação não invasivo	Método de avaliação invasivo
Oral, a nível sublingual Atualmente é considerada como o local de medição mais fidedigno e reprodutível (aproximadamente $0,55^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C}$ central).	Artéria pulmonar via catéter de Swan-Ganz. É uma aproximação fidedigna da temperatura central. No entanto, está associada a inúmeras complicações.
Região frontal É influenciada pelo ambiente externo.	Esófago distal Avaliação mais precisa da temperatura central, com menores riscos associados e menor custo.
Auricular Não deve ser utilizada, fatores como o posicionamento do equipamento e a presença de cerúmen no canal auditivo externo influenciam.	Nasofaringe A proximidade com o sistema nervoso central dá valores de temperatura semelhantes com a temperatura central.
Axilar Local menos preciso.	Bexiga É influenciada pelo débito urinário e encontra-se sujeita a variações importantes numa cirurgia intra-abdominal.
	Retal Pouco fidedigna, altera com a presença de fezes na ampola retal (aproximadamente $1,25^{\circ}\text{C} < T^{\circ}\text{C}$ central).

R
I
G
O
R

13

04

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

14

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

1. É importante que toda a equipa cirúrgica **conheça os fatores de risco** da pessoa em situação perioperatória

A fase intraoperatória é aquela em que ocorre a descida da temperatura corporal mais significativa, em especial na primeira hora após a indução anestésica.

O conhecimento, por todos os elementos da equipa, dos fatores de risco e a monitorização contínua, permitem a **prevenção e a aplicação de intervenções** adequadas de controlo da temperatura corporal.

15

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

2. O **pré-aquecimento da pessoa** em situação perioperatória antes da indução anestésica.

Estudos indicam que o **pré-aquecimento ativo com ar quente forçado durante 10 minutos**, permitiu obter uma prevalência muito baixa de hipotermia no final da cirurgia (Matias, et al., 2017).

Nos casos em que a temperatura inicial for inferior a 36,0°C, esta deverá ser reportada como incidente crítico e a **indução anestésica não deverá ser iniciada**, exceto se for um procedimento cirúrgico urgente ou emergente.

16

8

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

3. A temperatura deve ser **monitorizada de forma contínua e com o máximo de rigor** na fase intraoperatória. Em caso de impossibilidade e, na ausência de sinais de hipotermia, a mesma deve ser avaliada, pelo menos de 15/15 minutos.

A imprecisão pode falsear o quadro térmico fisiológico da pessoa e impedir um planeamento e atuação rigorosos e adequados.
Deve ser estabelecido o método de medição de temperatura central ou próxima da central e o mesmo método deve ser utilizado durante todo o período perioperatório, de forma a ser comparável.

17

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

4. Deve ser determinado e compreendido o nível de **conforto térmico** intraoperatório em contexto de **anestesia locorregional**

Nas intervenções realizadas sob anestesia locorregional a pessoa apresenta alteração de perceção, a sensação de desconforto encontra-se parcial ou totalmente bloqueada, uma vez que a função do centro termorregulador é inibida pelos fármacos anestésicos e sedativos, não apenas ao nível do controlo autónomo, mas também ao nível do controlo de comportamento.

O conforto térmico é um foco de atenção de enfermagem avaliado através da aplicação de **escala de avaliação de conforto térmico** validada para a população portuguesa.

18

9

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

5. É necessário manter a temperatura ambiente entre 20-24°C

A exposição do corpo e dos tecidos profundos das cavidades abertas pela incisão cirúrgica ao ambiente frio das salas operatórias, constitui outra causa inevitável para a ocorrência da hipotermia. A sua intensidade é diretamente proporcional ao tipo de cirurgia e ao tempo da mesma. **Temperaturas ambientais inferiores a 20°C aumentam exponencialmente o risco de hipotermia.**

O NICE (2008) recomenda que, uma vez estabelecido o aquecimento do ar forçado, a temperatura ambiente pode ser reduzida para permitir melhores condições de trabalho.

19

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

6. Se a temperatura central for superior a 36°C, manter a normotermia através das medidas passivas de aquecimento.

Medidas de aquecimento passivas: reduzir a exposição corporal (incluindo a cabeça e as extremidades), aplicação de lençóis aquecidos, edredons hospitalares, mantas metálicas anti-reflexo, meias, alteração da temperatura ambiente e utilização de circuitos anestésicos fechados ou semifechados.

Sempre que a pessoa evidencie desconforto por frio, mesmo que se apresente normotérmica, devem ser tomadas medidas ativas de aquecimento.

20

10

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

7. Se a **temperatura central for inferior a 36°C**, é necessário **implementar medidas ativas de aquecimento**, reduzir a exposição corporal, avaliar a temperatura central até à normotermia e considerar medidas complementares de aquecimento.

A exposição corporal atinge o seu máximo na fase intraoperatória, devido à exposição cirúrgica ao ambiente frio da sala de operações.

Medidas ativas de aquecimento: aplicação de sistemas de aquecimento por ar forçado, colchões de aquecimento por circulação de água, cobertores de auto-aquecimento, cobertores aquecimento elétrico, sistemas de aquecimento por pressão negativa, aquecedores de oxigénio inspirado e fonte de luz infravermelha. Medidas complementares como o aquecimento dos fluidos intravenosos e dos fluidos de irrigação podem contribuir para o reaquecimento corporal.

21

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

8. Os dispositivos de aquecimento devem ser utilizados de modo a promover o máximo conforto da pessoa e a **respeitar as recomendações dos fabricantes**.

A configuração de **temperatura nos dispositivos de aquecimento de ar forçado deve ser definida no máximo** e depois ajustada para manter a temperatura da pessoa em situação perioperatória de pelo menos 36,5°C.

A utilização direta de fontes de ar quente (sem utilizar o equipamento próprio) pode originar lesões, nomeadamente queimaduras e o aumento da dispersão de partículas no meio ambiente. A utilização de equipamento de ar forçado entre os lençóis hospitalares é **fortemente desaconselhada** pois está fora dos parâmetros das recomendações do fabricante.

22

11

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

9. O aquecimento de fluidos deve ser realizado de acordo com as normas de segurança e com as indicações dos fabricantes (intravenosos, hemoderivados e intracavitários).

É recomendado o **aquecimento dos fluidos intravenosos e hemoderivados a 37°C** quando as taxas de infusão excedem os 500 ml/h. Os sistemas de aquecimento adequados para o efeito são os que permitem o controlo e visualização da temperatura, dos quais, os mais eficazes, os **dispositivos com linhas de aquecimento**. O uso isolado de fluidos aquecidos na prevenção da hipotermia é ineficaz, pelo que deve ser sempre utilizado em associação com outras medidas preventivas. **O aquecimento das soluções de irrigação a uma temperatura entre os 38°C-40°C é recomendado.** O aquecimento de fluidos, sem controlo de temperatura, aumenta o risco dos processos de hemólise e outras lesões internas, cujas consequências podem ser graves ou letais. O uso de dispositivos seguros de aquecimento é mandatório.

23

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

10. Avaliar o nível de conforto térmico e sinais e sintomas de hipotermia à saída da sala de operações.

A compreensão do *status* térmico no final do ato cirúrgico é fundamental para orientar e dar continuidade ao plano de cuidados. O conforto térmico é um foco de atenção de enfermagem avaliado através da aplicação de escala de avaliação de conforto térmico.

24

12

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

04

11. As condições térmicas da pessoa em situação perioperatória, o método de medição da temperatura e as **intervenções de enfermagem devem ser documentadas.**

A documentação clara e rigorosa de todos os fatores de risco, método de medição da temperatura, eventos e intervenções de enfermagem, **garante a continuidade dos cuidados** e facilita a consulta da informação, bem como a sua compreensão inequívoca, em qualquer momento e por qualquer profissional, garantindo ainda a **conformidade legal** da prática de cuidados.

25

Recomendações para o controlo e prevenção da hipotermia

(AESOP e SPA, 2017)

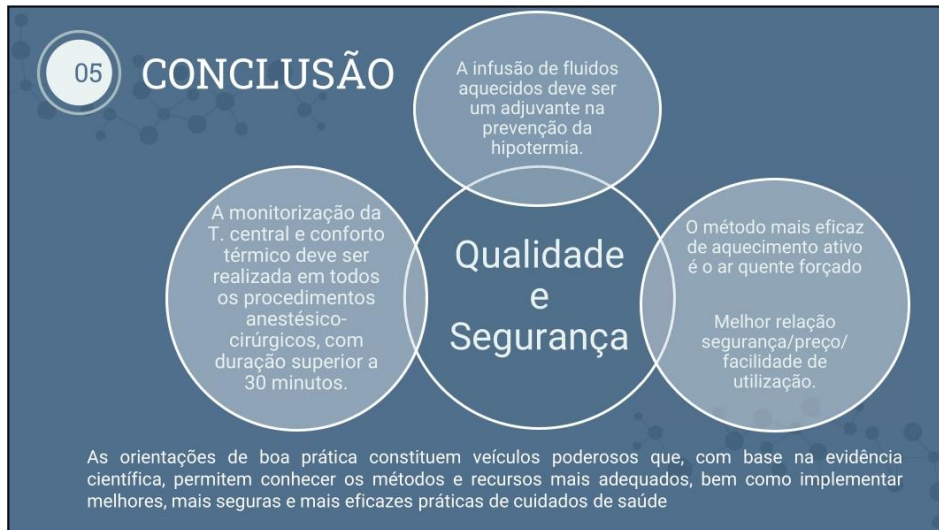
04

12. Os enfermeiros devem receber **formação inicial, validação de competências e formação contínua** sobre prevenção e tratamento da hipotermia

A aquisição de conhecimentos de termorregulação, da dinâmica da sua ocorrência, dos fatores desencadeantes e agravantes, bem como das intervenções adequadas de prevenção e tratamento, remete esta problemática para a necessidade, quer de uma maior sensibilização, quer de formação específica inicial e contínua dos profissionais de enfermagem.

26

13



27

Referências Bibliográficas

- AESOP. (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. Prevenção e controlo da hipotermia perioperatoria inadvertida. <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Afonso, S. (2013). O conforto e o cuidar em enfermagem. (Relatório de estágio para obtenção do grau de mestre). Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. <file:///C:/Users/josem/Desktop/Mestrado%20Periop/1%C2%BA%20semestre/Conce%C3%A7%C3%A3o%20da%20Pr%C3%A1tica%20da%20Enfermagem%20Avan%C3%A7ada/0%20CONFORTO%20E%20O%20CUIDAR%20EM%20ENFERMAGEM.pdf>
- Barbosa, N. F., Cardinelli, D. M., & Ercole, F. F. (2010). Determinantes de Complicações Neurológicas no Uso da Circulação Extracorpórea (CEC). Arquivo Brasileiro de Cardiologia, 95(6): e151-e157.
- CIPE (2018). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/icnp-Portuguese_translation.pdf
- Freitas, L. M. R., Santos, L. C. B., & Oliveira, J. B. (2017). Circulação extracorpórea e desequilíbrio hidroeletrólítico. Journal Health NPEPS, 2(1):285-297
- Hennemann, M. M. (2020). Manejo da temperatura em cirurgia cardíaca. Cardio Surgery Post. <https://www.cardiosurgerypost.com/single-post/2020/05/12/manejo-da-temperatura-em-cirurgia-card-c3-adaca>
- Honkavuo, L., Loe, S.A.K. (2020) Nurse Anesthetists' and Operating Theater Nurses' Experiences with Inadvertent Hypothermia in Clinical Perioperative Nurse Care, Journal of PeriAnesthesia Nursing 35-6 (676-681) <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2020.03.011>
- Longo, A. R. T. (2011). Sistemas de aquecimento cutâneo para prevenção da hipotermia em cirurgia cardíaca: revisão sistemática. Dissertação apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de mestre em ciências. Ribeirão Preto.
- Martins, A. (2005). Adaptação da escala do conforto térmico para a população portuguesa. (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/10876/4/Tese%20de%20mestrado%20definitiva_%20Ana%20Martins%20%282%29.pdf
- Norma DGS (2022). "Feixe de intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde. Norma clínica 020/2015 de 15/12/2015, (17/11/2022) (1-24). https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_loca_cirurgico.pdf
- Ralph, N., et al. (2019) Costs of inadvertent perioperative hypothermia in Australia: A cost-of-illness study. Collegian 27-4ª (345-351) <https://doi.org/10.1016/j.collegn.2019.10.00>
- Revista Portuguesa de Anestesiologia (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consensos%20normotermia.pdf>
- Revista Portuguesa de Anestesiologia (2017). Vol. 26 - N.º1. https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/revistas/2017/Revista_vol26_n1_30092017_v1_RCAAP_small.pdf
- Ribeiro, B. M., Peniche, C. G. A., & Silva, C. F. S. (2017). Complicações na sala de recuperação anestésica, fatores e intervenções de enfermagem: revisão integrativa. Revista SOBEC, 22(4), 218-229.
- Souza, O. E., Gonçalves, N., & Alvarez, G. A. (2019). Cuidados de enfermagem no período intraoperatório para manutenção da temperatura corporal. Revista SOBEC, 24(1), 31-36. c

28

**APÊNDICE IV: QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE
FORMAÇÃO**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
 na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória
 Unidade Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
 2023/2024

**QUESTIONÁRIO DE SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO
 “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA NO ADULTO”**

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
Na sua opinião, em que medida as informações apresentadas foram claras e compreensíveis?					
Como classifica a qualidade dos materiais didáticos apresentados?					
A organização e estrutura da formação atenderam às suas expectativas?					
Considerando o desempenho do formador, qual a sua avaliação em relação ao conhecimento, habilidades e capacidade de comunicação?					
Considera o tema pertinente para a sua realidade de trabalho?					
Em geral, qual é o seu nível de satisfação com esta ação de formação?					
<p>COMENTÁRIOS ADICIONAIS (Por favor, sinta-se à vontade para fornecer qualquer comentário ou sugestão adicional que possa contribuir para melhorar futuras ações de formação)</p>					

OBRIGADO PELA SUA PARTICIPAÇÃO

Bruna Almeida

**APÊNDICE V: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO
ÂMBITO DA SEGURANÇA DO MEDICAMENTO**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica
Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DA
SEGURANÇA DO MEDICAMENTO**

Bruna Filipa Figueiredo Almeida

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
Novembro, 2023



**PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA DA QUALIDADE NO ÂMBITO DA
SEGURANÇA DO MEDICAMENTO**

Trabalho apresentado no âmbito do 3.º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, 3.º semestre, na Unidade Curricular Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II.

Orientador – Professora Mestre Isabel Miranda

Oliveira de Azeméis
Novembro, 2023

ÍNDICE

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	3
LISTA DE TABELAS	4
LISTA DE FIGURAS	5
INTRODUÇÃO.....	6
1. IDENTIFICAR, DESCREVER E DIMENSIONAR O PROBLEMA.....	9
2. OBJETIVOS E ATIVIDADES	17
3. METAS E INDICADORES	20
CONCLUSÃO.....	22
BIBLIOGRAFIA.....	24
APÊNDICES	26
APÊNDICE I - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES	
APÊNDICE II - ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS	
APÊNDICE III - INTERPRETAÇÃO DOS SÍMBOLOS NA IDENTIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS	
APÊNDICE IV - INSTRUMENTO DE AUDITORIA	

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses
ASA	American Society of Anesthesiologist
BO	Bloco Operatório
CCTTOT	Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos
CISD	Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente
DGS	Direção-Geral de Saúde
ISO	International Organization for Standards
LASA	Look-Alike e Sound-Alike
mL	Mililitros
OE	Ordem do Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança do Doente
SNS	Serviço Nacional de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Cores padronizadas para as respectivas classes farmacológicas, segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (2020).....	14
Tabela 2 – Atividades planejadas para a implementação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade	17
Tabela 3 – Metas e indicadores	20

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Classificação dos incidentes relacionados com a medicação e fluídos IV, segundo a CISD da DGS (2011)11

INTRODUÇÃO:

Os Enfermeiros empenham-se constantemente na garantia da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória que, fruto da vulnerabilidade em que se encontram, é imperativo minimizar a margem de erro através de uma prática clínica fundamentada em investigação de elevada qualidade científica.

As consequências e impacto que os incidentes de segurança têm nos cuidados de saúde são atualmente foco de preocupação das políticas de saúde mundiais.

Cultura de segurança pode ser definida como um modelo que integra o comportamento individual e organizacional, tendo por base a partilha de valores e convicções, procurando minimizar o dano que pode resultar dos processos de prestação de cuidados (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2011).

Atualmente, a segurança dos doentes é considerada a nível mundial um grave problema de saúde pública, como refere o Relatório de Segurança dos Doentes da DGS (2015).

Este tema ganhou relevância com a divulgação do relatório “To err is human: Building a safer health system” do American Institute of Medicine em 1999, que estimou cerca de 44.000 a 98.000 mortes anuais nos Estados Unidos devido a erros associados aos cuidados de saúde.

Os eventos adversos decorrentes de cuidados de saúde geram várias consequências, tanto para a pessoa, como para as instituições hospitalares com o prolongamento do tempo de internamento, incapacidades temporárias ou permanentes, processos jurídico-legais e, consequentemente, significativo impacto económico (Furini et al., 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou, em 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente com o objetivo de promover discussões acerca do tema e para estimular o desenvolvimento de ações em prol da segurança do doente.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, afirma que a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais no âmbito do direito à proteção da saúde e reforça o papel do Sistema Nacional de Saúde (SNS) enquanto promotor da mesma.

Com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde em Portugal e em resposta aos vários compromissos nacionais e internacionais assumidos, o Ministério da Saúde desenhou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021).

O PNSD almeja adotar o princípio orientador de todos os planos nacionais, já desenvolvidos ou por desenvolver, neste domínio.

São objetivos estratégicos do PNSD (2021-2026) implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde e monitorizar a implementação de práticas seguras.

A OMS publicou também o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030, o qual reforça a imperatividade de conferir destaque, na agenda das políticas de saúde, a importância da segurança do doente.

O contexto e as condições em que são prestados os cuidados de saúde exercem uma influência significativa na segurança e eficácia dos mesmos, destacando-se a importância reconhecida desses fatores para os resultados em saúde, especialmente no que concerne à qualidade e segurança. Os recursos disponíveis, a dotação e aptidão dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais, a organização do trabalho constituem algumas das variáveis que condicionam os ambientes seguros (Boytim & Ulrich, 2018). Em contexto de Bloco Operatório (BO), devido à sua especificidade e complexidade ambiental e tecnológica, a gestão de riscos e a promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória assumem uma importância particularmente crítica (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

É competência específica do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória intervir no planeamento, implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar, bem como, intervir na gestão de risco, controlo da segurança perioperatória, e ainda propor medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos (Regulamento n.º 429/2018).

Atendendo às considerações apresentadas, este trabalho tem como objetivo elaborar um projeto de melhoria no âmbito da segurança do doente, particularmente no que diz respeito à segurança do medicamento.

A segurança do medicamento é definida pela DGS como o conjunto de “atividades para evitar, prevenir ou corrigir eventos adversos que podem resultar do uso de medicamentos” (Norma 014/2015, p.4).

O presente projeto é realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do 2º ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória,

que decorre no BO de Cirurgia Cardiorácica e Transplante de Órgãos Torácicos (CCTTOT) de um hospital do SNS.

Este documento encontra-se estruturado em três capítulos. O primeiro corresponde à descrição do problema, o segundo diz respeito à definição de objetivos e atividades. A apresentação de metas e indicadores constitui o terceiro capítulo e por fim termina com uma breve conclusão do trabalho, onde se evidenciam os aspetos mais revelantes tendo em conta os objetivos definidos e as implicações do mesmo na prática de enfermagem.

1. IDENTIFICAR, DESCREVER E DIMENSIONAR O PROBLEMA

Anualmente, calcula-se que a nível global sejam efetuados mais de 281 milhões de procedimentos cirúrgicos, originando 7 milhões de complicações significativas e 1 milhão de mortes, associados à prática cirúrgica (OMS, 2009).

Um estudo indica que 4 a 16% dos doentes hospitalizados sofrem com a ocorrência de eventos adversos em países desenvolvidos. Nos Estados Unidos uma em cada duas cirurgias tem um erro ou um evento adverso relacionado com o uso de medicação (Furini, et al., 2018), estes dados tornam-se assustadores e bastantes reveladores da pertinência do tema.

Sousa et al. (2018) realizou um estudo em 9 hospitais portugueses, confirmando uma taxa de eventos adversos de 12,5%, ou seja, aproximadamente 13 em cada 100 pessoas internadas nos hospitais públicos portugueses sofrem um evento adverso. Dos eventos adversos identificados, 9,8% dizem respeito a erros medicamentosos, situando-os no terceiro lugar de incidentes de segurança mais verificados a nível nacional.

A maioria dos incidentes de segurança, mais concretamente, 67,4% resultou em nenhuma ou mínima incapacidade para a pessoa e foi resolvida satisfatoriamente durante a admissão ou dentro de um mês após a alta. Relativamente à inevitabilidade, quase 40% foram classificados como evitáveis (Sousa et al, 2018).

Os eventos adversos decorrentes de cuidados de saúde geram várias consequências, tanto para a pessoa, como para as instituições hospitalares com o prolongamento do tempo de internamento, incapacidades temporárias ou permanentes, processos jurídico-legais e, conseqüentemente, significativo impacto económico (Furini et al., 2018).

Sousa et al, (2018) alerta para o facto de 60,8% das pessoas que sofreram eventos adversos incorreram em dias de cama extra no hospital, em média de 9,6 dias por doente, com um custo adicional estimado de 1,9 milhões de euros para o SNS.

Uma revisão com meta análise concluiu que mundialmente a percentagem média de mortes hospitalares evitáveis relacionadas ao uso de medicamentos foi de 45,2%, revelando ser uma importante causa de mortalidade (Patel et al., 2022).

Em Portugal, no ano de 2017, foram recebidas 6.105 notificações predominantemente da indústria farmacêutica (Pepe & Novaes, 2020).

A OMS identifica quatro problemas fundamentais na segurança dos medicamentos: a insuficiente informação e formação das pessoas na gestão do regime terapêutico; a complexidade dos medicamentos (nomes e rótulos semelhantes); a prescrição e

administração de medicamentos em circunstâncias que aumentam o risco de danos; e, sistemas e práticas de medicação frequentemente complexos e disfuncionais (OMS, 2017).

Em 2017, a OMS lançou o terceiro desafio para a Segurança do Doente intitulado "Medicação sem Dano", estabelecendo como objetivo a redução de 50% dos danos graves e evitáveis no prazo de cinco anos, através da melhoria dos sistemas e práticas relacionadas com a utilização de medicamentos.

A OMS publicou, em 2009, a Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre a Segurança do Doente (CISD), sendo traduzido pela Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde, da DGS em 2011.

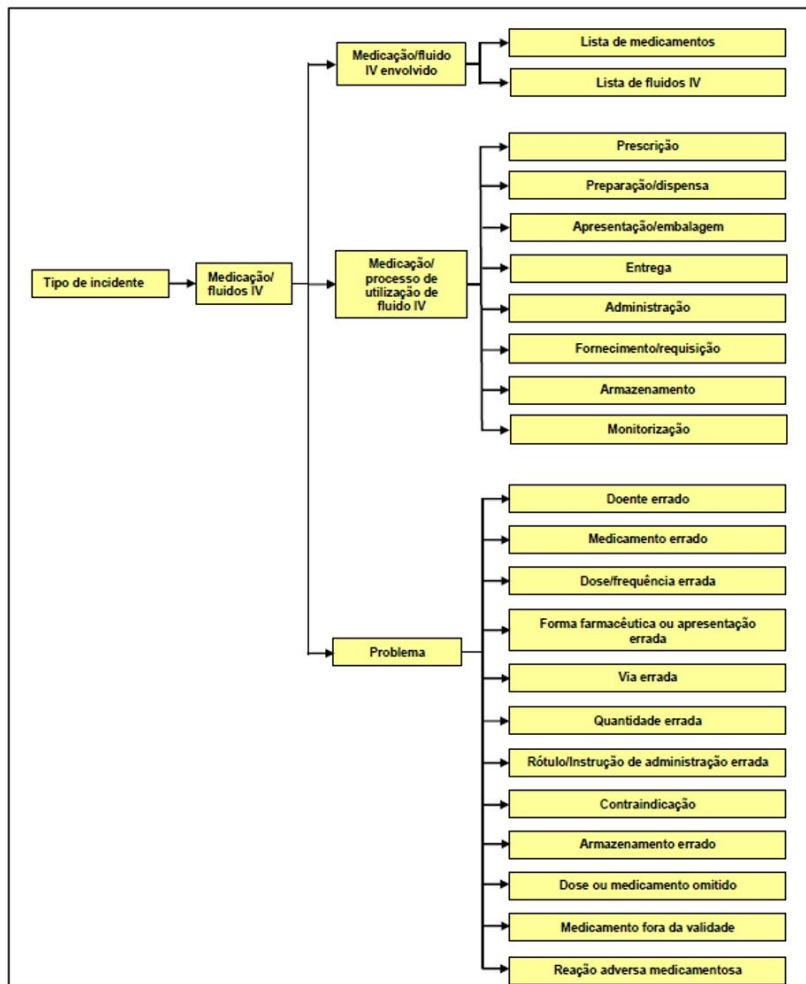
O documento é um importante instrumento para a padronização da linguagem taxonómica no âmbito da segurança do doente, permitindo a categorização da informação e utilizando um conjunto de conceitos standard com definições aceites, uma terminologia própria e as relações entre eles, baseados numa ontologia de domínio explícita, com o objetivo de facilitar a descrição, comparação, medição, monitorização, análise e interpretação da informação para melhorar os cuidados aos doentes (DGS, 2011).

Para uma melhor perceção da temática são importantes os seguintes conceitos (DGS, 2011):

- **Dano:** Prejuízo na estrutura ou funções do corpo e/ou qualquer efeito pernicioso daí resultante. Inclui doença, lesão, sofrimento, incapacidade ou morte.
- **Erro:** A falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano.
- **Evento:** ocorrência que aconteceu a ou que afeta um doente.
- **Evento sem dano:** um incidente em que um evento chegou ao doente, mas não resultou em danos discerníveis.
- **Incidente de segurança do doente:** É um evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente.
- **Incidente com dano (evento adverso):** um incidente que resulta em dano para o doente.
- **Quase evento (near miss):** um incidente que não alcançou o doente.

No que concerne à tipologia de incidentes associados à medicação e a fluidos intravenosos, a DGS (2011) classifica-os da seguinte forma:

Figura 1 – Classificação dos incidentes relacionados com a medicação e fluidos IV, segundo a CISD da DGS (2011).



Os incidentes de segurança relacionados com a medicação podem surgir devido a falha no sistema de medicação e/ou fatores humanos como cansaço, condições de trabalho inadequada e escassez de pessoal que afetam o circuito do medicamento (prescrição, armazenamento, preparação, dispensa, administração e monitorização) (OMS, 2017).

Uma das grandes áreas de responsabilidade dos Enfermeiros é a preparação e administração de medicamentos, em Portugal, a administração de medicamentos por enfermeiros está regulamentada por órgão competente, a Ordem dos Enfermeiros (OE),

na publicação das “Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais”, homologada em Diário de República no Regulamento n.º 190/2015.

A preparação e administração segura de medicamentos implica a utilização de vários mecanismos de segurança, designados como “certos”, e os Enfermeiros, de forma sistemática, utilizam os “cinco certos”. Contudo, na sequência da investigação e desenvolvimento de práticas seguras na preparação e administração de medicamentos, percebeu-se a necessidade de introduzir outros “certos” para aumentar a segurança no uso do medicamento. Recentemente, alguns artigos publicados nesse âmbito ampliaram o número de certos para “nove certos”, e outros artigos já referenciam os “doze certos”, de forma a aumentar os mecanismos de segurança nessa etapa final do processo de utilização do medicamento (Ramos, 2019).

Em Portugal, está recomendado para uma prática segura e prevenção de erros, a confirmação dos “nove certos” antes de administrar qualquer medicamento, são eles: Doente certo; Medicamento certo; Via certa; Hora certa; Dose certa; Registo certo; Preparação certa; Conhecimento certo; Educação certa (Pereira, 2020).

O BO é um local onde os riscos e danos são considerados potencialmente graves pelas suas características intrínsecas, pois a pessoa em situação perioperatória encontra-se num estado de vulnerabilidade crítica e a utilização de equipamentos com tecnologia específica cada vez mais avançados, quer de monitorização quer de diagnóstico aumentam a complexidade do ambiente envolvente (AESOP, 2012).

Uma revisão sistemática da literatura de 2018 aponta os erros de medicação perioperatórios como uma causa comum de morbidade e mortalidade da pessoa durante o período perioperatório. As principais conclusões do estudo destacam que o ambiente perioperatório, devido à sua complexidade e ao fluxo de doentes, pode contribuir para a ocorrência frequente de erros de medicação. A frequência desses erros é estimada em 1 em 20 administrações e 1 em 1.285 cirurgias (Boytim & Ulrich, 2018).

Em contexto perioperatório, o momento da indução e manutenção anestésica requer a administração de uma ampla variedade de medicamentos. Medicamentos com ações muito diferentes, por exemplo, sedativos/hipnóticos, opiáceos, bloqueadores neuromusculares, vasopressores e vasodilatadores, são frequentemente usados no decorrer de um único ato anestésico, às vezes simultaneamente. Esses medicamentos são frequentemente administrados em situações de urgência e emergência, em ambientes com

alta carga de trabalho, pouca visibilidade e múltiplas distrações (American Society of Anesthesiologist [ASA], 2020).

As causas comuns dos erros de medicação incluem desmotivação, distração, comunicação, pressa, desatenção, déficits de conhecimento, erros de rotulagem e troca de seringas (Boytim & Ulrich, 2018).

A comunicação é uma ferramenta essencial para evitar erros, uma fratura neste processo pode comprometer a continuidade dos cuidados (Neto et al., 2019).

A DGS tem dedicado especial atenção à temática através da criação de estratégias e metas nos PNSD, e ainda a elaboração de normas e orientações que contribuem para a segurança e qualidade dos cuidados de saúde.

O PNSD 2015-2020 a DGS refere no 4º objetivo estratégico “Aumentar a segurança na utilização da medicação” que, as instituições de saúde devem adotar estratégias específicas para garantir a utilização segura de medicamentos de alto risco, assim como dos medicamentos Look-Alike Sound-Alike, vulgarmente conhecidos como medicamentos LASA (Despacho nº 1400-A/2015).

Assim como a Norma 020/2014 de 2014 atualizada em 2015 e a Norma 014/2015 de 2015 dedicadas exclusivamente aos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante e medicamentos de alerta máximo, respetivamente, reforçam as estratégias a adotar para mitigar a problemática em questão.

“Os medicamentos de alerta máximo ou alto risco são aqueles que possuem risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização”. Embora a frequência dos erros com estes medicamentos não seja elevada, as suas consequências tendem a ser mais graves, podendo levar a lesões permanentes ou à morte (Norma 014/2015, p. 4).

O conceito de medicamentos LASA (Look-Alike Sound-Alike) designa medicamentos com nomes ortográficos e/ou fonéticos e/ou aspeto semelhantes, suscetíveis de serem confundidos entre si, originando erros de troca de medicamentos. A existência de denominações semelhantes entre medicamentos figura como uma das causas mais frequentes associadas aos eventos adversos relacionados com a medicação, sendo que um em cada quatro destes incidentes está associado a medicamentos LASA (Norma 020/2014).

No que diz respeito ao armazenamento deste tipo de medicamentos, a DGS recomenda a sinalização com utilização de cores, negrito ou grafismo diferente; armazenamento

separado; padronizar o acesso aos medicamentos de alerta máximo; e, sinalizar os medicamentos de alerta máximo, para que se destaquem dos demais (Norma 020/2014 e Norma 014/2015).

A literatura demonstra que a utilização de letras maiúsculas no meio das denominações ortograficamente semelhantes dos medicamentos como método de diferenciação é uma ferramenta efetiva, uma vez que a apresentação das denominações num formato não convencional funciona como um alerta, facilitando a sua distinção. O método Mid-type Tall Man lettering é recomendado pela DGS, sendo dos métodos descritos na literatura como um dos mais eficaz (Norma 020/2014).





O uso do código de cores na rotulagem dos medicamentos é uma das medidas desenvolvidas pela Sociedade Internacional de Anestesiologia para a ocorrência de um menor número de erros evitáveis (ASA, 2020).





Em 2008, a Organização Internacional de Normalização (ISO) publicou a Norma 26825, referente à padronização da rotulagem das etiquetas de medicamentos, utilizam-se cores e diferentes grafismos em função da classe farmacológica (ASA, 2020).

A principal consideração no desenho e na utilização de etiquetas para seringas, perfusão de medicamentos e contentores de armazenamento da medicação deve pautar-se pela minimização de erros de medicação, visando proporcionar segurança nos cuidados prestados (ASA, 2020).

A tabela 1 apresenta uma adaptação do esquema de cores adotado pela ASA (2020) de acordo com as respetivas classes farmacológicas.

Tabela 1 – Cores padronizadas para as respetivas classes farmacológicas, segundo a Sociedade Americana de Anestesiologia (2020).

Cores padronizadas para as respetivas classes farmacológicas		
Classe farmacológica	Exemplos	Cor padronizada
Indutores	Propofol, Tiopental, Cetamina	
Sedativos e Benzodiazepinas	Diazepam, Midazolam	
Antagonistas das Benzodiazepinas	Flumazenil	
Relaxante Muscular	Rocurónio, Atracúrio	
Antagonista dos Relaxantes Musculares	Sugamadex, Neostigmina	

Opioides e Narcóticos	Fentanil, Morfina, Tramal	
Antagonista dos Opioides e Narcóticos	Naloxona	
Antieméticos	Ondansetron, Metoclopramida	
Vasopressores	Adrenalina, Dopamina	
Agentes Hipotensores	Nitroglicerina, Nitroprussiato de sódio	
Anestésicos locais	Lidocaína, Ropivacaína	
Agentes Anticolinérgicos	Atropina	

Um estudo sobre a utilização do código de cores na identificação dos medicamentos endovenosos revela que os profissionais de saúde concordam quanto à relevância do método e reforçam a praticidade do uso, além de ser útil na prevenção de erros na administração de medicamentos (Souza et al., 2019).

O local destinado ao armazenamento de medicamentos deve exibir o nome genérico e a concentração em maior destaque. De preferência, a concentração em unidades por mililitros (mL) também é exibida. Seringas e recipientes de armazenamento de medicamentos destinados apenas à anestesia regional devem ser claramente marcados como tal (ASA, 2020).

A perspectiva de vincular a segurança do medicamento e mitigar o erro, são o ponto de partida para o desenvolvimento do presente projeto de melhoria contínua.

Através da observação e reflexão sobre as práticas seguras em contexto de intraoperatório do CCTTOT foram constatadas algumas oportunidades de melhoria, nomeadamente:

- ✓ A organização dos fármacos não ser por ordem alfabética, dificultando o acesso aos mesmo em situações de emergência ou aquando da integração de novos elementos na equipa;
- ✓ A inexistência do código de cores no local de armazenamento dos fármacos, tanto na farmácia como nas salas operatórias;
- ✓ A inexistência de sinalética recomendada para a identificação de medicamentos LASA, medicamentos de alto risco, medicamentos com mais do que uma dosagem disponível e medicamentos com necessidade de diluição;
- ✓ A necessidade de rever a lista de medicamentos LASA, bem como atualização do grafismo recomendado a esse tipo de medicamentos (utilização do método Mid-type Tall Man lettering).

Com base nas evidências científicas apresentadas, e após a contextualização do problema, a sua dimensão e a identificação do desvio entre as práticas recomendadas e as práticas realizadas, reconhece-se a necessidade da elaboração deste projeto de melhoria contínua para promover um impacto positivo na segurança da pessoa em situação perioperatória.

2. OBJETIVOS E ATIVIDADES

A identificação de um problema leva à definição de um plano de ação para a sua resolução. Tendo reconhecido a identificação do local de armazenamento dos medicamentos como um entrave à melhoria da qualidade dos cuidados, o planeamento de intervenções no contexto de trabalho e na equipa para a melhoria dos indicadores é essencial, e ainda, atuar na prevenção de incidentes de segurança.

A implementação do projeto de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem no âmbito da segurança do medicamento tem como objetivo geral: **promover a cultura de segurança do medicamento no BO da CCTTOT**, e como objetivo específico: **otimizar a identificação de medicamentos no BO da CCTTOT**.

As atividades a realizar para atingir os objetivos são dirigidas à equipa de enfermagem num período inicial de seis meses, cada um delas está descrita na seguinte tabela.

Tabela 2 – Atividades planeadas para a implementação do Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade

Objetivo Específico: Otimizar a identificação do local de armazenamento de medicamentos no BO da CCTTOT		
Atividades	Responsável pela implementação	Prazo de implementação
Reunião com a Enfermeiro Gestora, Enfermeira Coordenadora do BO da CCTTOT e com Enfermeiro Gestor de Risco do BO para propor uma otimização da identificação dos locais de armazenamento dos fármacos	Enfermeiro Gestor, Enfermeira Coordenadora do BO CCTTOT, Enfermeiro Gestor de Risco, Enfermeira aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica na área de atuação de enfermagem à pessoa em situação perioperatória	3 semanas
Elaboração das etiquetas de identificação de medicamentos consoante o stock existente nas salas operatórias e no local de armazenamento de fármacos atendendo às seguintes melhorias (APÊNDICE II): - Implementação do código de cores aplicado à rotulagem dos medicamentos;	Enfermeira aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica na área de atuação de enfermagem à pessoa em situação perioperatória	2 semanas

<ul style="list-style-type: none"> - Acrescentar a dosagem e vias de administração de todos os medicamentos; - Para medicamentos LASA: <ul style="list-style-type: none"> - Manter e completar o método de inserção de letras maiúsculas (Tall Man Lettering) e a negrito segundo listagem da DGS da norma 020/2014; - Adicionar símbolo “STOP” para reforço de alerta. - Para medicamentos de alto risco: <ul style="list-style-type: none"> - Adicionar símbolo “Perigo” para reforço de alerta para medicamentos da Lista de medicamentos de alerta máximo da norma 014/2015 da DGS; - Destacar símbolo de perigo nas soluções eletrolíticas concentradas. - Para medicamentos com mais do que uma dosagem disponível: <ul style="list-style-type: none"> - Adicionar símbolo de “semáforo” para reforço de alerta. - Para medicamentos com necessidade de diluição: <ul style="list-style-type: none"> -Adicionar símbolo “gotas”. 		
<p>Validação das etiquetas de identificação dos medicamentos elaboradas.</p>	<p>Enfermeira Coordenadora do BO CCTTOT, Enfermeiro Gestor de Risco, Enfermeiros responsáveis pela farmácia e Enfermeira aluna da Especialidade</p>	<p>1 semana</p>
<p>Implementação das etiquetas e uniformização da identificação da medicação</p>	<p>Enfermeira aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica na área de atuação de enfermagem à pessoa em situação perioperatória</p>	<p>2 semana</p>
<p>Comunicação à equipa das alterações efetuadas (APÊNDICE III)</p>	<p>Enfermeira aluna da Especialidade Médico-Cirúrgica na área de atuação</p>	<p>1 semanas</p>

	de enfermagem à pessoa em situação perioperatória	
Auditoria interna e comunicação dos resultados (APÊNDICE IV)	Enfermeiro externo ao projeto	2 semanas
Redefinir as estratégias de atuação perante os resultados obtidos e feedback da equipa se aplicável.	Enfermeiro Gestor de Risco	1 mês

Assim sendo, a implementação das atividades acima sugeridas, decorrerão de acordo com o cronograma apresentado no Apêndice I.

3. METAS E INDICADORES

A prevenção de incidentes de segurança relacionados com a medicação é uma das principais medidas para melhorar a qualidade e segurança dos serviços de saúde. Para tal, é fundamental estabelecer metas e indicadores que norteiem a qualidade dos cuidados. O Tabela 3 apresenta alguns indicadores de qualidade referentes à implementação deste projeto de melhoria.

Tabela 3 – Metas e Indicadores

Objetivo específico: Otimizar a identificação do local de armazenamento de medicamentos no BO da CCTTOT	
Metas:	Indicadores:
100% dos locais de armazenamento de fármacos identificados de acordo com as alterações recomendadas para a segurança do medicamento.	<p>Taxa de identificação dos locais de armazenamento de fármacos:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de medicamentos identificados com as alterações recomendadas}}{n.^{\circ} \text{ total de medicamentos existentes no stock do BO da CCTTOT}} \times 100$
100% dos Enfermeiros do BO da CCTTOT identifica o significado do símbolo: Medicamentos LASA.	<p>Taxa de reconhecimento da simbologia de medicamentos LASA</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de Enfermeiros que identifica o símbolo: medicamentos LASA}}{n.^{\circ} \text{ total de Enfermeiros do BO da CCTTOT}} \times 100$
100% dos Enfermeiros do BO da CCTTOT identifica o significado do símbolo: Medicamentos de Alto Risco.	<p>Taxa de reconhecimento da simbologia de medicamentos de alto risco:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de Enfermeiros que identifica o símbolo: medicamentos de alto risco}}{n.^{\circ} \text{ total de Enfermeiros do BO da CCTTOT}} \times 100$
100% dos Enfermeiros do BO da CCTTOT identifica o significado do símbolo: Medicamentos com mais do que uma dosagem disponível.	<p>Taxa de reconhecimento da simbologia de medicamentos com mais do que uma dosagem disponível:</p> $\frac{n.^{\circ} \text{ de Enfermeiros que identifica o símbolo: medicamentos com mais do que uma dosagem disponível}}{n.^{\circ} \text{ total de Enfermeiros do BO da CCTTOT}} \times 100$
100% dos Enfermeiros do BO da CCTTOT identifica o	<p>Taxa de reconhecimento da simbologia de medicamentos com necessidade de diluição:</p>

significado do símbolo: Medicamentos com necessidade de diluição.	$\frac{\text{n.}^\circ \text{ de Enfermeiros que identifica o símbolo:}}{\text{n.}^\circ \text{ total de Enfermeiros do BO da CCTTOT}} \times 100$
Ter pelo menos duas auditorias realizadas por ano e dar feedback dos relatórios à equipa através do e-mail institucional	N.º de relatórios de auditorias internas realizadas ao local de armazenamento de fármacos no BO da CCTTOT.

Para avaliar o alcance das metas estabelecidas, torna-se imperativo proceder à monitorização da adesão ao projeto, mediante a utilização de uma grelha de auditoria elaborada e disponível para consulta no APÊNDICE IV. A aplicação deste instrumento visa a deteção de eventuais lacunas na execução do projeto, a divulgação dos resultados obtidos e a redefinição das estratégias de atuação. Importa salientar que, o referido instrumento de auditoria está sujeito a eventuais atualizações antes da sua aprovação e implementação, caso se revele pertinente.

CONCLUSÃO

Os pilares fundamentais da prestação de cuidados de enfermagem são a qualidade e a segurança, estando intimamente relacionados entre si.

A segurança do doente tem sido gradualmente reconhecida no âmbito da qualidade em saúde, emergindo temas como, o erro clínico e a sua gestão e mais especificamente, a segurança do medicamento.

Os eventos adversos continuam a ser um importante problema de saúde pública, acarretam encargos económicos e sociais, pelo que constituem um desafio não só nacional, mas também à escala mundial.

Os erros de medicação no período perioperatório são uma fonte significativa de morbidade e, raramente, de mortalidade (ASA, 2020).

Reconhecer a possibilidade de ocorrência de erros de medicação consiste no primeiro passo a ter em conta pelos profissionais de saúde, permitindo-se a estar permeáveis à mudança.

Atualmente, os fatores que contribuem para essa ocorrência estão claramente definidos, e existem diversas ferramentas para a implementação de medidas de segurança que promovam a qualidade dos cuidados. O impacto positivo dessas medidas tem sido evidenciado na comunidade científica, destacando-se o uso de código de cores, sinalização apropriada e elementos gráficos específicos.

O BO devido à sua especificidade, exige uma gestão particularmente dedicada à segurança do medicamento. Face às oportunidades de melhoria da qualidade identificadas, a implementação do código de cores aplicado à rotulagem dos medicamentos, bem como a adoção de grafismo e sinalética adequada no local de armazenamento dos fármacos, tanto na farmácia como nas salas operatórias, são importantes medidas para a promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória, reiterando a importância do desenvolvimento de projetos contínuos de melhoria da qualidade para garantir a segurança e prevenir esta problemática.

Dentro das medidas adotadas, a implementação de sinalética internacionalmente conhecida, como a adaptada do código da estrada, destinada a ser aplicada nos locais de armazenamento de medicamentos promove a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Outras estratégias e abordagens emergem naturalmente na prática diária em saúde, fundamentadas na sensibilização e consciencialização dos profissionais para a melhoria contínua e gestão do risco no contexto da utilização de medicamentos.

Do ponto de vista prático, o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especificamente na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória preocupa-se com a consciência cirúrgica, pelo que se revela fundamental ter um papel ativo na prevenção da ocorrência de incidentes de segurança e promoção de cuidados de qualidade. É da sua competência, conceber, implementar e avaliar planos de intervenção para responder às necessidades da pessoa e família/pessoa significativa alvo dos seus cuidados.

Transpondo isto para a realidade do contexto da prestação dos cuidados, é fundamental fomentar a inserção desta temática nos planos de formação em serviço em contexto perioperatório, apesar de concluir que nem sempre são necessárias implementar novas medidas corretivas, muitas vezes pode ser só necessário fazer-se cumprir as boas praticas existentes, ou mesmo lembrá-las de forma a quebrar o erro.

Os objetivos, metas e atividades do projeto de melhoria contínua desenvolvido contribuem significativamente para a prática clínica no âmbito da segurança dos cuidados, respondendo a diretrizes essenciais para a prevenção proativa do problema. As recomendações da DGS para a segurança do medicamento, em especial na identificação dos medicamentos LASA e de alto risco, refletem-se nas atividades descritas.

O sucesso da implementação dos projetos de melhoria está diretamente relacionado com o envolvimento de toda a equipa e com o apoio e incentivo dos elementos de gestão.

A promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória exige um esforço coordenado e persistente de todos os envolvidos, adotando uma abordagem sistemática, contínua e fomentadora de uma cultura de segurança. Essa abordagem deve ser fundamentada numa lógica não punitiva com vista na melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- American Institute of Medicine. (1999). To err is human: building a safer health system. 1-8. <https://nap.nationalacademies.org/resource/9728/To-Err-is-Human-1999--report-brief.pdf>.
- American Society of Anesthesiologists, Committee on Equipment and Facilities. (2020). Statement on Labeling of Pharmaceuticals for Use in Anesthesiology. <https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-labeling-of-pharmaceuticals-for-use-in-anesthesiology>.
- Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors contributing to perioperative medication errors: A systematic literature review. *AORN Journal*, 107(1), 91–107. <https://doi.org/10.1002/aorn.12005>.
- Cárcamo, A., Tourinho, F., & Alves, T. (2020). Risk factors in medication errors in a high-complexity Chilean public hospital. *Texto Contexto Enfermagem*, 29, 1-13. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2019-0241>.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020. *Diário da República 2.ª Série*, nº 28/2015 (10-02-2015).
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021) Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. *Diário da República 2.ª série*, Parte C nº 187, (24-09-2021) 96-103.
- Direção-Geral da Saúde, Divisão de Segurança do Doente, Departamento da Qualidade na Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar. (2015). Relatório segurança dos doentes: Avaliação da cultura nos hospitais. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>
- Furini, A., Nunes, A., & Dallora, M. (2018). Notificação de eventos adversos: caracterização dos eventos ocorridos em um complexo hospitalar. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40, 1-9. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180317>.
- Lei n.º 95/2019 de 4 de setembro (2019). Aprova a Lei de Bases da Saúde e revoga a Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, e o Decreto-Lei n.º 185/2002, de 20 de agosto. *Diário da República*, 1.ª série, n.º 169 (4-09-2019).
- Neto, A. V. L., Silva, F. A., Brito, G. M. O. L., Elias, T. M. N., Sena, B. A. C. & Oliveira, R. M. (2019). Análisis de las notificaciones de eventos adversos en un hospital privado. *Enfermería Global*, 18(3), 314–343. <https://doi.org/10.6018/eglobal.18.3.325571>.
- Norma 015/2012, Taxonomia para notificação de incidentes e eventos adversos Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (17/12/2012) 1-3 https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/Legislacao2012/Dezembro/Norma_015_2012.pdf
- Norma 020/2014, Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante. Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (30/12/2014) 1-8 https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf
- Norma 014/2015, Medicamentos de alerta máximo. Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (06/08/2015) 1-7 <https://static.sancoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegisum/Legislacao2015/A>

- [gosto/Norma_014_2015.pdf](#)
- Norma 05/2018, Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais, Direção-Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde. (20/02/2018) 1-5 https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- Ordem dos enfermeiros Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica, (2017) Padrões da Qualidade dos cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Organização Mundial de Saúde (2009). Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas. Direção Geral da Saúde.
- Patel, T. K., Patel, P. B., Bhalla, H. L., & Kishore, S. (2022). Drug-related deaths among inpatients: a meta-analysis. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 78(2), 267–278. <https://doi.org/10.1007/s00228-021-03214-w>
- Pepe, V. L. E. & Novaes, H. M. D. (2020) Sistema Nacional de Farmacovigilância no Brasil e em Portugal: semelhanças, diferenças e desafios. *Cadernos de saúde pública*, 36(7), 1-15, <https://doi.org/10.1590/0102-311X00043019>.
- Pereira, E. (2020). Semana da Segurança do Doente: Segurança na Utilização da Medicação. <https://www.chts.min-saude.pt/noticias/semana-da-seguranca-do-doente-seguranca-na-utilizacao-da-medicacao/>
- Ramos, S., Perdigão, P., & Oliveira, R. P. (2019) Erros relacionados aos medicamentos. In: P. Sousa, & W. Mendes (2nd ed. revista e ampliada). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. (pp. 161-188). Editora FIOCRUZ. https://doi.org/10.7476/9788575416419_0011.
- Regulamento n.º 190/2015 (2015). Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. *Diário da República 2.ª série*, n.º 79/2015 (23-04-2015) (10087 – 10090).
- Regulamento n.º 429/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. *Diário da República 2.ª série*, n.º 135 (16-07-2018) (19359-19370).
- Serviço de Documentação, Informação e Biblioteca. (2021). *Manual de Elaboração de Trabalhos Escritos*. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Uva, M.S., & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 132-137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>.
- Souza, N., Silva, V., Lopes, M., Diniz, C., & Ferreira, G. (2019). Avaliação da rotulagem com código de cores para identificação de medicamentos endovenosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(3):749-54. <https://www.scielo.br/j/reben/a/hmWBsT7LYvJ64MXm3mqP8jH/?lang=en>.
- World Health Organization (2007). Control of Concentrated Electrolyte Solutions. *Patient Safety Solutions*, 1(5). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution5-control-concentrated-electrolyte-solutions.pdf?sfvrsn=173723e0_6.
- World Health Organization (2007). Look-Alike, Sound-Alike Medication Names. *Patient Safety Solutions*, 1(1). https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/patient-safety-solutions/ps-solution1-look-alike-sound-alike-medication-names.pdf?sfvrsn=d4fb860b_8.

- World Health Organization (2017). Medication Without Harm. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1>.
- World Health Organization (2021). Global patient safety action plan 2021–2030: towards eliminating avoidable harm in health care. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>.

APÊNDICES




















APÊNDICE I
CRONOGRAMA DE ATIVIDADES


CRONOGRAMA DE ATIVIDADES









Atividades:	2023				2024		
	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	
Reunião com a Enfermeira Gestora, Enfermeira Coordenadora do BO da CCTTOT e com Enfermeiro Gestor de Risco do BO para propor uma otimização da identificação dos locais de armazenamento dos fármacos							
Elaboração das etiquetas de identificação de medicamentos consoante o <i>stock</i> existente nas salas operatórias e no local de armazenamento de fármacos atendendo às recomendações							
Validação das etiquetas de identificação dos medicamentos elaboradas.							
Implementação das etiquetas e uniformização da identificação da medicação							
Comunicação à equipa das alterações efetuadas							
Auditoria interna e comunicação dos resultados							
Redefinir as estratégias de atuação perante os resultados obtidos e <i>feedback</i> da equipa se aplicável.							








APÊNDICE II

ETIQUETAS DE IDENTIFICAÇÃO DE MEDICAMENTOS














FARMÁCIA			
 aDRENALina  1mg/ml • IV IM SC	 aTROPina  0,5mg/ml • IV IM SC	Ácido Tranexâmico 100mg/ml • IV 	 Glicose 30% 300mg/ml • IV PO 
 AmioDAROna  5mg/ml • IV 	Oxitetraciclina 5gr pomada	 Tramadol 50mg/ml • IV IM SC 	 CefAZOLINA 1gr • IV IM
 NORadrenalina  1mg/ml • IV 	 DIAzepam 5mg/ml • IV IM	Lidocaína 2% Gel	Salbutamol 1mg/ml • IV
 CefOXITINA 1gr • IV IM	Vitamina A Pomada	Metilprednisolona 125mg • IV IM	 CloroPROMAZina 25mg/ml • IV IM

Clemastina 1mg/ml • IV IM	Furosemida 10mg/ml • IV IM	Ácido Aminocapróico 250mg/ml • IV 	 Digoxina 0,25mg/ml • IV 
 DOPamina  40mg/ml • IV 	 Midazolam 5mg/ml • IV IM 	 AmiNOFILina 24mg/ml • IV 	Gluconato de Cálcio 100mg/ml • IV 
 geNTAMICina 40mg/ml • IV IM INAL	Acetilsalicilato de Lisina 900mg • IV IM	 Etomidato 2mg/ml • IV	Hidrocortisona 100mg • IV IM
Cetorolac 30mg/ml • IV IM	 PropRANOlol  1mg/ml • IV	Metilprednisolona 500mg • IV IM	Pantoprazol 40mg • IV
 aDENOSina  3mg/ml • IV	 Cetamina 50mg/ml • IV IM	 DexmedetOMIDINA  100 µg/ml • IV 	 EFEdrina  50mg/ml • IV IM SC 

 Sulfato de Magnésio 200mg/ml • IV IM 	Metilprednisolona 40mg • IV IM	Cloreto de Metiltionina 5mg/ml • IV PO 	 FEN ilefrina 10mg/ml • IV IM SC 
 DRO peridol 2,5mg/ml • IV IM	Metoclopramida 5mg/ml • IV IM	Metamizol de Magnésio  400mg/ml • IV IM	Vaselina Pomada
 NETI lcicina 50mg/ml • IV	Carbómero 3mg/g gel oftálmico	Gel lubrificante KY Bisnaga 5g	Soro Fisiológico 9mg/ml
Ondansetrom 2mg/ml • IV	Verapamilo 2,5mg/ml • IV	Parecoxib 40mg • IV IM	 NiFE dipina 5mg • PO SL

ARMAZENAMENTO REFRIGERADO			
 A tracúrio 10mg/ml • IV 	 CISA tracúrio 2mg/ml • IV  	 Rocurónio 10mg/ml • IV	 CISA tracúrio 5mg/ml • IV  
 Isoprenalina 0,2mg/ml • IV 	 Sux ametónio 50mg/ml • IV	 Desmopressina 0,004mg/ml • IV 	Dexametasona 4mg/ml • IV IM
Insulina 100U.l./ml • IV SC			

 Sugamadex 100mg/ml • IV	 Neostigmina 0,5mg/ml • IV IM SC	  Flumazenil 0,1mg/ml • IV 
 Naloxona 0,4mg/ml • IV IM SC	  Dinitrato de Isossorbido 1mg/ml • IV	  Milrinona 1mg/ml • IV

 Papaverina 30mg/ml • IV IM	 NitroGLICERINA  5mg/ml • IV 	 NitroPRUSSATO de Sódio  50mg • IV 
 Esmolol 10mg/ml • IV	 Labetalol 5mg/ml • IV	
 LIDOcaína 20mg/ml • IV SC 	 FENilefrina 50 µg/ml • IV IM SC 	





















Paracetamol 10mg/ml • IV		 ROpivacaína 75mg/ml • Epidural SC Perineural 
 Heparina Sódica 5000 U/ml • IV	 Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV	
 Cloreto de Potássio 75mg/ml • IV 	 DOBUTamina 12,5mg/ml • IV 	

Notificação de Incidentes de Segurança: Percepção dos Enfermeiros de Perioperatório

	Cloreto de Potássio 75mg/ml • IV		 Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV
 	PropOfol 10mg/ml • IV		 
	LIDOcaína 10mg/ml • IV SC		

	Cef TRIA XONA 1gr • IV IM	Vancomicina 500mg • IV IM	
Água para preparação de injetáveis		Água para preparação de injetáveis	
	Cloreto de Cálcio 10mg/ml • IV		Salbutamol 100 µg/dose • INAL

Sulfato de Protamina	Sulfato de Protamina
 10mg/ml • IV	 10mg/ml • IV
 NitroPRUSSIATO de Sódio  50mg • IV 	






















SALA A E B			
 aDRENALina  1mg/ml • IV IM SC	 aTROPina  0,5mg/ml • IV IM SC	Ácido Tranexâmico 100mg/ml • IV 	 Glicose 30% 300mg/ml • IV PO 
 AmioDAROna  5mg/ml • IV 	 Cloreto de Cálcio 10mg/ml • IV	 Heparina Sódica 5000 U/ml • IV	Água para preparação de injetáveis
 NORadrenalina  1mg/ml • IV 	 Cloreto de Potássio 75mg/ml • IV 	 Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV	Salbutamol 1mg/ml • IV
 Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV	Vancomicina 500mg • IV	Metilprednisolona 125mg • IV IM	 CloroPROMAZina 25mg/ml • IV IM



























Clemastina 1mg/ml • IV IM	Furosemida 10mg/ml • IV IM	STOP ! DOBUTamina 12,5mg/ml • IV	! Digoxina 0,25mg/ml • IV
STOP ! DOPamina 40mg/ml • IV	! Midazolam 5mg/ml • IV IM	STOP ! AmiNOFILina 24mg/ml • IV	STOP ! CefTRIAXONA 1gr • IV IM
STOP ! geNTAMICina 40mg/ml • IV IM	STOP ! LIDOcaína 20mg/ml • IV SC	! Etomidato 2mg/ml • IV	! Tiopental 500mg • IV
STOP ! PropOfol 10mg/ml • IV	STOP ! PropRANOLol 1mg/ml	Metilprednisolona 500mg • IV IM	Pantoprazol 40mg • IV
STOP ! NitroGLICERINA 5mg/ml • IV	! Papaverina 30mg/ml • IV IM	Sulfato de Protamina 10mg/ml • IV	
STOP ! NitroPRUSSIATO de Sódio 50mg • IV			














SALA C			
STOP ! aDRENALina 1mg/ml • IV IM SC	STOP ! aTROPina 0,5mg/ml • IV IM SC	Ácido Tranexâmico 100mg/ml • IV	Hidrocortisona 100mg • IV IM
STOP ! AmioDAROna 5mg/ml • IV	Cloreto de Cálcio 10mg/ml • IV	! Heparina Sódica 5000 U/ml • IV	Água para preparação de injetáveis
STOP ! NORadrenalina 1mg/ml • IV	! Cloreto de Potássio 75mg/ml • IV	Cetorolac 30mg/ml • IV IM	Paracetamol 10mg/ml • IV
! Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV	Metilprednisolona 125mg • IV	! Tramadol 50mg/ml • IV IM SC	! Tiopental 500mg • IV

Clemastina 1mg/ml • IV IM	Furosemida 10mg/ml • IV IM	STOP ! DOBUTamina 12,5mg/ml • IV	STOP AminOFILina 24mg/ml • IV
STOP ! DOPamina 40mg/ml • IV	! Midazolam 5mg/ml • IV IM		STOP CefTRIAXONA 1gr • IV IM
STOP ! DROperidol 2,5mg/ml • IV IM	STOP ! LIDOcaína 20mg/ml • IV SC	Metamizol de Magnésio 400mg/ml • IV IM	STOP ! EFEdrina 50mg/ml • IV IM SC
STOP ! PropOfol 10mg/ml • IV	Ondansetrom 2mg/ml • IV	Pantoprazol 40mg • IV	Parecoxib 40mg • IV IM
! Labetalol 5mg/ml • IV	! Neostigmina 0,5mg/ml • IV IM SC	! Sulfato de Protamina 10mg/ml • IV	

STOP ! ROPivacaína 75mg/ml • Epidural SC Perineural	STOP ! FENilefrina 50 µg/ml • IV IM SC
Gel lubrificante KY Bisnaga 5g	Salbutamol 100 µg/dose • INAL

SALA HÍBRIDA			
 aDRENALina  1mg/ml • IV IM SC	 aTROPina  0,5mg/ml • IV IM SC	Ácido Tranexâmico  100mg/ml • IV	Clemastina 1mg/ml • IV IM
 EFEdrina   50mg/ml • IV IM SC	 Cloreto de Cálcio 10mg/ml • IV	 Heparina Sódica 5000 U/ml • IV	Água para preparação de injetáveis
 NORadrenalina   1mg/ml • IV	 Cloreto de Potássio  75mg/ml • IV	 Bicarbonato de Sódio 84mg/ml • IV	Salbutamol 100 µg/dose • INAL
 DOPamina   40mg/ml • IV	 Digoxina  0,25mg/ml • IV	Metilprednisolona 125mg • IV IM	Hidrocortisona 100mg • IV

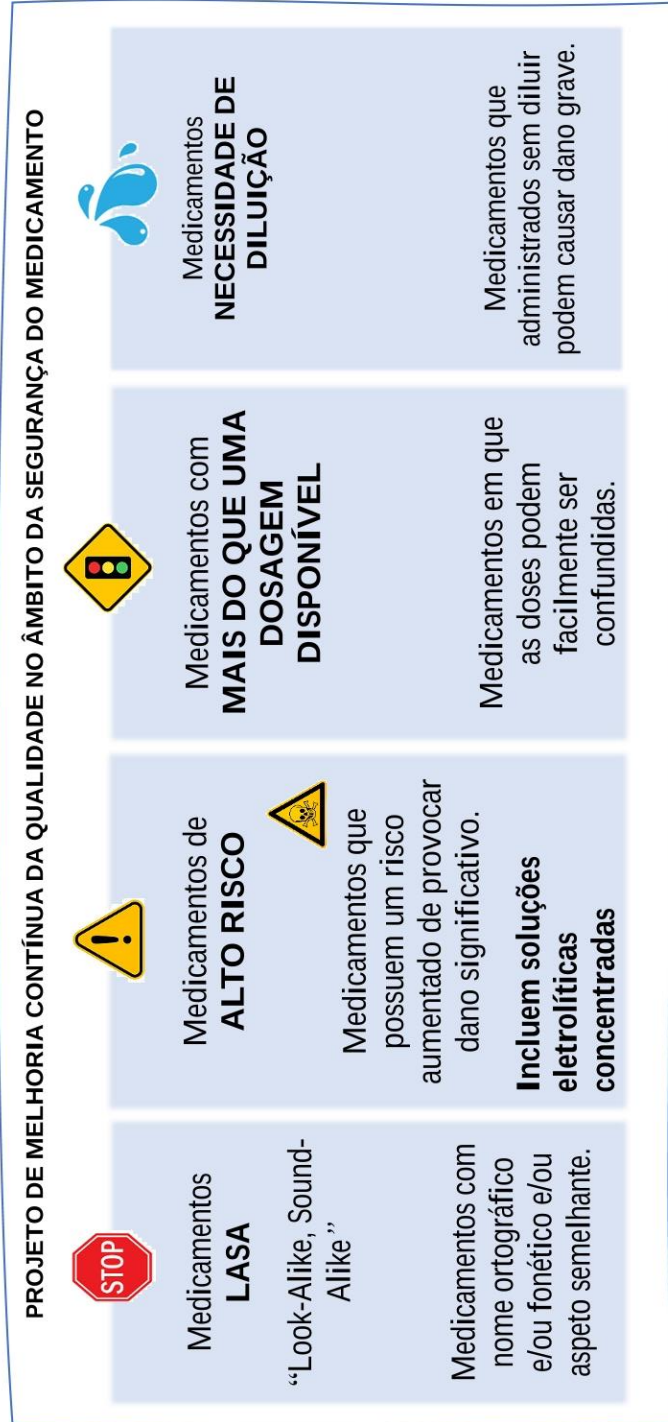
 DROperidol 2,5mg/ml • IV IM	Ondansetrom 2mg/ml • IV	Furosemida 10mg/ml • IV IM	 AmioDARona   5mg/ml • IV
Metoclopramida 5mg/ml • IV IM	 Midazolam  5mg/ml • IV IM	 Sulfato de Magnésio  200mg/ml • IV IM	 Glicose 30%  300mg/ml • IV PO
 PropOfol   10mg/ml • IV	 Etomidato 2mg/ml • IV	 Tiopental 500mg • IV	 DexmedetOMIDINA   100 µg/ml • IV
 CefaZOLINA 1gr • IV IM	 CefTRIAXONA 1gr • IV IM	 PropRANOLol  1mg/ml • IV	 DOBUTamina  12,5mg/ml • IV
 AmiNOFILina  24mg/ml • IV			

 NitroPRUSSIATO de Sódio 50mg • IV 	 NitroGLICERINA 5mg/ml • IV 	 Dinitrato de Isossorbido 1mg/ml • IV
Pantoprazol 40mg • IV	 Sulfato de Protamina 10mg/ml	Vancomicina 500mg • IV
Captopril 25mg • PO SL	AAS 100mg • PO SL	Dinitrato de Isossorbida 5mg • PO SL
Nitroglicerina 0,5mg • PO SL	 NIFEDipina 5mg • PO SL	Clopidogrel 75mg • PO
 LIDOcaína 20mg/ml • IV SC 	 FENilefrina 50 µg/ml • IV IM SC 	
Paracetamol 10mg/ml • IV	 ROpivacaína 75mg/ml • Epidural SC Perineural 	

APÊNDICE III

INTERPRETAÇÃO DOS SÍMBOLOS NA IDENTIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS

INTERPRETAÇÃO DOS SÍMBOLOS NA IDENTIFICAÇÃO DOS FÁRMACOS



APÊNDICE IV
INSTRUMENTO DE AUDITORIA

INSTRUMENTO DE AUDITORIA					
Objetivo: Otimizar a identificação do local de armazenamento de medicamentos no bloco operatório da CCTTOT					
Data:		Equipa de Auditora:			
Critérios		Sim	Não	N/A	Observações
Farmácia	Local de armazenamento dos fármacos com identificação de medicamentos de acordo com as recomendações planificadas para a segurança do medicamento.				
Sala Operatória A	Local de armazenamento dos fármacos com identificação de medicamentos de acordo com as recomendações planificadas para a segurança do medicamento.				
Sala Operatória B	Local de armazenamento dos fármacos com identificação de medicamentos de acordo com as recomendações planificadas para a segurança do medicamento.				
Sala Operatória C	Local de armazenamento dos fármacos com identificação de medicamentos de acordo com as recomendações planificadas para a segurança do medicamento.				
Sala Híbrida	Local de armazenamento dos fármacos com identificação de medicamentos de acordo com as recomendações planificadas para a segurança do medicamento.				
Equipa de Enfermagem	Os profissionais tiveram conhecimento da implementação das medidas de melhoria na identificação dos fármacos.				
	Demonstra conhecimento na interpretação da simbologia existente na identificação dos fármacos, nomeadamente: Medicamentos LASA.				
	Demonstra conhecimento na interpretação da simbologia existente na identificação dos fármacos, nomeadamente: Medicamentos de Alto Risco.				
	Demonstra conhecimento na interpretação da simbologia existente na identificação dos fármacos, nomeadamente: Medicamentos com				

Notificação de Incidentes de Segurança: Perceção dos Enfermeiros de Perioperatório

	mais que uma dosagem disponível.				
	Demonstra conhecimento na interpretação da simbologia existente na identificação dos fármacos, nomeadamente: Medicamentos com necessidade de diluição.				
	Os profissionais realizam formação na área da segurança do medicamento.				
Subtotal:		0	0	0	
ÍNDICE DE CONFORMIDADE					%

Aplicação de cada padrão: $X = \frac{n.^{\circ} \text{ total de respostas SIM}}{n.^{\circ} \text{ total de respostas}} \times 100$

**APÊNDICE VI: COMUNICAÇÃO LIVRE “CONTROLO E PREVENÇÃO DA
HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO
INTRAOPERATÓRIO”**

1^{as} JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA

16 e 17 Fevereiro
Auditório Principal

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

Autores: Bruna Almeida¹, Dilsa Bastos², Francisco Teixeira³ e Isabel Miranda⁴

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS de Coimbra.
²Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS da Região de Aveiro.
³Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeiro no BO de Cirurgia Cardioráscica da ULS de S. João.
⁴Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista no BO central da ULS de Gaia e Espinho e docente na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.





Sumário



INTRODUÇÃO

01

Hipotermia é definida como “*termorregulação comprometida: diminuição da capacidade para regular o termostato interno, temperatura corporal reduzida, pele fria, pálida e seca, tremores, preenchimento capilar lento, taquicardia, leitos ungueais cianosados, hipertensão e piloereção*”.

(CIPE, 2018, p.72)

Embora não seja consensual a maioria dos autores considera hipotermia quando a temperatura central é inferior a 36°C.

(AESOP, 2017; SPA, 2017)



PROBLEMA



Aproximadamente 60 a 90% das pessoas submetidas a cirurgia com duração superior a 60 minutos sofrem de hipotermia inadvertida.

(AESOP, 2017)

A **hipotermia inadvertida** consiste na diminuição não intencional da temperatura corporal da pessoa, sendo uma preocupação relevante no período intraoperatório.

Objetivo: Refletir sobre as práticas de controlo e prevenção da hipotermia inadvertida no adulto no período intraoperatório.



MATERIAL E MÉTODOS

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura.



Após a pesquisa foram encontrados **93 artigos**, após leitura título e resumo, foram sujeitos a análise de **5 artigos**.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

AUTOR	ANO	TÍTULO	TIPO DE ESTUDO
Almeida, T. E., Alves, É. L., Araújo, A. P., Lordelo, D. S., Silva, F. J., & Andrade, J. S.	2021	Caracterização clínica e mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para hipotermia no período intraoperatório.	Estudo quantitativo, de tipo descritivo, retrospectivo
Cunha, R. G., Guimarães, S. M., Schneider, D. S., & Bongiorno, G. T.	2020	Revisão Integrativa: Hipotermia não intencional com a incorporação de evidências na prática clínica.	Revisão integrativa da literatura
Mendes, M. A., Barros, N. K. R. O. & Carmo, T. G.	2021	Risco de hipotermia perioperatória: revisão integrativa	Revisão integrativa da literatura
Mota, A.S., Castilho, A. F. & Martins, M. M.	2021	Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros.	Estudo quantitativo, de tipo descritivo
Penaforte, H., Carla, S., Seara, L., Costa, M. J., & Mendes, A.	2019	Normotermia no perioperatório: perspectiva do enfermeiro.	Estudo qualitativo, de tipo exploratório, descritivo e transversal

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A hipotermia inadvertida é um tema importante e pertinente, associado à necessidade de prevenção de complicações, garantir a segurança e conforto da pessoa em situação perioperatória.

(Penaforte *et al.*, 2019)

Nos blocos operatórios portugueses verificou-se um elevado nível de implementação de medidas para manter a normotermia durante o período intraoperatório, mais concretamente 89,7%, revelando que os enfermeiros identificam a suscetibilidade da pessoa em situação perioperatória à hipotermia inadvertida e se esforçam por melhorar este indicador.

(Mota, Castilho & Martins, 2021)

Existe irregularidade na avaliação da temperatura corporal pelos enfermeiros, apesar do reconhecimento da importância da temática, e conclui ainda, que existe uma desvalorização dos sinais e sintomas de hipotermia por parte da equipa de enfermagem, traduzindo-se como uma fragilidade à qualidade dos cuidados.

(Penaforte *et al.*, 2019)



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os enfermeiros têm particular preocupação em medidas preventivas, ou seja, com intervenções que reduzem o agravamento do risco de hipotermia, contudo, essas intervenções não são individualizadas com base nos fatores de risco específicos da pessoa em situação perioperatória, isto é, não são diferentes de acordo com a idade, sexo, técnica anestésica ou tempo cirúrgico.

(Almeida *et al.*, 2021)

Os enfermeiros demonstram uma preocupação notável em relação à manutenção da normotermia, pois reconhecem a sua importância na prevenção de complicações significativas. Nomeadamente, o comprometimento cardíaco, o risco de instalação de hipotermia, a prevenção da infeção no local cirúrgico, risco hemorrágico e a preservação da homeostasia.

(Penaforte *et al.*, 2019)



RESULTADOS E DISCUSSÃO

Relativamente à monitorização da normotermia perioperatória, destacam-se as categorias: procedimentos usados na monitorização da normotermia, identificação de sinais e sintomas, reconhecimento de complicações e a utilização da escala de avaliação do conforto térmico. Observou-se a não utilização dessa escala como prática na manutenção da normotermia, contrariando as recomendações da AESOP (2017).

(Penaforte *et al.*, 2019)

É crucial aprimorar a utilização de mecanismos de aquecimento e adotar a monitorização intermitente da temperatura da pessoa em situação perioperatória para detetar precocemente a hipotermia. O pré-aquecimento de 15 minutos é mais eficaz do que períodos mais longos ou ausência de pré-aquecimento, especialmente antes da colocação do cateter epidural, prevenindo efetivamente a hipotermia em todos os pacientes analisados. É imperativo aumentar o conhecimento dos enfermeiros na identificação de fatores de risco para hipotermia, permitindo intervenções preventivas antes da instalação do quadro hipotérmico.

(Mendes *et al.*, 2021)

CONCLUSÃO

04

Os resultados obtidos através da análise dos documentos sublinham a importância das intervenções de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, atuando na prevenção de hipotermia e identificação de fatores de risco contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

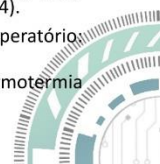
Verifica-se a importância da adoção de métodos de prevenção em conformidade com as normas, orientações, diretrizes e recomendações organizacionais nacionais e internacionais. A adoção de protocolos institucionais para a manutenção da normotermia desempenha um papel crucial nesse esforço.

Os enfermeiros são essenciais para promover
a eficiência e a qualidade dos cuidados.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, T. E., Alves, É. L., Araújo, A. P., Lordelo, D. S., Silva, F. J. & Andrade, J. S. (2021). Caracterização clínica e mapeamento cruzado das intervenções de enfermagem para hipotermia no período intraoperatório. *Texto e Contexto Enfermagem*, 30, p. 14.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2017). Práticas Recomendadas para Bloco Operatório. Prevenção e controlo da hipotermia perioperatória inadvertida. <http://www.ulsguarda.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/6/2018/02/Draft-Brochura-AESOP-PR-Hipotermia-Pantone-569.pdf>
- Cunha, R. G., Guimarães, S. M., Schneider, D. S. & Bongiorno, G. T. (2020). Revisão Integrativa: Hipotermia não intencional com a incorporação de evidências na prática clínica. *Aletheia*, 53(1), p. 16.
- Mendes, M. A., Barros, N. K. R. O. & Carmo, T. G. (2021). Risco de hipotermia perioperatória: Revisão integrativa. *Revista SOBECC, São Paulo*, 26(1), p.60-67.
- Mota, A. S., Castilho, A. F. & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6), p. 10.
- Norma 020/2015 de 11 de novembro (2022). "Feixe de Intervenções" para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. Direção Geral da Saúde, Departamento da Qualidade na Saúde (17/11/2022) (1-24).
- Penaforte, H., Carla, S., Seara, L., Costa, M. J. & Mendes, A. (2019). Normotermia no perioperatório: perspectiva do enfermeiro. *Revista de Investigação & Inovação em Saúde*, 2(1), pp. 7-17.
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. (2017). Recomendações da SPA para manutenção de normotermia no período perioperatório.



1^{as} JORNADAS
ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA
EM ONCOLOGIA
16
e
17
Fevereiro
Auditório Principal

CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO

Autores: Bruna Almeida¹, Dilsa Bastos², Francisco Teixeira³ e Isabel Miranda⁴

¹Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS de Coimbra.


²Mestranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS da Região de Aveiro.

³Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeiro no BO de Cirurgia Cardioráscica da ULS de S. João.

⁴Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista no BO central da ULS de Gaia e Espinho e docente na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.



**APÊNDICE VII: COMUNICAÇÃO LIVRE “DEBRIEFING DA EQUIPA EM
CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”**



1^{as} JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA **16 e 17 Fevereiro**
Auditério Principal

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

ESS+ Norte **Autores:** Francisco Teixeira, Bruna Almeida, Dilsa Bastos, Sara Meleiro, Isabel Miranda

REPUBLICA PORTUGUESA | SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE | 50^{os} anos IPO PORTO 2024 | IPO PORTO INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA EQUIPAMENTOS DE IMAGEM E CÍRCULO DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS | INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA EQUIPAMENTOS DE IMAGEM E CÍRCULO DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS | INSTITUTO PORTUGUÊS DE ONCOLOGIA EQUIPAMENTOS DE IMAGEM E CÍRCULO DE CUIDADOS ONCOLÓGICOS



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

INTRODUÇÃO

- ✓ A prática de enfermagem em contexto perioperatório está diretamente ligada ao trabalho em equipa multidisciplinar, de modo a fornecer assistência de alta qualidade ao paciente (Carpini & Flemming, 2020).

O enfermeiro perioperatório

- ✓ Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória;
- ✓ Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional;
- ✓ Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.

(Regulamento de Competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2017)



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

INTRODUÇÃO

- ✓ A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, tendo particular importância os momentos de transição de cuidados, de transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais (Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026).

“As falhas na comunicação são as principais causas de eventos adversos na saúde, a nível internacional. A evidência indica que até 70% destes eventos, ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do doente.”

(DGS, 2017, p.5)

3

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

INTRODUÇÃO



“Debriefing” ↔ Reflexão sobre a ação

Questões: O que queríamos fazer?; O que foi feito?; Porque ocorreu desta forma?; O que faremos da próxima vez?

A utilização de modelos de debriefing como instrumento de comunicação pode:

- ✓ Ser promissor para a reflexão em equipa dos eventos críticos em cirurgia;
- ✓ Promover uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente (Skegg et al., 2023).

4



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

OBJETIVO

Refletir sobre a importância de práticas de *debriefing* da equipa em contexto perioperatório

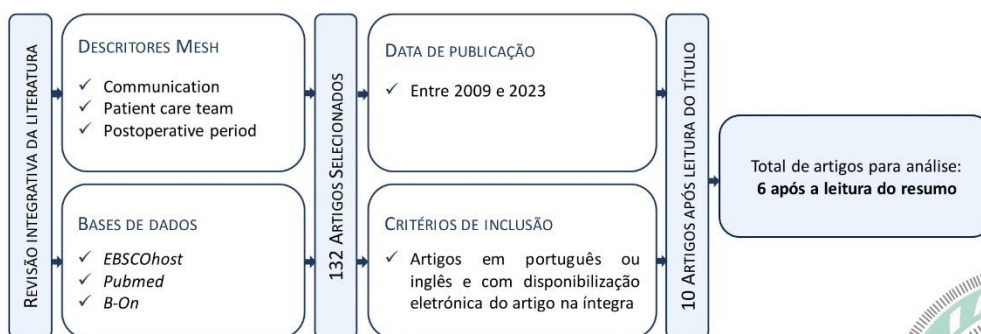


5



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

METODOLOGIA



6



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

RESULTADOS

REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING

Quando?

Idealmente, no imediato após a cirurgia e que inclua toda a equipa cirúrgica (Bourget-Murray et al., 2022).

O que discutir?

Questões relacionadas com a segurança do doente, potenciais falhas nos equipamentos e na comunicação (Bourget-Murray et al., 2022).

7



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

RESULTADOS

REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING

Objetivo?

Melhorar:

- ✓ A cultura de segurança e aprendizagem partilhada com a equipa (Bourget-Murray et al., 2022);
- ✓ O trabalho em equipa e promover a segurança do doente (Skegg et al., 2023);
- ✓ A qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do trabalho multidisciplinar (Skegg et al., 2023);
- ✓ O desempenho da equipa (Carpini & Flemming, 2020).

O que é necessário?

Uma liderança eficaz que incentive a ultrapassar as barreiras à utilização deste método (Skegg et al., 2023).

8



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

RESULTADOS

REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING



Vantagens

- ✓ **Momento de aprendizagem** e de **oportunidade** para **encontrar soluções para os erros evitáveis** (Bourget-Murray et al., 2022);
- ✓ **Envolvimento da liderança**, melhor cultura de segurança e melhoria contínua para o sucesso (Bourget-Murray et al., 2022);
- ✓ **Melhorar comportamentos** e tornar mais eficazes perante situações de “erro”: com uma **cultura livre de culpa, aprendizagem partilhada e aberta** (Bourget-Murray et al., 2022);
- ✓ Pode melhorar o trabalho em equipa (Skegg et al., 2023), (Alexandrino et al., 2020) e (Carpini & Flemming, 2020);
- ✓ **Aprender com a experiência** de outros (Skegg et al., 2023);
- ✓ Método mais promissor para **acelerar a aprendizagem** (Carpini & Flemming, 2020);
- ✓ Deve ser um **momento de toda a equipa**, com **todos a participar** para **melhorar a forma como trabalhamos** (Carpini & Flemming, 2020).

9

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

RESULTADOS

REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING



Desvantagens

- ✓ **Visto como interrogatório** ou como tentar apanhar um culpado (Bourget-Murray et al., 2022);
- ✓ Difícil de praticar no ambiente da sala de cirurgia (Skegg et al., 2023);
- ✓ A **cultura da hierarquia** e a **cultura do rankismo**, que é o “**abuso de poder associado à posição**” (Skegg et al., 2023);
- ✓ Realizar um **bom debriefing** nem sempre é fácil. **É preciso prática** para acertar (Carpini & Flemming, 2020);
- ✓ **Debriefing não é feedback**, onde uma pessoa critica o comportamento da outra ou do resto da equipa (Carpini & Flemming, 2020);
- ✓ **Apontar falhas e atribuir culpas** para os indivíduos, **contraria o requisito essencial do desenvolvimento e prejudica a segurança psicológica dos participantes** (Carpini & Flemming, 2020).

10

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

DISCUSSÃO

- ✓ Apesar da **utilização do debriefing não estar implementado** de forma consistente, tal como defende *Bourget-Murray et al.* (2022), a utilização de atributos facilitadores tais como, a **experiência, o ambiente, a educação, a avaliação e o controlo das emoções**, descritas por *Toews, Martin & Chernomas* (2021), **demonstram serem eficazes** para uma **experiência holística, interprofissional e colaborativa entre a equipa**, o que promove uma revisão estruturada dos eventos críticos.
- ✓ Embora uma **liderança efetiva incentive a ultrapassar as dificuldades de aprendizagem da equipa**, ainda **existem desafios apontados ao uso de momentos de debriefing**, pelo receio de **culpabilização**, associado ao **abuso de poder hierárquico** (Skegg et al., 2023). De acordo com *Alexandrino et al.* (2020) a **utilização de debriefing é extremamente útil**, onde a liderança tem um papel fulcral no contornar das barreiras limitadoras, incentivando a equipa a encontrar **soluções para os erros evitáveis**, promovendo a melhoria contínua para o sucesso do trabalho em equipa e segurança dos cuidados prestados.

11



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

CONCLUSÃO

- ✓ A prática de **debriefing** em contexto perioperatório é de extrema importância e utilidade para a melhoria contínua dos cuidados prestados ao doente, quando bem orientada e aplicada na equipa multidisciplinar.
- ✓ Ainda existe ceticismo relativo à implementação de modelos de **debriefing**, no entanto é descrito como um **momento importante de reflexão em equipa**.
- ✓ A literatura nesta área é escassa e é necessário **mais investigação de forma a poder ser implementado como projeto de melhoria nos diferentes contextos de perioperatório**.



REALIZAÇÃO DO DEBRIEFING



12





DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alexandrino, H., Baptista, S., Vale, L., Júnior, J. H. Z., Espada, P. C., Junior, D. S., Vane, L. A., Carvalho, V. H., Marcelo, L., Madeira, F., Duarte, R., Ferreira, L., Pereira, J., Pinheiro, L. F., Fraga, G. P., & Mesquita, C. (2020). Improving Intraoperative Communication in Trauma: The Educational Effect of the Joint DSTC™-DATC™ Courses. *World journal of surgery*, 44(6), 1856–1862. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05421-5>
- ✓ Bourget-Murray, J., Page, P., & Penn-Barwell, J. (2022). What's Important: Postoperative Debriefings and Surgical Team Communication. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 104(2), 201–202. <https://doi.org/10.2106/JBJS.21.00252>
- ✓ Carpini, J. A., & Flemming, A. S. (2020). An exploratory study of debriefing practices in the West Australian perioperative context. *Day Surgery Australia*, 19(1), 2-8.
- ✓ Despacho nº9390/2021, de 24 de Setembro (2021). Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2021-2026.
- ✓ DGS (2017). Norma 001/2017 - "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde". INC - Internacional Council of Nurses. (2010). INCP – Version 2 – International Classification for Nursing Practice.
- ✓ Skegg, E., McElroy, C., Mudgway, M., & Hamill, J. (2023). Debriefing to improve interprofessional teamwork in the operating room: A systematic review. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 55(6), 1179–1188. <https://doi.org/10.1111/jnu.12924>
- ✓ Toews, A. J., Martin, D. E., & Chernomas, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1491–1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15636>

13



DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR



ESS+ Norte

Obrigado pela vossa atenção!

Francisco Teixeira
Email: francisco.jqrt@gmail.com

14



**APÊNDICE VIII: POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTE, QUE
CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”**

1^{as} JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA

16^e17
Fevereiro
Auditoria Principal



1 Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na ESS+ (Núcleo de Formação em Enfermagem em Oncologia)
2 Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na ESS+ (Núcleo de Formação em Enfermagem em Oncologia)
3 Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória na ESS+ (Núcleo de Formação em Enfermagem em Oncologia)
4 Docente na ESS+ (Núcleo de Formação em Enfermagem em Oncologia), Enfermeira Especialista, no BO (palestrante de Unidades Locais de Saúde de Clus e Espinho).

STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS?

Autores: Dilsa Bastos¹; Bruna Almeida²; Francisco Teixeira³ e Isabel Miranda⁴

INTRODUÇÃO

O stress ocupacional pode colocar em perigo a saúde física e mental dos enfermeiros, diminuir a eficiência do trabalho e o risco de deixar de prestar cuidados de enfermagem adequados, o que, por sua vez, tem um impacto negativo direto na segurança das pessoas (Babapour et al., 2022).

O Bloco Operatório (BO) é um contexto de prestação de cuidados de enfermagem desafiante e exigente com alta especificidade e complexidade ambiental e tecnológica. A segurança da pessoa em situação perioperatória e a qualidade dos cuidados deve ser uma preocupação constante e a possibilidade do stress vivenciado pelos enfermeiros perioperatórios ter impacto na qualidade dos cuidados e na sua própria saúde foi o ponto de partida para este estudo.

Esta temática alinha-se com a primeira das 4 áreas prioritárias de investigação estabelecidas pela *European Nursing Research Foundation (ENRF)* no seu Plano Estratégico e Operacional de Investigação para o período 2021-2024 "Positive practice environments for professional nursing" (ENRF, s.d.).

METODOLOGIA

Bases de Dados

123 artigos

↓

43 artigos

↓

5 artigos

↓

Total de estudos para análise: 6 artigos + 1 dissertação de mestrado

Descritores DeCS/MeCH

Occupational stress
AND
Operating room
AND
Nurses

Revisão Integrativa da Literatura

1 Pesquisa CINAHL® Complete e MEDLINE via EBSCOhost

2 Data de publicação entre 2019-2023

3 Seleção após análise do título e do resumo (considerando os critérios de inclusão, artigos disponíveis na íntegra e realizados só com enfermeiros perioperatórios)

4 Foi encontrada, através do Google Académico, com pesquisa no mesmo intervalo temporal, uma dissertação de mestrado com relevância para o tema que consideramos para análise.

OBJETIVO

Identificar os principais fatores desencadeantes do stress ocupacional nos enfermeiros perioperatórios, as suas consequências e os desafios para a liderança que emergem desta temática.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Autor	Ano	Título
1 Akansel et al.	2019	Association of Organisational Stress with Fatigue in Operating Room Nurses
2 Antunes	2020	O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório
3 Lee et al.	2022	Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea.
4 Wang et al.	2022	Work-related potential traumatic events and job burnout among operating room nurses: Independent effect, cumulative risk, and latent class approaches
5 Huang et al.	2023	Subjective well-being level of operating room nurses and associations with job burnout and scientific research stressors.
6 Wei et al.	2023	Mental health and job stress of nurses in surgical system: what should we care.

Fatores desencadeantes

- Trabalhar horas extra/carga de trabalho^{1, 2, 6}
- Exigência e pressão do trabalho^{1, 6}
- Falta de períodos de descanso¹
- Ambiente de trabalho^{1, 6}
- Relações interpessoais complexas⁶
- Conflitos com equipa médica/superior hierárquico⁵
- Falta de recursos humanos e materiais^{1, 2, 6}
- Eventos traumáticos (ex.: morte da pessoa em situação perioperatória)^{2, 4}
- Baixa resiliência e baixa competência de comunicação²
- Falta de preparação para apoiar a família da pessoa em situação perioperatória nas suas necessidades emocionais²
- Falta de oportunidade para falar abertamente com outros membros da equipa acerca dos problemas do serviço²
- Salários e benefícios baixos

Consequências

- Fadiga¹
- Alterações do sono⁶
- Alteração de humor⁵
- Diminuição da motivação¹
- Diminuição da saúde mental e da satisfação e qualidade de vida^{5, 6}
- Esgotamento profissional^{5, 6}
- Atitude de indiferença para com as pessoas em situação perioperatória⁵
- Impacto nas capacidades afetivas, sensoriais e cognitivas¹
- Impacto na segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória^{1, 5, 6}

Desafios para a liderança

- Melhorar o ambiente e condições de trabalho^{2, 3, 5}
- Implementar programas que promovam a competência comunicacional e a resiliência^{2, 3}
- Intervenção psicológica personalizada⁵
- Formação no âmbito da gestão do stress^{2, 6}
- Aconselhamento e apoio qualificado para a gestão de eventos traumáticos⁴
- Formação e protocolos de atuação²
- Mais recursos humanos para evitar sobrecarga de horário^{2, 5}
- Mais recursos para a prática de cuidados²
- Condições que garantam o sono e a nutrição dos enfermeiros¹
- Otimizar a organização do espaço físico do BO²
- Integração adequada dos enfermeiros e das especialidades da sua preferência²
- Organizar o horário de trabalho de forma razoável e flexível⁶
- Otimizar a distribuição salarial/adotar um sistema de avaliação justo⁸

Os resultados oferecem *insights* valiosos para compreender a complexidade da problemática em estudo e revelam um panorama abrangente dos desafios que se impõem. Com a sua análise identificamos categorias-chave dos fatores desencadeantes do stress ocupacional nos enfermeiros perioperatórios e as consequências na sua saúde com consequente impacto nos cuidados prestados. Desta realidade emerge a necessidade de abordar as causas subjacentes e de implementar estratégias preventivas e de promoção de um ambiente de trabalho mais saudável e seguro por parte da liderança. Percebemos que esta problemática não é apenas uma questão individual, mas uma preocupação institucional.

CONCLUSÃO

Os enfermeiros perioperatórios estão sujeitos a diversos fatores que desencadeiam stress ocupacional, nomeadamente no âmbito da complexidade e exigência de trabalho, da gestão de relações interpessoais, da gestão de emoções, da necessária aquisição de conhecimentos/competências e de questões organizacionais. Consequentemente, o stress ocupacional leva a alterações com impacto nas suas capacidades afetivas, sensoriais e cognitivas e, por sua vez, na segurança da prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória. Os enfermeiros gestores e as organizações têm o papel fundamental de atuar como líderes no desenvolvimento e implementação de medidas preventivas desta problemática. Consideramos pertinente para o futuro a realização de estudos que avaliem as consequências do stress ocupacional dos enfermeiros na segurança da pessoa em situação perioperatória e que avaliem a eficácia da aplicação de medidas preventivas.

REF. BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE IX: GUIÃO DA ENTREVISTA



**GUIÃO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA:
"NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA: PERCEÇÃO DO ENFERMEIRO DE
PERIOPERATÓRIO"**

Questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros de perioperatório na notificação de incidentes de segurança?

INTRODUÇÃO	
Informações ao participante	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Cumprimentar o entrevistado e explicar o propósito e os objetivos do trabalho de investigação. ➤ Garantir o anonimato e a confidencialidade das respostas. ➤ Pedir autorização e consentimento informado para a gravação integral da entrevista. ➤ Assinar o consentimento informado, livre e esclarecido e salientar que a participação na entrevista é voluntária e que o entrevistado pode recusar responder a qualquer pergunta.
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	
Idade:	
Género:	<input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro
Formação académica	<input type="checkbox"/> Licenciatura em enfermagem <input type="checkbox"/> Pós-Graduação: _____ <input type="checkbox"/> Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) <input type="checkbox"/> Especialidade em EMC área de especialização em Enfermagem Perioperatória <input type="checkbox"/> Mestrado: _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento: _____ <input type="checkbox"/> Outra: _____
Tempo de exercício profissional	
Tempo de exercício profissional em contexto de bloco operatório:	
Funções de enfermagem que desempenha no bloco operatório:	<input type="checkbox"/> Enfermeira/o de anestesia <input type="checkbox"/> Enfermeira/o circulante <input type="checkbox"/> Enfermeira/o instrumentista <input type="checkbox"/> Enfermeira/o UCPA



Funções específicas que desempenha enquanto elos de ligação:	<input type="checkbox"/> Formação <input type="checkbox"/> PPCIRA <input type="checkbox"/> Risco/Segurança <input type="checkbox"/> Qualidade <input type="checkbox"/> Outro, qual? _____
Hospital polivalente/médico-cirúrgico onde trabalha:	<input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sul
OBJETIVOS ESPECÍFICOS	QUESTÕES
Compreender a cultura de segurança no perioperatório	<ol style="list-style-type: none"> 1. Como descreveria a cultura de segurança no ambiente perioperatório onde exerce funções? 2. Na sua opinião, quais são os elementos-chave que contribuem para a promoção da segurança no bloco operatório? 3. Como é que a equipa de enfermagem faz a gestão dos erros e incidentes de segurança? 4. Durante o seu percurso profissional em contexto de bloco operatório já notificou incidentes de segurança? 5. Se sim, quantos notificou no último mês? último ano? últimos 5 anos? 6. Se não, quais foram os motivos que o levaram a não notificar? 7. As notificações que fez foram no NOTIFICA, pessoalmente a superiores hierárquicos, em sistema de notificação institucional ou outros? 8. Recebeu <i>feedback</i> de alguma das notificações realizadas? 9. Se sim, foram implementadas medidas de melhoria para minimizar a ocorrência do erro novamente?
Identificar os fatores que influenciam os enfermeiros de perioperatório a notificar ou não notificar incidentes de segurança	<ol style="list-style-type: none"> 1. Quais são, na sua perspetiva, os principais fatores que influenciam os enfermeiros a notificar incidentes de segurança? 2. Quais são, na sua perspetiva, os principais fatores que influenciam os enfermeiros a não notificar incidentes de segurança? 3. Como é que as políticas organizacionais influenciam a sua decisão de notificar ou não incidentes?
Identificar quais são as categorias de incidentes de segurança mais notificadas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conhece as diferentes tipologias de incidentes de segurança? 2. Pode identificar algumas categorias específicas de incidentes de segurança? 3. Das categorias que conhece quais são as mais frequentemente notificadas no seu contexto de trabalho? 4. No que diz respeito à frequência de notificação, no seu dia-a-dia qual dos eventos seguintes notifica com mais frequência: eventos adversos, eventos sem dano ou quase eventos?
Analisar a interferência da notificação/subnotificação na	<ol style="list-style-type: none"> 1. Na sua opinião, a notificação de incidentes influencia ou não a segurança da pessoa em situação perioperatória? E justifique.



qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória	2. De que modo a notificação ou não de incidentes de segurança interfere na qualidade dos cuidados prestados?
CONCLUSÃO	
<ul style="list-style-type: none">➤ Há algum tópico adicional que eu não tenha abordado até agora que considere pertinente para o tema em estudo?➤ Agradecer pela participação e disponibilidade.	

APÊNDICE X: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS

Categories	Subcategorias	Unidade de registo	Frequência
Cultura de Segurança	Descrição e Definição	Cultura de segurança é uma expressão que está [...] enraizada nas instituições [...] vem do Ministério da Saúde, transparece para as organizações. Nem sempre se traduz numa verdadeira cultura efetiva [...] a cultura de segurança ainda não foi atingida.	E1
		A cultura de segurança implica uma série de medidas, uma série de processos, de métodos, que estão devidamente padronizados, estão escritos, são consultáveis [...] eu penso que não existe verdadeiramente uma cultura de segurança, porque não existe o envolvimento de todos.	E1
		[...] é a comunhão de atitudes, valores, dos comportamentos de uma determinada equipa ou organização.	E2
		[...] o conjunto de conhecimentos ou comportamentos que os profissionais têm para promover a segurança do doente e prevenir a falta de segurança.	E3
		[...] a cultura de segurança acaba por estar presente, mas o que acontece é que nem todos depois notificam os erros mais comuns ou acidentes que acontecem.	E4
		[...] a cultura de segurança no nosso serviço [...] está um bocado aquém dos padrões.	E6
		É algo muito importante, mas que precisa de maior divulgação e de maior informação.	P1
		[...] temos até uma cultura bastante boa, naquilo que são os princípios que estão designados pelo Sistema Nacional de Saúde.	P2
		[...] agora temos um maior cuidado no caso da identificação dos doentes [...] no sentido de evitar o erro e de conferir uma maior segurança	P4
		Não sei descrevê-la.	P5
	Promoção de Segurança	[...] a comunicação e o envolvimento de todos.	E1
		[...] detetar o erro na prestação dos cuidados, se o detetarmos, se falarmos sobre ele, podemos criar uma educação contínua.	E2
		[...] temos de ser responsáveis por aquilo que fazemos.	E3, E5

Cultura de Segurança	[...] haver alguém [...] que se preocupasse em fazer formação.	E3, E4, E6, P1, P2, P3, P5, P6
	[...] através da cirurgia segura.	E4
	[...] a prevenção é a chave de tudo.	E5
	[...] comunicação [...]	P1, P3
	[...] sensibilização dos profissionais para essa notificação [...]	P2, P5
	[...] identificação doente [e] seguir normas e essas normas são baseadas em evidência científica.	P4
	[...] existência de protocolos para lidar com o erro.	P4
	Gestão de Erros e Incidentes	
	Não faz [a gestão de erros].	E1, E2
	[...] não estamos a notificar [...] acho que estamos a escondê-lo [...]	E2, E5, P5
	Tenta evitá-los quando eles existem.	E3
	[...] há pessoas que notificam, mas são poucas.	E4, E5
	[...] não sei [...] no meu contexto são coisas que raramente são abordadas.	P1
	[...] tudo de uma forma muito informal.	P2
	[...] falam diretamente com as chefias.	P3
	[...] acho que falta um bocado de transparência.	P4
	Se [for] um incidente mais grave e que haja muita gente envolvida, ninguém se cala.	P5
	[...] comunicamos aos nossos superiores hierárquicos [...]	P6
	Subnotificação	
	Se não notificamos, não aprendemos, se não aprendemos cometemos os mesmos erros [...]	E1
	[...] há sempre um medo, uma vergonha, uma culpa [...] ninguém quer estar ligado a um erro ou evento adverso na saúde, muito menos nos que causam dano.	E2, E4, P6
Tenta-se resolver ou tenta-se encobrir um pouco a questão do erro ou dos eventos adversos.	E4, E5, E6	
[...] a maior parte [...] não sabe como se faz a notificação, não têm conhecimento de como fazer [...]	E5	
A notificação não está divulgada [...] falta informação e formação.	E6, P3, P5	
[...] falta um bocado de transparência [...] devia ser uma coisa que já estivesse protocolada.	P4	

		[...]se tiveres uma instituição que promova a represália ou que julgue o profissional, ele pode retrair-se.	P6
Notificação de Incidentes	Fatores Influenciadores Positivos	[...] quando se notifica é porque se acredita numa perspetiva de aprendizagem com o erro e que isso irá levar uma melhoria da qualidade.	E2
		[...] perspetiva de melhoria.	E2, E3, E4, P1, P5
		[...] os que notificam é numa forma de se defenderem.	E6
		Responsabilidade profissional [...].	P1
		[...] a qualidade e prevenção de erros.	P2
		[...] a segurança do doente.	P4
	Fatores Influenciadores Negativos	[...] o desconhecimento.	E1, E2, E5, E6, P5
		A cultura de segurança não estar enraizada na instituição.	E2, P5
		[...] pelo medo, pela culpa, pela vergonha, também pela falta de tempo [...] medo de represálias.	E2, E3, E4, E5, E6, P1, P2, P3, P4, P5, P6
		[...] não dar valor ao erro.	E4
		[...] devido à desmotivação.	E5
		As plataformas existentes não são <i>friendly</i> , não são amigáveis.	P1
	Medidas de Melhoria	A plataforma NOTIFICA é uma ferramenta de melhoria [...] era mandatário [...] ser devidamente divulgada.	E1,
		[...] sessões de formação.	E1, E3, E4, E5, E6
		Podíamos ter várias <i>checklists</i> de operacionalização, de procedimentos, de equipamentos, de rotinas.	E6
[Deveria haver] uma política de liderança.		P5	

Notificação de Incidentes	Políticas Organizacionais	[...] na questão da culpabilização [...] as políticas institucionais são fundamentais.	E1
		[...] mas que nos incentivam à notificação.	E2
		[...] se os profissionais vissem que ao notificar que havia uma melhoria [...]	E3
		[...] uma equipa é motivada por um chefe para notificar, dar mais abertura e confiança para que as pessoas o façam.	E4, E5, E6, P3
		Não me influenciam.	P1
	Sistemas de Notificação	A implementação das plataformas [...] na instituição.	P2, P5
		[...] plataforma NOTIFICA.	E1, E2, E4, E5, P6
		[...] no sistema de notificação institucional.	E2
		[Informar] os superiores hierárquicos sempre que necessário.	E3, E4, P2
		[...] agora até no [RISI-] HER+.	E4, P1
Conhecimento	Classificação de Incidentes	[...] eventos adversos, eventos sem dano, <i>near-miss</i> e eventos sentinela.	E1, P1, P2
		Os eventos adversos com ou sem dano.	E2
		Não conheço muito bem as diferenças entre eles.	E4, E6, P3, P4, P5, P6
	Tipologia de Incidentes	Quedas [...]	E1, E4, E5, E6, P4, P6
		[...] violência sobre a pessoa em situação perioperatória [...]	E1
		[...] pressão psicológica [...]	E1
		[...] as úlceras por pressão [...]	E1, E4, E5, E6, P6
		A retenção inadvertida de instrumentos ou de compressas.	E2
		A medicação, que é uma grande área de erro, a medicação <i>Look-alike</i> , <i>sound-alike</i> e o <i>Tall Man Letters</i> , e a confirmação de quem prepara e quem administra.	E2, E5, E6, P1, P4, P5, P6

Conhecimento	A identificação do doente [...]	E2, E4, E6, P2, P6
	[...] problema de comunicação [...]	E2
	O consentimento informado.	E2
	[...] úlcera da córnea [...]	E4
	[...] perdas de sangue.	E4
	[...] infeções associadas aos cuidados de saúde [...]	E5
	Erros de dispositivos [...]	P1, P4
	Não sei.	P3
	Trocas em termos de identificação de hemoderivados.	P4, P6
	Esterilização [...] segurança do doente em termos de transporte [...] a nível da ferida, a nível de pensos.	P5
	operar o local errado [...] Queimaduras.	P6
Interferência da Notificação	Interfere, porque não há uma aprendizagem a partir do erro. Quando se identifica que foi cometido o erro, é sempre possível introduzir estratégias de melhoria [...]	E1
	a segurança do doente é uma prioridade e melhorar a cultura de segurança é fundamental. Leva à mudança.	E2
	São prestados melhores cuidados [...]	E3, E4, E5, E6, P1, P2, P4, P6

APÊNDICE XI: GUIA DO PARTICIPANTE

GUIA PARA O PARTICIPANTE:

Título do estudo: Notificação de Incidentes de Segurança: Percepção do Enfermeiro de Perioperatório

Objetivo da investigação: Compreender a percepção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança.

Explicação do estudo: Este estudo é misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, aproximando-se a um estudo do tipo descritivo, transversal, fenomenológico, com recurso à análise de conteúdo dos resultados obtidos através de uma entrevista semiestruturada, efetuada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Peritos na área de perioperatório a exercer funções num bloco operatório há pelo menos dez anos.

As entrevistas serão gravadas em suporte de áudio quando realizadas presencialmente (num local à escolha do participante) e em suporte de áudio e vídeo, quando realizada entrevista não-presencial através de meios digitais (via aplicação Zoom ou Teams, ou WhatsApp) de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes, após o consentimento do participante por escrito.

Cada participante será denominado com a letras E (de E1 a E6), no caso dos enfermeiros especialistas e com a letra P (de P1 a P6), no caso dos enfermeiros peritos, e numerados de um a seis, em ambos os grupos de participantes, garantindo o anonimato e confidencialidade das respostas dadas. Posteriormente serão integralmente transcritas contendo todos os elementos apresentados nas respostas e conservadas pelo prazo mínimo de cinco anos.

APÊNDICE XII: CONSENTIMENTO INFORMADO



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²**

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Notificação de Incidentes de Segurança: Percepção do Enfermeiro de Perioperatório

Enquadramento: As consequências e impacto que os incidentes de segurança têm nos cuidados de saúde são atualmente foco de preocupação das políticas de saúde mundiais. A notificação destes eventos visa primordialmente prevenir futuras ocorrências, promover a qualidade dos cuidados e a segurança do doente. Portanto, urge responder à questão de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros de perioperatório na notificação de incidentes de segurança e como isso afeta a pessoa em situação perioperatória?

Explicação do estudo: Este estudo é misto, com abordagem qualitativa e quantitativa, aproximando-se a um estudo do tipo descritivo, transversal, fenomenológico, com recurso à análise de conteúdo dos resultados obtidos através de uma entrevista semiestruturada, efetuada a Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Peritos na área de perioperatório a exercer funções num bloco operatório há pelo menos dez anos e tem como objetivo compreender a percepção dos enfermeiros de perioperatório relativamente à notificação de incidentes de segurança .

As entrevistas serão gravadas em suporte de áudio quando realizadas presencialmente e em suporte de vídeo, quando realizada entrevista não-presencial, após o consentimento do participante por escrito. Serão integralmente transcritas contendo todos os elementos apresentados nas respostas e conservadas pelo prazo mínimo de cinco anos.

É expectável perceber se existe diferença na cultura de notificação de incidentes de segurança entre Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica e Enfermeiros Peritos em perioperatório; e perceber se a cultura organizacional influencia a notificação de incidentes de segurança.

Os benefícios da investigação passam pelo despertar de consciência dos participantes, percecionando quais os fatores limitativos à notificação de incidentes de segurança e consequentemente contribuir para a melhoria da cultura de segurança perioperatória.

Não são expectáveis danos, quer físico, quer emocionais para os participantes. Não existindo lugar para qualquer conflito de interesses da parte de investigador ou participantes.

A sua participação é inteiramente voluntária, sendo livre de se retirar a qualquer momento sem que daí advenha prejuízo.

Condições e financiamento:

Não se preveem custos para o participante nem está prevista nenhuma candidatura a financiamento ou apoio externo, ficando assim todos os custos associados a cargo do investigador.

¹ http://portal.arante.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSHome/Comiss%C3%A3o%20de%20C%93%89ca/Ficheiros/Declara%20de%20Hel%20sinquia_2008.pdf

² <http://dre.pt/pdf/1/di/2001/01/002A00000140036.pdf>





Confidencialidade e anonimato:

A investigadora assegura o anonimato dos respondentes, bem como a confidencialidade da informação obtida. Para o efeito, as entrevistas serão codificadas e o tratamento de dados será feito sem qualquer referência individualizada do participante.

Em nenhum relatório ou publicação que venha a ser produzido, será inserido qualquer tipo de informação que possa conduzir à identificação dos participantes.

Assinatura do investigador: _____

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: __/__/____

**ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINA E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE**

