



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

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

Francisco Augusto Moreira Teixeira

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS RELATIVAMENTE À
UTILIZAÇÃO DO *DEBRIEFING* NO BLOCO
OPERATÓRIO**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2025

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

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS
RELATIVAMENTE À UTILIZAÇÃO DO *DEBRIEFING*
NO BLOCO OPERATÓRIO**

Relatório Final de Estágio

Francisco Augusto Moreira Teixeira

Relatório Final de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II
apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação
Perioperatória, sob orientação da Professora Mestre Isabel Maria de Sousa Miranda´

Oliveira de Azeméis | 2025

*"A Enfermagem é uma arte:
e se é para ser feita como uma arte, requer uma devoção tão exclusiva,
um preparo tão rigoroso quanto a obra de qualquer pintor ou escultor;
pois o que é lidar com a tela morta ou o frio mármore
comparado com lidar com o corpo vivo, o templo do espírito de Deus?
É uma das Belas Artes. Eu quase diria, a mais bela das Artes."*

Florence Nightingale

AGRADECIMENTOS

À minha esposa, Cláudia, que foi a força impulsionadora e motivadora para o regresso à Academia. Sem a sua força inabalável, que a faz lutar enquanto doente oncológica, mãe, mulher, esposa e investigadora, este percurso não teria o mesmo significado.

À minha filha Carminho, que por ela e para ela, abracei este processo de crescimento pessoal e profissional. Mesmo tendo sacrificado momentos de a ver crescer, nunca deixei de a adormecer ao som das histórias do pai.

À minha família, em particular ao meu pai, que faleceu durante este percurso académico, e aos meus sogros pela sua presença e apoio.

À Professora Mestre Isabel Maria de Sousa Miranda, pela orientação durante este percurso. Mesmo em momentos de adversidade, a sua dedicação, motivação e apoio, foram o “farol” que me guiou rumo ao sucesso deste projeto.

Às tutoras dos estágios clínicos realizados durante este percurso académico, bem como a todos os profissionais de saúde que, de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento profissional.

À Liliana e à Florinda, que nos dias chuvosos e nos momentos mais difíceis foram o apoio necessário para me manter no caminho certo, e à Bruna e à Dilsa, que, com a sua amizade e ajuda, foram fundamentais na fase final deste percurso.

A todos os participantes no estudo de investigação, pois sem a sua disponibilidade, este percurso académico não teria sido possível.

A todos os amigos, colegas de curso, de trabalho e de profissão, que de alguma forma, contribuíram para o meu crescimento profissional e também foram o estímulo constante para chegar até ao presente momento.

A todos, o meu mais profundo e sincero Obrigado!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACC - Admissão Cirúrgica Centralizada

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

DGS – Direção Geral de Saúde

EPI's – Equipamentos de Proteção Individual

Esp - Especialista

ESSNorteCVP - Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN - Internacional Council of Nurses

ISBAR - Identificação, Situação, Antecedentes (Background), Avaliação, Recomendações

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

N.º - Número

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

p. - Página

PBE – Prática Baseada na Evidência

PDCA -Plan; Do; Check; Act/Adjust

Per - Perito

PNSD 2021-2026 - Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026

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

Pro - Proficiente

QR code – Quick Response Code

SNS - Serviço Nacional de Saúde

Srª - Senhora

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

ULS – Unidade Local de Saúde

RESUMO

A complexidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória pode aumentar o risco de eventos adversos, comprometendo a segurança dos profissionais e da pessoa sujeita aos seus cuidados.

Neste contexto, os enfermeiros perioperatórios assumem a responsabilidade pelos cuidados até que a pessoa tenha capacidade para os assegurar.

Este relatório, elaborado para a conclusão do mestrado em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tem como objetivo descrever e analisar criticamente o estágio clínico, evidenciando a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas, bem como o desenvolvimento de competências de investigação nesta área de Enfermagem.

O relatório estrutura-se em duas partes. Na Parte I é feita a análise crítica e reflexiva do desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista e específicas em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tendo por base a Teoria das Transições de Afaf Meleis, integrando revisão da literatura sobre os principais temas trabalhados no estágio.

Na Parte II é apresentado o trabalho de investigação, tendo como principal objetivo conhecer a perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* no Bloco Operatório (BO).

Este estudo, de natureza qualitativa, descritiva e fenomenológica, recorreu à análise de conteúdo de entrevistas semiestruturadas, para recolher dados de 15 enfermeiros (5 proficientes, 5 peritos e 5 especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória). Como critério de inclusão definiu-se ter experiência profissional de, pelo menos, três anos em contexto de BO. Os resultados revelam que, apesar dos enfermeiros reconhecerem o *debriefing* como uma ferramenta essencial para a reflexão, partilha e melhoria da qualidade e segurança dos cuidados, persistem várias barreiras à sua implementação. Entre as principais dificuldades destacam-se a falta de tempo formal, a cultura organizacional pouco favorável e a imprevisibilidade das cirurgias de urgência/emergência.

Os participantes também sublinham a importância da presença de um moderador assertivo, com conhecimentos práticos e teóricos, além de competências relacionais e

comunicacionais, para facilitar o processo de *debriefing*, tornando-o num momento de aprendizagem e fortalecimento da equipa.

Assim, conclui-se que, para que o *debriefing* se torne uma prática regular e eficaz, é necessário o apoio das lideranças, com a criação de espaços formais e dedicados para a sua realização, promovendo uma cultura de segurança e melhoria contínua dos cuidados.

Palavras-chave: *Debriefing*; Enfermagem perioperatória; percepção; segurança do paciente

ABSTRACT

The complexity inherent in the care provided to individuals in the perioperative setting can elevate the risk of adverse events, thereby compromising both patient and professional safety. In this context, perioperative nurses assume responsibility for patient care until individuals are capable of self-care.

This report, submitted in partial fulfillment of the requirements for the Master's degree in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Perioperative Nursing, aims to critically describe and analyse the clinical internship experience. It highlights the acquisition and development of both general and specialized competencies, as well as the advancement of research skills within this nursing specialty.

The report is structured into two parts. Part I presents a critical and reflective analysis of the development of general and specialized competencies in perioperative nursing, grounded in Afaf Meleis's Transitions Theory. This section integrates a literature review on key topics addressed during the internship.

Part II details the research study conducted, which primarily seeks to understand perioperative nurses' perceptions regarding the use of debriefing in the Operating Room (OR). This qualitative, descriptive, and phenomenological study employed content analysis of semi-structured interviews to gather data from 15 nurses (5 proficient, 5 expert, and 5 specialists in Medical-Surgical Nursing or in the specialization area of Perioperative Nursing). Inclusion criteria required a minimum of three years of professional experience in the OR setting.

The findings reveal that, although nurses acknowledge debriefing as an essential tool for reflection, knowledge sharing, and enhancing the quality and safety of care, several barriers hinder its implementation. Notable challenges include the lack of formal time allocation, an unsupportive organizational culture, and the unpredictability of urgent/emergency surgeries. Participants also emphasize the importance of an assertive moderator possessing both practical and theoretical knowledge, along with strong interpersonal and communication skills, to facilitate the debriefing process effectively, transforming it into a learning opportunity and a means to strengthen team cohesion.

In conclusion, for debriefing to become a regular and effective practice, leadership support is essential. This includes creating formal and dedicated spaces for its execution, thereby promoting a culture of safety and continuous improvement in care quality.

Keywords: Debriefing; Perioperative nursing; Perception; Patient safety

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Formação pós-graduada dos participantes	82
Tabela 2: Média de tempo (anos) de exercício profissional dos participantes	82
Tabela 3: Média de tempo (anos) de exercício profissional em BO	83
Tabela 4: Funções de Enfermagem desempenhadas pelos participantes.....	83
Tabela 5: Análise de conteúdo das entrevistas - Percepção dos enfermeiros sobre o <i>debriefing</i>	84
Tabela 6: Análise de conteúdo das entrevistas - Prática do <i>debriefing</i> em contexto perioperatório	86
Tabela 7: Análise de conteúdo das entrevistas - Promoção da melhoria de cuidados e promoção da segurança.....	88

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Circuitos do BO Polivalente	53
Figura 2: Teoria do "queijo suíço" de Reason	66
Figura 3: Desenho do estudo.....	76
Figura 4: Nuvem de palavras relativo à análise de conteúdo das entrevistas dos participantes ..	92

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
Desenvolvimento de Competências Comuns e Especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.....	25
1. Enquadramento do contexto de estágio.....	27
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Responsabilidade Profissional, Ética E Legal.....	31
2.2. Melhoria Contínua Da Qualidade.....	33
2.3. Gestão de cuidados	36
2.4. Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais	38
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.....	41
3.1. Cuida Da Pessoa Em Situação Perioperatória E Respetiva Família/Pessoa Significativa.....	42
3.2. Maximiza A Segurança Da Pessoa A Vivenciar Situação Cirúrgica E Da Equipa Pluridisciplinar, Congruente Com A Consciência Cirúrgica	47
4. Considerações finais	57
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	59
Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios relativamente à utilização do <i>debriefing</i> no bloco operatório	59
1. Resumo.....	61
2. Abstract	63
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	65
4. Finalidade e objetivos.....	73
5. Metodologia	75

5.1.	Desenho Do Estudo.....	75
5.1.1.	Contexto Do Estudo	76
5.1.2.	Participantes Do Estudo.....	76
5.1.3.	Amostra Do Estudo	77
5.1.4.	Instrumento De Recolha De Dados.....	78
5.1.5.	Análise De Dados.....	79
5.2.	Considerações éticas	80
6.	Resultados	81
6.1.	Caracterização dos participantes da investigação	81
6.2.	Análise de conteúdo das entrevistas	84
6.2.1.	Perceção dos enfermeiros sobre o debriefing.....	84
6.2.2.	Prática do debriefing em contexto perioperatório	85
6.2.3.	Promoção da melhoria dos cuidados e da segurança	88
7.	Discussão	91
8.	Conclusão.....	99
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	101
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	103
	ANEXOS.....	107
	ANEXO I: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “ <i>DEBRIEFING</i> DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”	109
	ANEXO II: CERTIFICADO DA COMUNICAÇÃO ORAL “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO”	113
	ANEXO III: CERTIFICADO DO POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”	117
	ANEXO IV: PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO	121
	ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA.....	125

APÊNDICES	129
APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA: “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”	131
APÊNDICE II: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”	163
APÊNDICE III: APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”	167
APÊNDICE IV: QR CODE DE ACESSO AO “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”	183
APÊNDICE V: PANFLETO DO “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”	187
APÊNDICE VI: COMUNICAÇÃO ORAL “ <i>DEBRIEFING</i> DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”	191
APÊNDICE VII: COMUNICAÇÃO ORAL “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO”	201
APÊNDICE VIII: POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”	209
APÊNDICE IX: GUIÃO DA ENTREVISTA	213
APÊNDICE X: ANÁLISE DE CONTEÚDO DAS ENTREVISTAS	219
APÊNDICE XI: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO	225

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio, surge no âmbito da Unidade Curricular de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, integrada no 2º Ciclo de Estudos, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

A prestação de cuidados de enfermagem especializados, carece da aquisição de competências científicas, técnicas e humanas nas diferentes áreas de especialidade em enfermagem (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

De acordo com *Internacional Council of Nurses* (ICN) a prática avançada de enfermagem, corresponde a um nível de exercício profissional desempenhado por enfermeiros que *“adquiriram conhecimentos especializados, elevada capacidade de decisão e competências clínicas para uma prática mais alargada/expandida (avançada), estando as características da mesma moldadas pelo contexto e/ou país onde estes estão habilitados para exercer”* (ICN, 2020, p.6).

O enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória assegura cuidados à pessoa em situação perioperatória e respetiva família, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando o doente e família para o autocuidado e reintegração familiar e social. Compete ao enfermeiro especialista no perioperatório, responsabilizar-se pela pessoa, até que a mesma tenha capacidade para assegurar os seus cuidados (Diário da República, 2018, Regulamento n.º 429/2018).

A Enfermagem perioperatória detém um conjunto de conhecimentos teóricos e práticos, em que o enfermeiro presta cuidados de acordo com as necessidades da pessoa em situação perioperatória, executando-os com destreza e segurança, e avaliando o impacto dos mesmos no decorrer da sua prestação (AESOP, 2012).

O enfermeiro perioperatório atua através da consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, mais especificamente, capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica; 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; lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios; e promove a gestão e o controlo dos

dispositivos médicos utilizados no perioperatório (Diário da República, 2018, Regulamento n.º 429/2018).

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro procura a satisfação do cliente, a promoção da saúde, a prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado, a readaptação funcional, a organização dos cuidados de enfermagem e a segurança da pessoa (Ordem dos Enfermeiros - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

A elaboração de um documento com a descrição dos momentos de aprendizagem significativos e reflexões depreendidas, dota o processo de análise de um instrumento importante para a compreensão do percurso realizado pelo aluno. Nesse sentido, surge a necessidade de produzir um relatório, para que o aluno demonstre o nível de crescimento, bem como, de que forma as intervenções realizadas e a análise reflexiva efetuada contribuíram para a aquisição de competências especializadas no decorrer do estágio clínico.

O referido estágio clínico desenvolveu-se numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, no bloco operatório polivalente, iniciando-se a 20 de setembro de 2023 e com término a 8 de março de 2024.

Com a elaboração do presente relatório pretende-se expor as atividades desenvolvidas ao longo do estágio, bem como as principais reflexões depreendidas, demonstrando quais as competências adquiridas na área de Enfermagem Médico-cirúrgica: Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e que experiências e objetivos consumados contribuíram para a sua aquisição.

Assim, o presente trabalho tem como objetivos:

- Contextualizar o estágio clínico;
- Realçar a aprendizagem adquirida, dando particular ênfase às competências comuns do enfermeiro especialista, assim como às competências específicas em Enfermagem médico-cirúrgica: área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, demonstrando capacidade de juízo crítico, de planeamento e de tomada de decisão;
- Realizar um estudo de investigação científico na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A metodologia utilizada para a realização deste relatório foi descritiva e analítico-reflexiva, com recurso à pesquisa bibliográfica.

A finalidade da realização deste relatório é a descrição e a reflexão sobre a prática desenvolvida, quer em contexto clínico, quer em contexto investigacional, para a aquisição

de competências especializadas enquanto futuro enfermeiro Mestre, assim como servir de instrumento de avaliação que permita a conclusão deste percurso formativo.

A prestação de cuidados de Enfermagem, neste contexto clínico, é realizada de forma individualizada e colaborativa, fundamentada e orientada nas premissas da teoria das transições de Afaf Meleis. A pessoa em situação perioperatória enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alterações da condição de vida, designadas como “transições”, que Meleis define como uma passagem ou movimento de uma fase de vida, condição ou estado para outro. Neste processo de transição é dada ênfase às interações entre enfermeiro/pessoa, atribuindo especial atenção às experiências individuais vivenciadas (Meleis, 2010).

Criar um ambiente saudável é uma meta a atingir por parte dos enfermeiros, e forma a garantir segurança, proteção e respeito pelas tradições culturais da pessoa. Este ambiente deve ser dinâmico, adaptando-se às necessidades de cada pessoa (Meleis, 2018).

A segurança no BO pode ser alcançada através da comunicação efetiva da equipa e da capacidade de cooperar para um determinado objetivo. Um meio para alcançar essa segurança é através da utilização de “*briefings*” no BO. Os *briefings* promovem a sintonia de toda a equipa para a realização de determinada tarefa e têm sido progressivamente mais utilizados no BO, com vantagens acrescidas para a segurança do doente (Fragata, 2010).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lança a campanha para a segurança do doente “*Patient Safety*”, em que propõe a segurança do doente como uma prioridade de saúde pública.

Para promover a segurança do doente, a Direção Geral de Saúde (DGS) assumiu a missão de planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde, promovendo atividades e programas de segurança dos doentes e de melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde, adotando medidas que diminuam a ocorrência de efeitos adversos e que permitam a melhoria de práticas seguras, em ambientes cada vez mais seguros (Diário da República, 2021, Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 2.ª série, n.º 187).

Assim, a temática do presente estudo de investigação, enquadrado no âmbito do mestrado, surge duma inquietação pessoal, que após reflexão acerca das vivências experienciadas no BO, em particular em momentos de stress da equipa multidisciplinar, e revisão bibliográfica sobre segurança do doente e comunicação eficaz, consideramos pertinente conhecer qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios acerca da utilização do *debriefing* no BO.

A realização do presente estudo de investigação terá uma abordagem qualitativa, recorrendo a um estudo do tipo exploratório, descritivo.

Segundo Vilelas, um estudo qualitativo fundamenta-se na procura do significado e da interpretação e na fenomenologia que procura perceber o fenómeno através dos dados obtidos pelos participantes (Vilelas, 2020).

O objetivo do nosso estudo é perceber qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência.

O presente relatório está estruturado em duas partes, que se complementam.

A Parte I corresponde ao relatório crítico-reflexivo do estágio clínico realizado que designamos como “desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória”, na qual fazemos o enquadramento do nosso contexto de estágio, a análise e reflexão da aquisição das competências comuns e específicas como enfermeiro especialista e das atividades desenvolvidas.

A Parte II corresponde à componente de investigação científica onde mencionamos o problema que nos levou à pesquisa, objetivos e questão associada, bem como a finalidade da investigação. Descrevemos a nossa opção metodológica onde se incluiu o desenho do estudo, mencionando o tipo de estudo, o seu contexto, quais os participantes do estudo e seleção da amostra, o instrumento de recolha de dados e a análise dos mesmos. Fazemos a apresentação e discussão dos resultados, apresentando as conclusões da investigação. Por fim, fazemos referência às limitações sentidas e às sugestões que o nosso estudo poderá ter para o desenvolvimento de uma Enfermagem avançada na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Desenvolvimento de Competências Comuns e Especializadas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

1. Enquadramento do contexto de estágio

O estágio de natureza profissional em contexto de prática clínica para a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, designa-se por Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II. Pretende-se, com a realização do mesmo, a aquisição de elevadas competências de juízo crítico, de planeamento e de tomada de decisão em situações de elevada exigência na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O referido estágio desenvolveu-se numa Unidade Local de Saúde (ULS) do Norte de Portugal, no bloco operatório polivalente, iniciando-se a 20 de setembro de 2023 e com término a 8 de março de 2024, perfazendo um total de 810 horas, das quais 540 horas são de contato e 270 horas de trabalho autónomo. Das 540 horas de contato, 440 horas foram na tipologia de estágio, 20 horas na tipologia de seminário e 80 horas na tipologia de orientação tutorial. Este estágio foi orientado sob regime de tutoria, por uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica e sob orientação pedagógica da Sr^a. Enfermeira Mestre Isabel Miranda, docente da ESSNorteCVP.

Assim, como objetivos gerais, definidos pela escola para a presente unidade curricular: Estágio em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, temos:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de Enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da Enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em Enfermagem;

- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada e autónoma.

Para uma melhor compreensão é importante definir alguns conceitos. O estágio realiza-se num BO Polivalente.

O BO é considerado uma unidade orgânica-funcional composta por recursos humanos, materiais e técnicos (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), 2012), equipada com a finalidade de realizar procedimentos cirúrgicos e outros procedimentos invasivos (AORN, 2021a).

Um BO Polivalente, é um BO onde são realizados procedimentos cirúrgicos relativos a diversas especialidades cirúrgicas.

A intervenção do enfermeiro perioperatório desenvolve-se, desde a aceitação da proposta cirúrgica por parte da pessoa, passando pelos cuidados no intraoperatório através da atuação nas áreas da anestesia, circulação e instrumentação, acabando nos cuidados pós-operatórios, que vão desde a admissão da pessoa na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA) até à total recuperação do processo cirúrgico a que foi submetida.

O enfermeiro perioperatório deve demonstrar competências especializadas nos cuidados à pessoa em situação perioperatória na garantia da segurança da pessoa agindo com consciência cirúrgica.

A consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que permite ao profissional de saúde cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo sempre em seu benefício independentemente dos fatores externos.

A segurança da pessoa em situação perioperatória e a qualidade dos cuidados deve ser o pilar da atuação do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018).

Os estágios clínicos possibilitam o desenvolvimento de competências, permitem a oportunidade de partilha de experiências, assim como momentos de reflexão sobre as práticas (Machado & Andrade, 2020).

Estes devem ocorrer em ambientes de aprendizagem seguros para o enfermeiro em discência, sendo que o enfermeiro formador em Enfermagem perioperatória deve oferecer oportunidades de aprendizagem baseadas na melhor evidência científica e nas melhores práticas (AORN, 2021b).

O BO Polivalente, da referida ULS do Norte de Portugal, é composto por 8 salas operatórias, respetivo recobro, zona de *transfer* da pessoa submetida a cirurgia, armazéns (de material

clínico, de equipamentos e de dispositivos reprocessados), gabinetes clínicos, vestiários, copa e zona de sujos.

O BO apresenta um circuito externo e um circuito interno no que respeita às salas operatórias. O circuito interno, com acesso a todas as salas operatórias, apresenta a área de desinfeção cirúrgica, o armazém de fármacos e de equipamentos e tem acesso à sala de registos operatórios. O circuito externo às salas operatórias, apresenta uma box de apoio a cada sala operatória, onde a pessoa a ser submetida a um procedimento cirúrgico é acolhida. É por este circuito externo circulam as pessoas submetidas a cirurgia antes e após a realização do procedimento cirúrgico, circulam os equipamentos, assim como todos os profissionais antes da entrada da pessoa na sala operatória. Após a transferência da pessoa para a mesa operatória e entrada dos equipamentos necessários ao procedimento, o acesso ao circuito externo permanece encerrado até ao final do procedimento.

No BO polivalente são realizadas intervenções cirúrgicas diferenciadas e de elevado grau de complexidade, quer em contexto de cirurgia programada, quer de cirurgia de urgência/emergência. As especialidades cirúrgicas que desenvolvem a sua atividade neste BO são Cirurgia Geral, Cirurgia Vascular, Neurocirurgia, Ortopedia/Traumatologia, Urologia, Otorrinolaringologia, Estomatologia e Cirurgia Plástica, Reconstrutiva e Maxilofacial.

O horário de funcionamento do BO é das 8:00 horas às 20:00 horas de segunda-feira a sexta-feira, sendo que entre as 20:00 horas e as 8:00 horas dos dias úteis e durante as 24 horas dos dias feriados e fins-de-semana funciona uma sala operatória com profissionais destacados em regime presencial, para dar resposta aos procedimentos cirúrgicos que surgem em contexto de urgência ou emergência, quer seja de pessoas internadas na própria instituição, quer seja de pessoas provenientes do serviço de urgência ou transferidos de outras instituições de saúde.

As pessoas que recorrem a este BO são muitas vezes portadoras de múltiplas patologias, pelo que acrescentam um grau de dificuldade aumentada aos cuidados que necessitam. Assim, o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória neste contexto clínico, torna-se uma mais-valia, razão pela qual foi motivo de escolha para a realização deste estágio clínico.

Após uma análise reflexiva acerca das competências a desenvolver neste estágio, e das múltiplas oportunidades que o mesmo permitiria, direccionamos a área de atuação no intraoperatório, para a cirurgia em contexto de urgência/emergência das diferentes especialidades cirúrgicas e cirurgia vascular, por consideramos serem as áreas de maior

necessidade de desenvolvimento de competências sentidas ao longo do curto percurso profissional enquanto enfermeiro perioperatório.

Assim, definidos os seguintes objetivos individuais para o estágio:

- Perceber a intervenção do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória em contexto de cirurgia urgente/emergente;
- Desenvolver competências especializadas em Enfermagem perioperatória nas funções de instrumentação e circulação, na área da cirurgia vascular;
- Contribuir, ativamente, em pelo menos um projeto de melhoria contínua, após avaliação das necessidades do serviço.

Ao longo dos próximos capítulos, faremos a descrição do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, refletindo e afirmando o cumprimento dos objetivos quer do curso de mestrado, quer os específicos definidos para o presente contexto clínico.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória foram assimiladas ou aprofundadas ao longo deste percurso de aprendizagem.

Competências comuns dos enfermeiros especialistas, são aquelas que independentemente da área de especialização, todos os enfermeiros especialistas demonstram pela sua capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados, assim como no suporte à formação, investigação e assessoria. O enfermeiro especialista desenvolve a sua prática assente nas suas competências, competências essas que devem integrar o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, o domínio da melhoria contínua da qualidade, o domínio da gestão de cuidados e o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

Segundo o Regulamento nº140/2019, os domínios de competências comuns do Enfermeiro especialista são:

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão de cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

De seguida, iremos abordar os diferentes domínios de competências e, de forma crítica-reflexiva, correlacionar com as experiências vividas ao longo deste estágio clínico.

2.1. *Responsabilidade Profissional, Ética E Legal*

O enfermeiro especialista procura, como foco da sua *práxis* clínica, prestar cuidados mais seguros e adequados à pessoa que está a vivenciar um processo de transição no seu estado de saúde.

Assim, a sua prática deverá ser assente numa prática profissional, ética e legal, de acordo com as normas legais, os princípios éticos e deontológicos da Enfermagem e que respeite os direitos humanos, assim como as responsabilidades profissionais (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

O carácter dos cuidados perioperatórios são exigentes, devido à sua especificidade e ao ambiente em que são prestados, pelo que requerem do enfermeiro especialista uma atitude

responsável e uma tomada de decisão baseada em princípios éticos, de modo a garantir cuidados de enfermagem seguros e de qualidade à pessoa em situação perioperatória (Araújo et al., 2022).

O Enfermeiro Especialista deve ter como suporte da sua prática o Código Deontológico de Enfermagem, prestando cuidados humanos e de qualidade, tendo por base o princípio da preocupação com o bem-estar de quem cuida (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Atuando o Enfermeiro numa equipa multidisciplinar, este pode ter intervenções autónomas e interdependentes. As intervenções autónomas são “*...intervenções de enfermagem que se iniciam na prescrição elaborada pelo enfermeiro, este assume a responsabilidade pela prescrição e pela implementação técnica da intervenção*” (OE, 2001).

Assim, durante o presente estágio, procurou-se garantir a privacidade e respeito pela intimidade da pessoa em situação perioperatória nos diferentes momentos do percurso pelo bloco operatório.

Desde o momento do acolhimento, ao período intraoperatório e posterior recobro, foram prestados cuidados à pessoa em situação perioperatória, respeitando a sua individualidade, intimidade e privacidade, quer seja através de comunicação assertiva, do uso de dispositivos ou meios que garantiram a privacidade durante a vivência do processo cirúrgico a que a pessoa foi submetida.

A estrutura de um BO deve garantir a privacidade, dignidade e conforto da pessoa em situação perioperatória, uma vez que esta se encontra num estado de vulnerabilidade (ACSS, 2011).

Um dos aspetos que o BO apresenta como comprometedor do respeito pela privacidade, é a zona de *transfer* aquando da chegada ao BO para procedimentos em contexto de urgência, uma vez que é realizado numa zona mista, em que há circulação de vários profissionais, é um local de acesso aos vestiários dos profissionais, assim como ao BO e ao recobro. Contudo, com a utilização de cortinas adaptadas nesse local, é possível garantir alguma privacidade, diminuindo assim a exposição da pessoa a ser submetida ao procedimento cirúrgico e diminuindo, de certa forma, o estado de vulnerabilidade da mesma.

Quanto ao restante espaço do BO, cada sala operatória tem uma zona de acolhimento, protegida por cortinas, assim como no recobro, em que cada unidade também tem disponível cortinas que protegem a totalidade da unidade ocupada pela pessoa, proporcionando o máximo de privacidade e conforto à pessoa que está a vivenciar a sua experiência cirúrgica.

Procurou-se durante o presente estágio, que em momentos de transição de cuidados, fossem apenas transmitidas informações relevantes, e com os elementos envolvidos no processo terapêutico, da pessoa em situação perioperatória, respeitando a confidencialidade e privacidade, tal como a Ordem dos Enfermeiros (OE) definiu no Artigo 85 dos Estatutos da OE (OE, 2012b).

Os aspetos culturais, sociais e étnicos devem ser tidos em consideração durante a experiência perioperatória da pessoa em situação perioperatória (AORN, 2021a).

Procurou-se durante o presente estágio, prestar cuidados esclarecedores, empáticos e respeitadores dos aspetos culturais, sociais e étnicos da pessoa em situação perioperatória, permitindo que a mesma vivenciasse o processo cirúrgico de forma segura, tranquila e esclarecida, diminuindo o seu estado de vulnerabilidade.

Foi, também, notória a atenção dada à verificação da existência do consentimento informado devidamente assinado pela pessoa em situação perioperatória, aquando da sua admissão ao BO, garantindo assim que a mesma terá sido esclarecida quanto ao procedimento cirúrgico a que ia ser submetida. Não obstante, foi deixada a possibilidade da pessoa esclarecer qualquer dúvida ou angústia acerca do procedimento a que ia ser sujeita ou após a realização do mesmo.

Outro aspeto, extremamente importante, observado durante o estágio, foi a identificação inequívoca da pessoa submetida ao procedimento cirúrgico. Quer em contexto de cirurgia programada, quer de cirurgia de urgência ou emergência, todas as pessoas estavam devidamente identificadas com pulseira de identificação e foi sempre confirmada pelos diferentes profissionais de saúde a correta identificação da pessoa.

De realçar, que mesmo em contexto de urgência ou emergência, sempre que a situação clínica da pessoa em situação perioperatória o permitiu, foram informados e esclarecidos os procedimentos a realizar à pessoa em situação perioperatória, pelos diferentes intervenientes da equipa multidisciplinar e nos diferentes momentos do percurso no perioperatório. Este comportamento, permitiu além de desenvolver competências de comunicação, responsabilidade ética, deontológica e legal, refletir acerca da importância que o enfermeiro especialista tem em contexto perioperatório e em particular em contexto de urgência ou emergência, dada a situação de vulnerabilidade da pessoa.

2.2. *Melhoria Contínua Da Qualidade*

A prática de Enfermagem avançada, assente na mais atual evidência científica, deve procurar a melhoria contínua dos cuidados que presta.

O enfermeiro especialista deve ter um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando nos programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico seguro (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

“O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Segundo os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, através dos seus enunciados descritivos, que são: a satisfação do cliente; a promoção da saúde; a prevenção de complicações; o bem-estar e autocuidado; e, a organização dos cuidados de Enfermagem, é fundamental a reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros, e o impacto que a mesma tem na melhoria da qualidade dos cuidados de Enfermagem (OE, 2012a).

Assim, e de acordo com o guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2013) e usando o ciclo PDCA (Plan; Do; Check; Act/Adjust), adaptado por Pedro Salvada identificamos a segurança do doente, através da implementação de boas práticas no BO, como sendo um problema real do serviço. Problema esse, relacionado com a elevada quantidade de novos elementos que frequentam regularmente o BO, quer em contexto laboral, quer em contexto formativo.

O PDCA é um método iterativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos. Baseia-se na repetição, para alcançar um nível de gestão melhor cada dia que passa. Tem como objetivo tornar os processos da gestão de uma empresa mais ágeis, claros e objetivos, sendo um método utilizado na melhoria contínua que é essencial para o sucesso dos negócios (Filho, 2014).

Os cuidados de Enfermagem podem ser medidos através de indicadores de qualidade em saúde. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2021), através dos indicadores de qualidade em saúde, é possível medir, avaliar e monitorizar os mesmos, permitindo a instituição de medidas corretivas, como forma de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados.

Como preocupação em garantir a melhoria contínua da qualidade decidiu-se, no decorrer do presente estágio, pela elaboração do projeto de melhoria contínua intitulado de “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente” (Apêndice I) com a finalidade

de promover práticas seguras em ambientes seguros como é objetivo do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026.

Como forma de divulgação e comprometimento da equipa multidisciplinar, foi planeada uma ação de formação em serviço (Apêndice II), com a respetiva apresentação da formação (Apêndice III), à equipa de Enfermagem do BO polivalente, momento em que foi apresentado o “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente” e a disponibilização do mesmo em formato eletrónico e acedido através de QR code (Apêndice IV), assim como em papel, em formato panfleto (Apêndice V).

Como medidas previstas para o futuro, pretende-se que elementos da equipa de Enfermagem possam dar continuidade ao mesmo projeto de melhoria, através de formação das equipas multidisciplinares, em particular dos “novos” elementos que chegam ao BO e disponibilização do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, através de “link” acessível pela intranet a ULS, após articulação com o departamento de imagem e comunicação da ULS.

A formação em serviço é um aspeto preponderante para a melhoria contínua dos cuidados de saúde (Júnior et al., 2023).

Como forma de garantir a qualidade dos cuidados, é importante que existam grupos de trabalho dedicados à gestão de risco, à formação em serviço, à prevenção e controlo de infeções e resistências aos antimicrobianos e aos sistemas de informação, pois através destes grupos, ou elos de ligação aos mesmos, é possível identificar lacunas ou aspetos a melhorar e assim planear estratégias de melhoria dos cuidados prestados.

O enfermeiro especialista, pela formação e competências adquiridas, deve fazer parte destes grupos de trabalho.

No contexto de estágio, foi possível verificar a existência de enfermeiros, em particular enfermeiros especialistas, fazendo parte destes grupos de trabalho. Estes, participaram na realização de auditorias, de formações no âmbito do projeto STOP infeção hospitalar, que pretende contribuir para a redução de quatro tipologias de infeções usando uma metodologia de melhoria contínua da qualidade, e no planeamento de estratégias de melhoria contínua nas diferentes áreas.

Assim o presente estágio, foi uma mais-valia pela experiência vivida enquanto discente e futuro enfermeiro especialista para a aquisição de competências na área da melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

É, ainda, de salientar que o BO Polivalente tem um programa de formação em serviço, distribuído por grupos de enfermeiros, de acordo com temas mais pertinentes para o serviço

ou para os enfermeiros alocados ao mesmo, com planeamento anual definido para a realização dessas formações. Foi um dos aspetos mais valorizados no presente estágio, dada a experiência profissional do discente decorrer num contexto de trabalho em que a formação contínua não tem atribuída a mesma importância.

2.3. *Gestão de cuidados*

O Enfermeiro especialista deve no domínio da gestão de cuidados, ser capaz de otimizar a resposta da equipa de Enfermagem, em articulação com a restante equipa de saúde, adequando os recursos às necessidades dos cuidados a prestar, garantindo a qualidade dos mesmos (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

Nas equipas multidisciplinares em saúde, a liderança é uma competência que deve ser adquirida pelos diferentes profissionais de saúde. Os enfermeiros deverão possuir essas competências, favorecendo assim a tomada de decisões, comunicação e gestão efetiva e eficaz (Guerra et al., 2023).

A gestão de recursos humanos, materiais e equipamentos, é fundamental para o bom funcionamento do BO.

No decorrer do presente estágio clínico, sendo que decorreu maioritariamente na sala onde se realizam as cirurgias de urgência ou emergência, foi possível constatar que a gestão de cuidados, quer por parte do enfermeiro gestor, quer pelo enfermeiro coordenador durante os períodos noturnos, fins-de-semana e feriados, foi sempre uma das principais preocupações.

Os enfermeiros desempenham a sua atividade pelo método à tarefa, pelo método individual, pelo método de trabalho em equipa e pelo método de enfermeiro responsável (Ventura-Silva et al., 2021).

O conhecimento por parte do enfermeiro gestor ou coordenador, acerca das competências dos diferentes elementos da equipa de Enfermagem, assim como da restante equipa multidisciplinar, permitiu uma boa organização dos recursos humanos, alocando os diferentes enfermeiros, a diferentes especialidades cirúrgicas, assim como a diferentes funções, de acordo com as competências e conhecimentos de cada elemento.

Apesar das diferentes funções dos enfermeiros da sala operatória (circulante, anestesia e instrumentista) em que cada um desempenha tarefas específicas, foi notória a articulação entre os diferentes elementos, desempenhando um trabalho em equipa, em que a comunicação e ajuda mútua foram visíveis. O facto de o estágio decorrer em contexto de urgência ou emergência pode ser um fator facilitador para um trabalho mais em equipa, do que à tarefa, que muitas vezes se verifica em contexto de cirurgia programada.

É também responsabilidade do enfermeiro gestor ou coordenador a gestão de recursos materiais e equipamentos. A boa articulação com os diferentes serviços (aprovisionamento, farmácia, serviço de instalações e equipamentos), permite a prestação de cuidados adequados à pessoa em situação perioperatória, traduz ganhos em saúde e é garante da qualidade em saúde (Loureiro, 2022).

A correta articulação com a central de reprocessamento na gestão dos dispositivos médicos de uso múltiplo, com os serviços de aprovisionamento, farmácia e logística, que efetuam o reposicionamento do material *stockável* e com o sistema de material não *stockável*, que é efetuado pelo cirurgião responsável, permite uma adequada gestão dos recursos humanos, ajustada ao planeamento cirúrgico, no sentido de garantir as condições ideais e de segurança para a prestação dos melhores cuidados à pessoa em situação perioperatória.

De referir, que apesar de existir uma equipa de enfermagem com 4 elementos (1 circulante, 1 instrumentista, 1 enfermeiro de anestesia e 1 de recobro), por vezes surge, durante a realização de um procedimento cirúrgico urgente ou emergente, outra situação emergente, havendo a necessidade da abertura de uma segunda sala operatória para socorrer a essa mesma emergência. Tal situação faz com que a segurança e qualidade dos cuidados fique comprometida em ambos os procedimentos cirúrgicos, uma vez que a primeira sala operatória, fica apenas com o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de anestesia a colaborar como circulante, ou então, caso existam doentes no recobro e não permita a saída desse enfermeiro para socorrer à segunda situação emergente, fique a primeira cirurgia a decorrer apenas com um enfermeiro circulante/anestesia, enquanto os outros dois enfermeiros vão socorrer a segunda emergência. Tal situação aconteceu, apenas uma vez durante o estágio, mas segundo os profissionais do BO, é uma situação que acontece com alguma frequência durante o período noturno, ou de fim-de-semana ou feriados. Durante os dias uteis, tal situação não acontece, uma vez que existem enfermeiros destacados para cada sala operatória, e o segundo procedimento cirúrgico emergente decorre noutra sala operatória, em detrimento do cancelamento de um procedimento programado.

A OE, disponibilizou a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, através do Regulamento n.º 743/2019 do Diário da República, 2.ª série, de 25 de setembro de 2019, e que recomenda, que para cirurgias programadas ou de urgência devem existir um enfermeiro circulante, um enfermeiro instrumentista e um enfermeiro de anestesia.

É fundamental refletir sobre a ocupação das salas operatórias, quando destinadas a situações urgentes ou emergentes, uma vez que muitas vezes foram ocupadas por pessoas, que

aguardavam por cirurgia há alguns dias ou semanas, sem que sejam realizadas em contexto programado, o que origina situações de fragilidade no que diz respeito à garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Foram várias as oportunidades, durante o presente estágio clínico, de compreender e adquirir conhecimentos referentes à gestão de cuidados, que permitiram constatar que a qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória foram sempre uma prioridade. Estas oportunidades, serviram de ferramentas, enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, para a melhoria contínua dos cuidados prestados e do trabalho em equipa.

2.4. Desenvolvimento Das Aprendizagens Profissionais

Como futuros enfermeiros especialistas, devemos demonstrar capacidade de autoconhecimento, perceber a influência nas relações terapêuticas e multidisciplinares, gerindo a capacidade de resposta individual ou organizacional e fundamentando os processos de tomada de decisão em conhecimento atualizado (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

Assim, no decorrer do presente estágio clínico, e indo de encontro aos objetivos propostos para o mesmo, houve sempre a necessidade de aquisição de conhecimentos nas diferentes áreas cirúrgicas, referentes às diferentes cirúrgicas realizadas em contexto de urgência ou emergência, como sendo a área da ortopedia, da cirurgia geral, da urologia, da neurocirurgia, da cirurgia vascular e da cirurgia plástica e reconstrutiva.

Além da pesquisa bibliográfica, de modo a adquirir conhecimentos nas diferentes áreas cirúrgicas mencionadas, e assim desenvolver uma Prática Baseada na Evidência (PBE), a participação em eventos de partilha de conhecimento e inovação foram importantes para o desenvolvimento de competências profissionais enquanto futuro enfermeiro especialista.

Durante o ensino clínico foi muito importante a relação de ajuda, a reflexão e a motivação dada pela enfermeira tutora, permitindo assim o crescimento profissional e o despertar para a procura do conhecimento baseado na melhor evidência existente.

Por outro lado, a partilha de conhecimentos e reflexões com os restantes elementos da equipa de enfermagem, e por vezes da equipa multidisciplinar, foi importante para procurar melhorias à prática assistencial à pessoa em situação perioperatória.

Assim, a participação em formações em serviço, a realização de formação em serviço durante o ensino clínico, a elaboração do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, o acompanhamento à realização de auditoria para a avaliação da limpeza de superfícies do BO, através do teste ATP (adenosina trifosfato) de bioluminescência, a visita à

unidade de reprocessamento dos dispositivos médicos de uso múltiplo do hospital, foram experiências que permitiram não só a aquisição de novos conhecimentos, mas acima de tudo, o desenvolvimento duma visão diferente sobre os cuidados e toda a envolvimento que os mesmos estão sujeitos.

A articulação e colaboração entre supervisores e estudantes em contexto de ensino clínico, contribui para a aprendizagem dos estudantes e promove a sua autonomia e processo de tomada de decisão (A.Silva et al., 2023).

No que diz respeito ao autoconhecimento, em conjunto com reflexões e partilhas de experiências com os outros enfermeiros e profissionais de saúde e, em particular, com a enfermeira tutora, o estágio foi bastante importante para o desenvolvimento da nossa identidade profissional, contribuindo para reconhecer limitações, oportunidades de melhoria da prática clínica e melhorar a autoconfiança e a assertividade na tomada de decisão.

Durante o estágio clínico surgiram oportunidades de aquisição de conhecimentos e competências, sendo reconhecidas as competências quer enquanto enfermeiro circulante, quer enquanto enfermeiro instrumentista, em diferentes áreas cirúrgicas, tendo a possibilidade de instrumentar e circular, orientado pela enfermeira tutora, diferentes procedimentos cirúrgicos em contexto de urgência, destacando procedimentos na área da ortopedia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e reconstrutiva, urologia, neurocirurgia e cirurgia geral. A confiança e reconhecimento dado por parte da enfermeira tutora e pela restante equipa multidisciplinar, demonstraram que foram adquiridas aprendizagens e competências nestas áreas cirúrgicas e de atuação no BO em contexto de cirurgia de urgência ou emergência.

Aspetos como a desinfeção do local cirúrgico, a colocação dos campos operatórios, a lavagem cirúrgica das mãos e a troca de luvas durante os procedimentos cirúrgicos foram também aprofundados e sujeitos a reflexão, contribuindo para o crescimento profissional enquanto futuro enfermeiro especialista.

A revisão da literatura na procura da melhor evidência científica, assim como a partilha de conhecimentos com outros elementos da equipa multidisciplinar, permitiu melhorar a prática clínica e consequentemente melhorar a qualidade dos cuidados a segurança dos mesmos à pessoa em situação perioperatória e sua família ou pessoa significativa.

Nesse sentido, durante o período do ensino clínico, e em articulação com outros colegas do 3º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, tivemos a oportunidade de participar nas

primeiras Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO – Porto, que ocorreram nos dias 16 e 17 de fevereiro de 2024. Participamos com a apresentação de 2 comunicações orais e um póster:

- ***“Debriefing da equipa em contexto Perioperatório: uma prática a implementar”***, com participação como autor responsável e orador (Apêndice VI);
- ***“Controlo e prevenção da hipotermia inadvertida no adulto durante o período intraoperatório”***, com participação como coautor (Apêndice VII);
- ***“Stress ocupacional nos Enfermeiros perioperatórios: Quais os fatores desencadeantes, que consequências e que desafios?”***, com participação como coautor (Apêndice VIII).

Com a participação nestas jornadas de Enfermagem perioperatória, temas como qualidade, segurança, inovação, gestão e liderança e investigação em contexto perioperatório foram bastante pertinentes, quer para uma visão mais alargada da realidade da Enfermagem perioperatória, quer para a consciencialização da importância e diferença, que como futuro enfermeiro especialista posso ter para o desenvolvimento da Enfermagem perioperatória. Os respetivos certificados das comunicações orais constam no Anexo I e II e do póster no Anexo III.

A participação nestas diferentes atividades foram oportunidades para explorar o autoconhecimento, a reflexão e a assertividade, por meio da observação da atuação de diferentes profissionais de saúde, assim como das apresentações realizadas. O desenvolvimento dessas competências tem um forte impacto na forma como permite gerir emoções e sentimentos durante situações de maior tensão, em particular em situações de urgência ou emergência. O processo de reflexão sobre a prática, associado à melhor evidência existente, contribuíram para uma prática de Enfermagem assente na autoconfiança e ajudaram a aprimorar as habilidades de comunicação eficaz. Deste modo, garantiram o desenvolvimento de competências enquanto futuro enfermeiro especialista, na procura duma Enfermagem avançada, sempre assente na PBE.

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

O enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, cuida da pessoa em situação perioperatória, assim como da sua família ou pessoa significativa, maximizando a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, de acordo com a consciência cirúrgica (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

A constante evolução das técnicas cirúrgicas, a melhoria constante nos diagnósticos e tratamentos, requer uma atualização constante de conhecimentos e aquisição ou aperfeiçoamento de competências específicas na área dos cuidados perioperatórios.

Deste modo, os cuidados de Enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória, em particular pelos enfermeiros especialistas na área de especialização de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, adquirem especial relevância, quer para a segurança e melhoria dos cuidados prestados, quer no desenvolvimento e aperfeiçoamento contínuo da disciplina de Enfermagem. Cabe ao enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, garantir uma resposta adequada às necessidades da pessoa em situação perioperatória, assim como detetar precocemente eventos adversos, garantindo a segurança da pessoa, e tendo como princípio para a tomada de decisão a PBE. Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória contribui, ao mesmo tempo, para a importância da formação contínua e da investigação.

O enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, desenvolve a sua atividade em cinco áreas de atuação, sendo elas a consulta pré-operatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. Estas cinco áreas de atuação, enquadram-se nas fases pré, intra e pós-operatórias. A fase pré-operatória inicia-se aquando da decisão pela cirurgia e termina aquando da transferência para a mesa operatória da pessoa; a fase intraoperatória começa aquando da transferência da pessoa para a mesa operatória e termina aquando da sua transferência para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); a fase pós-operatória inicia-se quando a pessoa entra na UCPA e termina quando a pessoa é considerada como recuperada do processo cirúrgico/anestésico (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

A pessoa em situação perioperatória encontra-se num estado de vulnerabilidade, estando exposta a riscos, a desproteção e à impossibilidade de defender-se, pelo que a sua defesa

deve ser assegurada por outra pessoa, tendo o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória um papel crucial. Não menos importante, é a consciência cirúrgica demonstrada através do comportamento profissional de cada elemento da equipa multidisciplinar. A consciência cirúrgica compreende-se como um princípio ético e moral que rege a prática assistencial à pessoa em situação perioperatória (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

O enfermeiro torna-se competente quando tem consciência da sua prática e competências para planear e coordenar vários cuidados, ou seja, quando ganha perícia profissional (Benner, 2001).

Os enfermeiros têm um papel fundamental no processo de transição da pessoa em situação perioperatória, preparando-a para a experiência perioperatória, esclarecendo-a e facilitando a aquisição de competências que a ajudem no seu processo de recuperação ou transição, para a melhoria da sua qualidade de vida (Meleis, 2019).

Tendo como referência, o modelo conceptual a Teoria das Transições de Afaf Melleis, que sustenta a nossa prática enquanto enfermeiro do perioperatório, iremos de seguida abordar as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória e elencar as atividades desenvolvidas ao longo do estágio clínico, refletindo sobre a importância das mesmas para a aquisição ou desenvolvimento das competências específicas em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

3.1. Cuida Da Pessoa Em Situação Perioperatória E Respetiva Família/Pessoa Significativa

Cuidar da pessoa em situação perioperatória, implica capacitar a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, prestar cuidados à pessoa em situação perioperatória e desenvolver a atividade numa perspetiva multidisciplinar (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Como futuro enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória é necessário assegurar que o momento de transição do seu estado de saúde/doença seja vivenciado da forma mais adequada às necessidades de cada pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória.

A capacitação da pessoa em situação perioperatória, implica estabelecer uma relação de ajuda e empatia, promover informação eficaz, perceptível e compreendida pela pessoa. Ter uma comunicação eficaz faz com que a pessoa se sinta segura (Oliveira et al., 2020).

O enfermeiro especialista em Enfermagem na área de especialização à pessoa em situação perioperatória ao identificar as necessidades da pessoa em situação perioperatória, ao estabelecer uma relação de ajuda, ao elaborar um plano de intervenção ajustado às necessidades da mesma, utilizando estratégias facilitadoras da comunicação expressiva de emoções e promotoras de alívio de ansiedade e medo, assegura que a pessoa compreende a informação para a sua tomada de decisão. Este processo deve respeitar o cumprimento das recomendações legais, éticas e morais relacionadas com o consentimento informado. Neste processo de capacitação é fundamental preparar a pessoa para possíveis alterações da sua autoimagem e das suas capacidades físicas ou intelectuais decorrentes do processo cirúrgico ou anestésico a que vai ser submetida (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018). É necessária uma comunicação eficaz que permita uma compreensão completa da informação transmitida à pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa (DGS, 2022).

No decorrer do presente estágio, que se realizou maioritariamente em contexto de cirurgia de urgência ou emergência este processo de capacitação tornou-se ainda mais sensível e de difícil realização. A pessoa submetida ao procedimento cirúrgico, além de não ter, maioritariamente, uma visita pré-operatória, nem dar entrada no BO através da admissão cirúrgica centralizada (ACC), está também mais vulnerável e ansiosa, uma vez que o seu procedimento cirúrgico decorre maioritariamente de situações de doença aguda ou acidente. Assim, foi extremamente enriquecedor ter a possibilidade de desenvolver estratégias de comunicação, empatia e relação de ajuda com as pessoas que foram intervencionadas neste contexto. Em situações de grande ansiedade e forte carga emocional, foi possível informar, tranquilizar e gerir as expectativas das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, auxiliando-as a vivenciar o seu processo de transição saúde/doença da melhor forma possível, fornecendo-lhe as informações e ferramentas adequadas para ultrapassarem esta fase da sua vida.

Importa salientar que, durante alguns procedimentos cirúrgicos, especialmente em casos de acidentes ou traumas, as pessoas podem sofrer diminuições permanentes das suas capacidades funcionais, tornando o processo de capacitação mais difícil. Esta dificuldade é frequentemente intensificada pelo medo e ansiedade que acompanham tais situações. No entanto, foi possível gerir, de uma forma realista, as expectativas das pessoas, contribuindo assim para a redução da ansiedade e medo sentidos.

Prestar cuidados à pessoa em situação perioperatória, implica que o enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, garanta a

verificação de procedimentos que assegurem a segurança da cirurgia. Deve responsabilizar-se pela pessoa durante o procedimento, assegurando o conforto, a integridade, a privacidade e a vontade expressa até que a mesma volte a estar capaz de os assegurar. Deve posicionar a pessoa para o procedimento a realizar, agir com pertinência nas diferentes áreas de atuação, realizar intervenções de enfermagem que respondam a situações de impossibilidade, complexidade e vulnerabilidade, monitorizar sinais e sintomas e intervir de acordo com os conhecimentos especializados, evidência científica e experiência profissional. Deve ainda utilizar estratégias de comunicação facilitadoras com a pessoa submetida ao procedimento cirúrgico, assim como para assegurar a documentação e continuidade dos cuidados prestados (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Prestar cuidados de qualidade, implica ter uma abordagem holística, mantendo a dignidade e integridade da pessoa em situação perioperatória, assim como a sua nacionalidade, religião, entre outras crenças, sem que a mesma tenha algum prejuízo no seu estado de saúde (AORN, 2021a).

Neste sentido, durante o estágio, foi possível mesmo em contexto de cirurgia de urgência, verificar todos os equipamentos, materiais e procedimentos a ter, antes do início do procedimento cirúrgico, garantindo assim a segurança da cirurgia.

A pessoa em situação perioperatória, encontra-se dependente e vulnerável, pelo que os enfermeiros do perioperatório, devem priorizar a segurança da pessoa, assegurando a sua integridade e substituindo-a na sua autonomia durante o procedimento cirúrgico (AORN, 2021a, 2022).

Associado ao estado de vulnerabilidade e ansiedade da pessoa, e do próprio procedimento cirúrgico ser realizado, maioritariamente sob efeito anestésico, assumiu-se a responsabilidade em garantir o conforto, o cumprimento da integridade e privacidade da pessoa submetida ao procedimento cirúrgico, através do uso de lençóis aquecidos, dispositivos de alívio de pressão, cintas de segurança, transferência da pessoa para a mesa operatória com as portas da sala operatória encerradas e uso de dispositivos de proteção individual adequadas a cada situação.

Sendo a área de intervenção durante o estágio, essencialmente na área da circulação e instrumentação, houve a constante preocupação em verificar os procedimentos cirúrgicos a realizar junto da equipa médica e assegurar que todo o material necessário para a realização do procedimento estivesse disponível. Garantiu-se, ainda, a existência de todo o instrumental cirúrgico e se o mesmo estava nas devidas condições de esterilização ou reprocessamento. A antecipação a potenciais necessidades de instrumental cirúrgico e

dispositivos médicos foi, sempre, tida em consideração pela enfermeira tutora. Assim, permitiu o despertar e a consciencialização para a necessidade de antecipação de situações de maior complexidade e vulnerabilidade, enquanto futuro enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O enfermeiro circulante, em complementaridade, com a restante equipa multidisciplinar, desenvolve a sua atividade com pensamento crítico e reflexivo, com vista à melhoria contínua dos cuidados prestados na sala de operações. É o gestor da sala de operações, assegurando a segurança da pessoa em situação perioperatória, assim como da restante equipa multidisciplinar (AESOP, 2012).

A DGS (2010), preconiza a necessidade de um coordenador responsável pela realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSG), que maioritariamente é assegurada pelo enfermeiro circulante.

Dado tratar-se de um BO Polivalente onde, em contexto de urgência, são realizados procedimentos de diferentes áreas cirúrgicas foi importante aprofundar conhecimentos nas diferentes áreas cirúrgicas, em particular na ortopedia/traumatologia, cirurgia vascular, cirurgia plástica e reconstrutiva, neurocirurgia, urologia e cirurgia geral. Assim, o presente estágio tornou-se num momento de elevada aquisição de conhecimentos, desenvolvimento de competências na área de circulação e instrumentação, que facilitaram a prestação de cuidados à pessoa a vivenciar uma transição no seu estado de saúde, sendo sem dúvida uma mais-valia para o desenvolvimento profissional.

Uma vez que, no contexto de estágio, foram usados muitos dispositivos médicos designados “à consignação”, também foram sempre devidamente registados em folha própria os dispositivos médicos usados em cada procedimento cirúrgico, de modo a garantir a gestão dos consumíveis utilizados.

Uma outra forma de registo e controlo de *stock* de materiais e dispositivos médicos utilizado no estágio foi o programa informático “*Táttil*”. Apesar de ser conhecido e usado no local de trabalho, foi possível explorá-lo de forma diferente, dado ter configurações diferentes de utilização. Esta realidade permitiu compreender a importância dos registos serem realizados adequadamente, dada a sua relevância para a gestão de *stocks* avançados de reposição automática, assim como na mensuração de custos associados a cada procedimento cirúrgico. Permitiu, assim, ter uma visão mais completa sobre a gestão dos dispositivos médicos, quer de uso múltiplo, quer de uso único.

A prática de Enfermagem perioperatória tem por base a prestação de cuidados através de intervenções autónomas e interdependentes.

No que diz respeito às intervenções autónomas, estas o enfermeiro realiza-as sob a sua iniciativa e responsabilidade, de acordo com as suas qualificações, enquanto as intervenções interdependentes são realizadas, em conjunto com outros profissionais de saúde, de forma a atingir o mesmo objetivo comum, previamente definido pela equipa multidisciplinar (OE, 2012a).

Tendo a área da instrumentação, um particular foco no presente estágio, foi possível adquirir novos conhecimentos e desenvolver competências no que diz respeito às intervenções autónomas enquanto enfermeiro instrumentista, que foram desde:

- Elaboração de um plano de acordo com as necessidades da pessoa a ser sujeita ao procedimento cirúrgico;
- Preparação do material cirúrgico necessário;
- Preparação pré-cirúrgica das mãos de acordo com a Norma n.º 007/2019 da DGS (2019);
- Uso de técnica assética na paramentação;
- Preparação das mesas cirúrgicas;
- Manutenção e vigilância da técnica assética durante o procedimento cirúrgico;
- A troca de luvas de acordo com as recomendações mais recentes;
- O devido acondicionamento, quantificação e recolha dos materiais corto-perfurantes;
- A contabilização dos instrumentos cirúrgicos, compressas e material corto-perfurante antes do final do procedimento cirúrgico;
- A conexão dos diferentes dispositivos de drenagem quando existem;
- A realização do penso cirúrgico;
- O devido acondicionamento dos instrumentos cirúrgicos de uso múltiplo, de forma a darem o devido seguimento para o seu reprocessamento.

No que diz respeito às intervenções interdependentes, enquanto enfermeiro instrumentista, estas foram desde:

- Assistir a restante equipa cirúrgica na paramentação;
- Colaborar na desinfeção do local cirúrgico;
- Colaborar na colocação dos campos cirúrgicos;
- Transferir os instrumentos cirúrgicos em posição funcional;
- Antecipar os tempos cirúrgicos;
- Preparar irrigações, próteses ou implantes;

- Identificar e recolher nos recipientes recomendados as amostras biológicas a ser encaminhadas para laboratório decorrentes do procedimento cirúrgico.

Assim, apesar da prática como enfermeiro instrumentista, foi possível identificar formas, por vezes diferentes, de realizar algumas intervenções. Aquelas que mais se destacaram e foram objeto de maior discussão e reflexão foram as relativas à higienização das mãos pré-cirúrgica, à desinfeção do local cirúrgico e paramentação. A reflexão sobre estas intervenções permitiu compreender a importância do cumprimento da melhor evidência científica nas diversas áreas, destacando o papel do enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória enquanto promotor e facilitador do cumprimento de normas e recomendações baseadas em evidência científica, de forma a assegurar a consolidação de uma cultura de segurança nos cuidados perioperatórios.

De forma a dar continuidade aos cuidados prestados e garantir a qualidade dos mesmos é fundamental o enfermeiro registar as intervenções realizadas, tal como o Código Deontológico no artigo 83º, alínea d), o determina (OE, 2005).

Além da LVSC, realizada pelo enfermeiro circulante, em formato informatizado, foi ainda possível, durante o presente estágio clínico, utilizar como instrumento de registos do processo de Enfermagem, o programa informático *“Patient Care”*. Através do mesmo conseguimos assegurar os registos necessários para a continuidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, assim como possibilitou a aquisição de novos conhecimentos acerca deste programa, até então desconhecido enquanto utilizador.

A informatização facilita a mensuração dos cuidados prestados em BO, sendo, portanto, um importante instrumento para a obtenção de indicadores em saúde, assim como no acesso a informação específica do perioperatório, útil à investigação em Enfermagem perioperatória.

3.2. Maximiza A Segurança Da Pessoa A Vivenciar Situação Cirúrgica E Da Equipa Pluridisciplinar, Congruente Com A Consciência Cirúrgica

O Enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, tendo em conta os elevados riscos de ocorrência de eventos adversos, associados, quer à complexidade dos procedimentos, quer à vulnerabilidade da pessoa, quer aos recursos disponíveis, deve canalizar os conhecimentos e competências que permitam quer a segurança da pessoa em situação perioperatória, quer dos profissionais e do ambiente em que os cuidados são prestados. Para tal, é fundamental demonstrar consciência cirúrgica, ter um papel de liderança na prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados

perioperatórios e promover a gestão e controlo dos dispositivos médicos (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Os doentes têm direito a que sejam feitos todos os esforços, de forma a garantir a sua segurança (Barroso et al., 2021).

O Enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória atua de acordo com a consciência cirúrgica de forma a promover um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, sendo um modelo de referência e promovendo a consciência cirúrgica em benefício da pessoa, intervindo na gestão e controlo da segurança perioperatória, propondo medidas corretivas, após análise dos eventos adversos ocorridos, utilizando estratégias e medidas de segurança para evitar danos à pessoa, decorrentes de procedimentos anestésicos ou administração de terapêutica, mobilizando e posicionando a pessoa para o procedimento cirúrgico de forma a garantir o conforto e prevenir complicações, garantindo condições de trabalho e da segurança dos profissionais, assim como de boa prática e dotações seguras quer para o início, que para a continuidade dos procedimentos (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Os enfermeiros do perioperatório, em conjunto com a restante equipa multidisciplinar, devem criar condições para uma cultura de segurança, através da implementação de estratégias que diminuam o erro, do envolvimento da pessoa em situação perioperatória nos seus próprios cuidados e na promoção de um ambiente seguro para a equipa e pessoa em situação perioperatória (AORN, 2022).

O enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória deve ainda desenvolver a sua atividade numa perspetiva multidisciplinar. Para tal deve usar estratégias facilitadoras da comunicação de forma a garantir a segurança nos procedimentos cirúrgicos, articular com a equipa interdisciplinar para o planeamento e prestação de cuidados segundo a melhor evidência, ser um elemento que favoreça a complementaridade das intervenções dos diferentes profissionais em benefício da pessoa sujeita ao procedimento cirúrgico, deve comunicar de forma eficaz, assim como gerir o trabalho em equipa, promovendo a reflexão sobre os cuidados prestados e implementação de medidas corretivas quando necessário. Deve ainda gerir situações de stress e intervir no planeamento e formação e treino da equipa multidisciplinar, tendo como objetivo a segurança cirúrgica (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

“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).

No PNSD 2021-2026, onde no Pilar 3 – Comunicação, é mencionando que 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. Este define como objetivo estratégico: *“melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados”*, tendo como ações a desenvolver:

- Atualização dos normativos sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;
- Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados (Diário da República, 2021, Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro.

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. 2.ª série, n.º 187).

Neste aspeto, o presente estágio permitiu o desenvolvimento de competências de comunicação e trabalho em equipa multidisciplinar, gerindo situações de *stress*, associado por vezes às situações de urgência ou emergência em que os procedimentos cirúrgicos ou anestésicos decorreram. Dado o estágio decorrer em contexto de cirurgia de urgência ou emergência e pelo facto de ser um BO Polivalente, permitiu otimizar comportamentos e estratégias, que não só permitissem um trabalho em equipa eficaz, como maximizasse a segurança dos cuidados prestados à pessoa submetida ao procedimento cirúrgico. Permitiu, em diversas situações a reflexão sobre os cuidados prestados, favorecendo principalmente a comunicação entre os elementos da equipa de enfermagem no final dos procedimentos. Seria importante, em situações que ocorreram complicações ou falhas durante o procedimento que a reflexão fosse realizada por toda a equipa multidisciplinar, mas tal nunca aconteceu, pelo que deveria ser um aspeto a melhorar.

Contudo, genericamente, e em conjunto com a enfermeira tutora, houve sempre a preocupação no devido planeamento dos procedimentos cirúrgicos, em conjunto com a restante equipa interdisciplinar, de forma a diminuir a ocorrência de eventos adversos e garantir o sucesso e segurança cirúrgica, quer para os profissionais quer para a pessoa submetida aos respetivos procedimentos cirúrgicos.

O presente estágio foi essencial para uma melhor consciencialização da importância da consciência cirúrgica, que todos os intervenientes no contexto perioperatório devem demonstrar. Muito devido a uma consciência cirúrgica bem demonstrada pela enfermeira tutora, foi possível identificar pontos de maior relevância onde pode ser necessário alertar os diferentes intervenientes no processo cirúrgico ou anestésico de forma a garantir que a pessoa em situação perioperatória vivencie a sua experiência perioperatória em segurança e sem exposição a riscos ou eventos adversos evitáveis.

Todos os profissionais de saúde devem reger-se por um conjunto de valores e ética profissional, de modo a garantir um ambiente cirúrgico seguro, designada por “consciência cirúrgica”. A prática da técnica assética de forma rigorosa é essencial para a prevenção da infeção (AESOP, 2013).

O conhecimento dos possíveis riscos ou eventos adversos a que a pessoa em situação perioperatória está exposta, assim como o desenvolvimento de estratégias que promovam a consciência cirúrgica de toda a equipa multidisciplinar foi um dos aspetos que, enquanto futuro enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, consideramos ser fundamental trabalhar no dia-a-dia, uma vez que só quando todos os intervenientes no processo cirúrgico possuírem e demonstrarem consciência cirúrgica, é que é garantida a máxima segurança da pessoa a vivência a sua experiência cirúrgica.

A preocupação em garantir a segurança da pessoa, assim como dos intervenientes no processo cirúrgico, como a identificação inequívoca do paciente, a apresentação dos diferentes profissionais de saúde, o planeamento dos cuidados a prestar entre os elementos das diferentes equipas, o cumprimento de procedimentos de boas práticas, desde o uso de equipamentos de proteção individual (EPI's), higienização das mãos, realização da lista de verificação cirúrgica, numero de elementos dentro da sala operatória, entre outros, foram aspetos bem demonstrados e trabalhados durante o estágio. Em contexto de cirurgia de urgência ou emergência, na nossa opinião, e perante o estado de vulnerabilidade da pessoa sujeita ao procedimento cirúrgico, foi muito evidente a preocupação da equipa multidisciplinar quer na demonstração da consciência cirúrgica, quando os diferentes elementos já se conheciam ou eram mais experientes, quer na forma como a mesma foi transmitida a elementos que por vezes não demonstraram uma consciência cirúrgica tão presente ou desenvolvida.

A prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados de saúde é uma preocupação geral de todas as instituições de saúde e dos seus profissionais e população em geral.

Em 2005, a OMS lançou a iniciativa *Save Lives: Clean Your Hands*, de modo a incentivar todas as instituições do mundo, a melhorar a higienização das mãos e, consequentemente, diminuir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e suas complicações.

Pina et al. (2010) relatam que a higienização das mãos é uma ação simples, acessível e rápida e uma das principais medidas para reduzir as Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS).

A complexidade dos procedimentos perioperatórios acarreta, por si só, inúmeros fatores ou situações que interferem nas IACS, neste caso à pessoa em situação perioperatória.

A prestação de cuidados no BO é complexa, envolvendo uma equipa multidisciplinar em vários procedimentos, que devem ser otimizados de forma a garantir a segurança cirúrgica, e consequentemente a segurança dos cuidados prestados e da pessoa em situação perioperatória (OMS, 2008).

Em contexto de urgência ou emergência, a prevenção de infeções associadas aos cuidados perioperatórios, torna-se ainda mais relevante.

Assim, cabe ao enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, assegurar o cumprimento dos princípios de assepsia e controlo de contaminação, adequar os melhores cuidados à pele da pessoa em situação perioperatória, antes da intervenção cirúrgica, assegurar o cumprimento da qualidade e higienização ambiental, assim como da preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de medidas de proteção individual, gerir a implementação de procedimentos de contenção, prevenção da transmissão e descontaminação, em situações de pessoas com infeção documentada, garantir o cumprimento da esterilização dos dispositivos médicos, colaborar na manutenção da técnica assética cirúrgica, assim como na redução do tempo cirúrgico, garantir a normotermia da pessoa no período perioperatório, e elaborando recomendações e normas internas para a aplicação dos princípios da assepsia progressiva (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

O estágio clínico, foi bastante enriquecedor em vários itens relacionados com o controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados à pessoa em situação perioperatória.

O bloco operatório é um local onde o controlo de infeção adquire especial importância para a segurança do doente, dado que é o local onde o doente é submetido a procedimentos invasivos, estando exposto ao contacto de muitos e diferentes profissionais de saúde, equipamentos e dispositivos médicos.

A definição da tipologia dos circuitos/zonas do mesmo é importante para a adoção de práticas recomendadas facilitando o seu cumprimento por todos os elementos que frequentem o BO, em particular quem de novo chega ao mesmo.

O BO é frequentado regularmente por enfermeiros, médicos especialistas, médicos Internos de especialidade, internos do ano comum, estudantes de enfermagem e medicina, técnicos auxiliares de saúde, técnicos de diagnóstico e terapêutica, delegados de informação médica, e por funcionários que entram nas instalações como repositores do aprovisionamento e farmácia, técnicos do ar condicionado e dos sistemas de informação e equipamentos.

Assim, fez-se um diagnóstico de situação e identificaram-se alguns problemas:

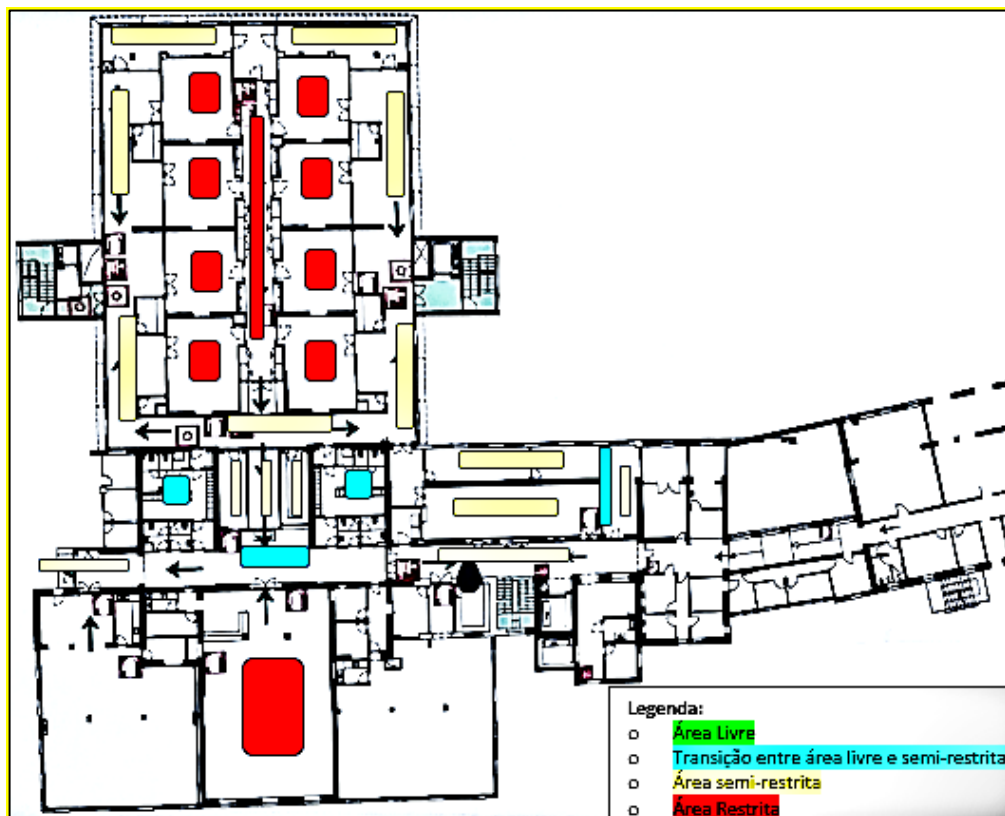
- Incumprimento do uso de fardamento (casacos não apropriados para BO, calçado inadequado, (não lavável às temperaturas recomendadas), uso de adornos nomeadamente anéis, pulseiras, relógios;
- Alocação de mochilas, carteiras, malas, garrafas de água dentro da sala operatória;
- Não cumprimento da utilização de EPI's;
- Não cumprimento dos 5 momentos de Higienização das mãos;
- Lavagem cirúrgica das mãos inadequada;
- Desconhecimento dos circuitos do BO;
- Ausência de realização formal de *briefing* e *debriefing* com a equipa da sala;
- Posturas e comportamentos desadequados em situações de conflito bem como em situações de emergências;
- Entrada/saída “desnecessária” da sala operatória;
- Ruído na sala operatória.

Face a estes comportamentos consideramos premente a realização de um manual informativo de boas práticas como medida corretiva, traduzindo-se na elaboração de um documento intitulado de “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente” (Apêndice I). Alias, foi o tema desenvolvido como projeto de melhoria contínua para o presente estágio.

A Assepsia Progressiva define a sala de operações como o ambiente mais limpo, e os espaços reservados ao pessoal como o ambiente menos limpo. É o conceito que determina o controlo e limitação do tráfego de pessoal, da pessoa submetida a cirurgia e materiais das áreas mais sujas (como o espaço reservado ao público) para as áreas mais limpas (como a sala de operações), através do estabelecimento de barreiras (vestiários do pessoal, *transfer* de doentes, EPI's) e a circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas, através da manutenção de barreiras e controlo progressivo da pressão positiva (pressão mais elevada

nas salas de operações e menos elevada nas zonas mais sujas). Este conceito vai determinar um tráfego controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, doentes e materiais, estabelecendo: a circulação do pessoal, doentes e material das zonas menos limpas para as mais limpas. A circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2013). Neste aspeto foi possível, após reflexão sobre a estrutura do BO polivalente, identificar e definir as diferentes áreas do BO, elucidando, através da realização de formação em serviço (Apêndice III), os elementos da equipa de enfermagem e deste modo, consciencializar os mesmos para a importância que podem e devem ter em transmitir e elucidar aos restantes elementos das diferentes equipas multidisciplinares e elementos novos ao serviço de forma a consciencializar-se da existência de áreas restritas, semi-restritas e livres, facilitando assim a adoção de comportamentos promotores da segurança da pessoa em situação perioperatória e diminuição da infeção associada aos cuidados prestados à mesma.

Figura 1: Circuitos do BO Polivalente



De referir, que o BO Polivalente apresenta um corredor central, entre as salas operatórias, dando acesso a cada uma e nesse mesmo corredor ser a área de preparação dos profissionais de saúde, com utilização de EPI's e desinfeção cirúrgica das mãos, antes da entrada na sala operatória. As salas operatórias são contíguas a um corredor externo, permitindo numa fase inicial o acesso da pessoa a ser submetida ao procedimento cirúrgico e no final a sua saída com destino ao recobro ou UCPA e posteriormente saída dos dispositivos médicos de uso

múltiplo (devidamente acondicionados em contentores), equipamentos e resíduos hospitalares originados pelo procedimento decorrido.

Nesse contexto, constatou-se, que por vezes, houve cruzamento de materiais ou lixos considerados sujos, com a chegada ou saída da pessoa para a mesma sala operatória ou a circularem no corredor com saída ou destino a outra sala operatória. Assim, o devido acondicionamento dos dispositivos utilizados, com destino à unidade de reprocessamento, assim como dos resíduos produzidos por cada procedimento cirúrgico, deve ser rigoroso de forma a evitar contaminação cruzada e causar danos na condição de saúde/doença, por si muitas vezes já frágil da pessoa em situação perioperatória.

Foi ainda possível acompanhar a realização de uma auditoria para a avaliação da limpeza de superfícies do BO, através do teste ATP (adenosina trifosfato) de bioluminescência, despertando assim para a importância dos procedimentos de desinfeção, assim como o assegurar do seu cumprimento, numa perspetiva de melhoria contínua dos cuidados prestados, promovendo a prevenção da infeção associada aos cuidados.

Cabe ainda ao Enfermeiro especialista na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos que são utilizados durante o período perioperatório. Assim, o mesmo deve assegurar que os dispositivos médicos estão disponíveis para o procedimento cirúrgico ou anestésico a realizar, e que estão íntegros e funcionais e que são usados conforme as recomendações, garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos, atualizar a equipa acerca das normas de segurança na utilização dos mesmos, garantir a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, assegurar a rastreabilidade e documentação da utilização de dispositivos médicos implantáveis de acordo com os procedimentos e legislação, controlar a gestão de tecidos e fluidos orgânicos (análise, eliminação, colheita e transplante), participar na conceção e implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo, e emitir pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos (Diário da República, 2018, Regulamento nº429/2018).

Neste contexto, além de visitas à unidade de reprocessamento da ULS, foi sempre dada extrema importância à gestão dos dispositivos médicos, quer de uso único, quer de uso múltiplo. No que diz respeito aos dispositivos de uso único, dependendo se eram *stockáveis* ou não *stockáveis* ou à consignação, foram sempre devidamente registados em folha própria e anexa ao processo do doente, assim como registados no programa informático de gestão de *stocks*, “*Tátil*”.

Relativamente aos dispositivos de uso múltiplo, teve-se sempre especial atenção à sua disponibilidade e garantia de adequado processo de reprocessamento, antes do início do procedimento cirúrgico, assim como o seu correto manuseio, e acondicionamento para envio à central de reprocessamento. O registo em folha própria das caixas de instrumentos cirúrgicos utilizados para cada procedimento também foi sempre devidamente realizado, como procedimento de garantia da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

Durante o presente estágio clínico, foram realizados procedimentos de diferentes especialidades cirúrgicas e, por conseguinte, foram utilizados dispositivos médicos implantáveis muito diversos. Aquando do seu uso, os mesmos foram devidamente registados em folha própria e anexa ao processo da pessoa submetida ao procedimento.

Foram também, verificadas a contagem dos itens quantificáveis (compressas, corto-perfurante, etc...) de forma a garantir a ausência de retenção inadvertida de itens no local cirúrgico.

Sempre que existiram produtos biológicos para análise ou eliminação, foram devidamente identificados e acondicionados de forma a garantir o envio aos respetivos serviços nas melhores condições, segundo as melhores recomendações ou evidência, garantindo assim, uma cultura de segurança e a prestação de cuidados de qualidade à pessoa em situação perioperatória.

4. Considerações finais

O conhecimento adquirido e o desenvolvimento de competências, enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, foi fundamental para o estímulo do pensamento crítico-reflexivo acerca dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

A aquisição de conhecimentos sobre as diferentes tipologias de patologias, intervenções cirúrgicas e respetivas intervenções de enfermagem realizadas, foram um incremento na formação profissional, promovendo a melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

A pessoa a vivenciar uma transição no seu estado de saúde de grande vulnerabilidade, necessita de cuidados de enfermagem especializados, com consciência cirúrgica aprimorada, de modo a recuperar desta fase, de forma confortável, capacitada para as suas necessidades e permitindo um regresso à sua vida o mais precocemente possível, tendo como garantia, a qualidade e a segurança dos seus cuidados.

A prática baseada na evidencia e a implementação de projetos de melhoria continua, são fundamentais para o desenvolvimento de uma enfermagem avançada.

Com a aquisição e desenvolvimento de competências como enfermeiro especialista ao longo da realização do estágio e do presente relatório crítico-reflexivo, consideramos atingidos os objetivos propostos em relação ao estágio, e ao presente relatório.

O contacto com uma realidade diferente da prática profissional habitual, proporcionou uma experiência valiosa, essencialmente para o despertar de diversos fatores que podem ser promotores de melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, assim como da segurança dos cuidados prestados e dos profissionais que os prestam, favorecendo assim a garantia de que a prática baseada na melhor evidência científica são o pilar para a excelência dos cuidados prestados.

Enquanto futuro enfermeiro especialista em Enfermagem médico-cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, consideramos a segurança do doente e a melhoria continua dos cuidados de enfermagem, serem o foco da nossa atividade futura, permitindo todos os dias o desenvolvimento da Enfermagem enquanto ciência.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios relativamente à
utilização do *debriefing* no bloco operatório

1. Resumo

Enquadramento: A segurança do doente em contexto de bloco operatório depende de vários fatores, entre eles os relacionados com a comunicação eficaz. Nesse sentido, conhecer o atual “estado da arte” relativamente à utilização do *debriefing* pelos enfermeiros perioperatórios torna-se premente.

Objetivo: Perceber qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Metodologia: Estudo qualitativo, 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 15 enfermeiros do bloco operatório com os seguintes critérios de inclusão: 5 enfermeiros proficientes, 5 peritos e 5 especialistas em enfermagem médico-cirúrgica ou à pessoa em situação perioperatória a exercer funções num bloco operatório há pelo menos três anos.

Resultados: Da análise de conteúdo das entrevistas emergiram preocupações relacionadas com a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, assim como com a promoção da melhoria contínua dos mesmos. Destaca-se a importância atribuída ao *debriefing*, como momento de reflexão, de partilha e acima de tudo de aprendizagem e fortalecimento da equipa de Enfermagem e multidisciplinar.

Identificaram-se fatores positivos e negativos para a realização do *debriefing* em contexto de BO, em particular nas cirurgias de urgência/emergência. Contudo, fatores como falta de tempo formal e a cultura organizacional são prejudiciais à sua realização. Fatores com envolvimento da liderança, atribuição de tempo formal e presença de um moderador com competências comunicacionais e relacionais, assim como com conhecimento teóricos e práticos sobre a situação a rever são aspetos que serão facilitadores para a sua implementação. Destaca-se a importância atribuída ao *debriefing*, contudo, devido à cultura de culpabilização e penalização, assim como à falta de momentos formais para a sua realização, a sua prática não está devidamente implementada no contexto de estudo.

Será importante o envolvimento das lideranças, no sentido de dar cumprimento a orientações legais e deontológicas, para uma efetiva cultura de segurança e melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Palavras-chave: *Debriefing*; Enfermagem perioperatória; percepção; segurança do paciente

2. Abstract

Background: Patient safety in the operating room (OR) setting depends on various factors, including effective communication. Understanding the current "state of the art" regarding the use of debriefing by perioperative nurses is therefore imperative.

Objective: To understand perioperative nurses' perceptions regarding the use of debriefing in the context of scheduled and/or urgent/emergency surgeries.

Methodology: A qualitative, descriptive, cross-sectional, phenomenological study was conducted, utilizing content analysis of results obtained through semi-structured interviews with 15 OR nurses. Inclusion criteria encompassed five proficient nurses, five experts, and five specialists in medical-surgical nursing or perioperative nursing, all with at least three years of experience in the OR setting.

Results: Content analysis of the interviews revealed concerns related to the safety of care provided to perioperative patients and the promotion of continuous improvement. The significance of debriefing was highlighted as a moment for reflection, sharing, and, above all, learning and strengthening of the nursing and multidisciplinary team.

Both positive and negative factors influencing the implementation of debriefing in the OR, particularly during urgent/emergency surgeries, were identified. However, factors such as lack of formal time and an unsupportive organizational culture hinder its execution. Facilitators for implementation include leadership involvement, allocation of formal time, and the presence of a moderator with communication and relational skills, as well as theoretical and practical knowledge of the situation under review. Despite the recognized importance of debriefing, its practice is not adequately implemented in the study context due to a culture of blame and punishment, as well as the absence of formal opportunities for its execution.

Conclusion: Leadership involvement is crucial to comply with legal and ethical guidelines, fostering an effective culture of safety and improvement in the care provided to perioperative patients.

Keywords: Debriefing; Perioperative nursing; Perception; Patient safety

3. Fundamentação/enquadramento teórico

No século XIX, Florence Nightingale, revolucionou a enfermagem e promoveu mudanças nos cuidados de saúde, no sentido da melhoria da segurança do doente, através da sua análise às condições dos hospitais Ingleses (Lopes, 2010).

A descoberta das bactérias por Louis Pasteur e a introdução dos antissépticos por Joseph Lister, aliadas ao desenvolvimento da anestesia e à crescente preocupação com a prestação de cuidados de saúde de qualidade, impulsionaram transformações significativas nos hospitais. Estas mudanças visaram melhorar as condições físicas das infraestruturas hospitalares e implementar práticas clínicas mais seguras e eficazes, refletindo uma evolução no entendimento da importância do ambiente hospitalar na promoção da saúde e na prevenção de infeções nosocomiais (Hamlin, 2020).

Com a Primeira Guerra Mundial houve a necessidade de reestruturar os blocos operatórios. Passaram de uma ou 2 salas, para unidades cirúrgicas especializadas com características físicas e funcionais mais complexas, incluindo acessos próprios, tal como se observam nos hospitais nos dias de hoje (AESOP, 2012).

Paralelamente, emergiu a necessidade de formar profissionais de enfermagem capacitados para assistir nas intervenções cirúrgicas e prestar cuidados especializados no pré e pós-operatório, dando origem à Enfermagem perioperatória como área de prática autónoma e diferenciada (Hamlin, 2020).

A American Association of Operating Room Nurses (AORN) é fundada em 1949 com o objetivo de assegurar os cuidados prestados ao doente cirúrgico, altura em que se falava de Enfermagem da sala de operações. Em 1978 surge o conceito de Enfermagem perioperatória, sendo que esta propõe um campo de atuação alargado, onde a Enfermagem passa a ter um papel nas diferentes fases do perioperatório (pré, intra e pós-operatório) como hoje é concebido e reconhecido (AESOP, 2012).

Procurando a excelência profissional, o enfermeiro especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, procura: desenvolver a sua prática evitando complicações para a pessoa submetida a cirurgia, atuando com rigor técnico e científico na implementação das intervenções de enfermagem; contribuir para a máxima eficácia na organização dos cuidados de enfermagem, através da existência de um sistema de melhoria contínua e políticas de formação contínua, no sentido de promover o desenvolvimento profissional e da qualidade da Enfermagem; e procura o mais elevado nível de segurança à pessoa em situação

perioperatória (Ordem dos Enfermeiros - Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem Médico-cirúrgica, 2017).

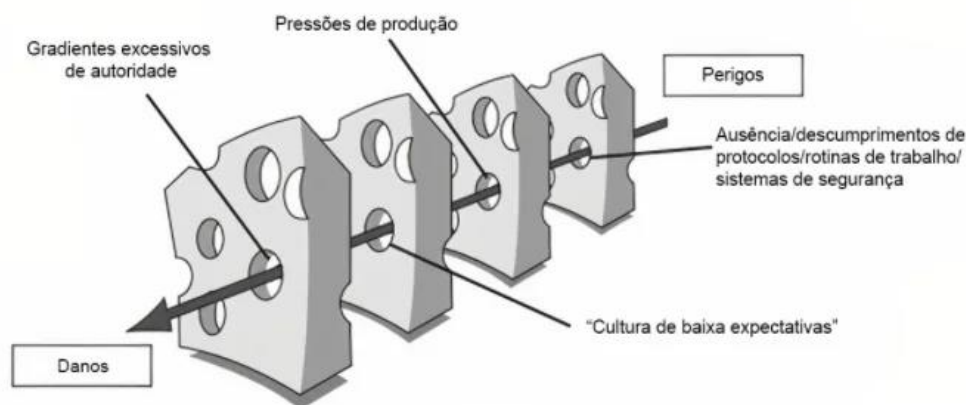
A segurança no BO pode ser alcançada através da comunicação efetiva da equipa e da capacidade de cooperar para um determinado objetivo. Um meio para alcançar essa segurança é através da utilização de "*briefings*" no BO. Os *briefings* promovem a sintonia de toda a equipa para a realização de determinada tarefa e têm sido progressivamente mais utilizados no BO, com vantagens acrescidas para a segurança do doente (Fragata, 2010).

Sendo o BO um contexto de trabalho bastante complexo, onde probabilidade de ocorrência de eventos adversos é grande, e erros de comunicação são bastante frequentes, importa instituir medidas que promovam a diminuição de eventos adversos na prestação de cuidados no BO, em particular em contexto de urgência ou emergência.

Compete aos enfermeiros especialistas o reconhecimento de práticas de risco, assim como a prevenção da recorrência das mesmas (Diário da República, 2019, Regulamento nº140/2019).

Os erros acontecem quando vários fatores, associados a uma sequência de falhas acontece, tal como demonstra a teoria do "queijo suíço" de Reason (2020).

Figura 2: Teoria do "queijo suíço" de Reason



Fonte: Wachter, 2010, p.36

Existem "falhas latentes", ou seja, falhas ou fragilidades do sistema, como por exemplo: equipamento ultrapassado ou sem manutenção adequada, absentismo ou falhas nos processamentos dos materiais, e "falhas ativas", ou seja, falhas ou erros causados pelos profissionais de saúde, por vezes relacionadas ou influenciadas pelas "falhas latentes", que quando se alinham, criam uma trajetória, que resultará num evento adverso (Fragata & Martins, 2005).

Em 2004, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou a campanha para a segurança do doente “*Patient Safety*”, propondo a segurança do doente como uma prioridade de saúde pública.

Em 2005, a OMS pede colaboração à Joint Commission International (JCI) para trabalhar as questões relacionadas com a segurança do doente. Dessa colaboração surgiram as “*Soluções de Segurança do Paciente*”, tendo como contributo a sistematização de medidas preventivas e a implementação de políticas nas áreas problemáticas relacionadas com a segurança da pessoa.

Após esse trabalho, em 2007, foram publicadas um conjunto de soluções, que passam por mudanças simples das práticas, mas que permitem evitar incidentes graves e que pretendem ser uma referência para os profissionais e instituições de saúde.

A nova “Diretriz para comunicação da equipa” da Association of Perioperative Registered Nurses (AORN) fornece orientação sobre o uso de processos e ferramentas padronizados para melhorar a qualidade da comunicação da equipa, sendo abordadas as transferências entre as fases dos cuidados perioperatórios; um *briefing*; um intervalo para verificar o paciente, procedimento, local e lado correto; e um *debriefing* (AORN, 2018).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde considera a segurança do doente uma prioridade, sendo por isso fundamental a avaliação da cultura de segurança do doente, e o ponto de partida para a introdução de mudanças no comportamento dos profissionais e instituições, de forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução nas instituições (DGS, 2018).

Com o objetivo de promover a segurança do doente, a DGS assumiu a responsabilidade de planear e programar a política nacional para a qualidade no sistema de saúde. Esta missão materializa-se através da implementação de atividades e programas centrados na segurança dos doentes e na melhoria contínua da qualidade clínica e organizacional das unidades de saúde. Para tal, são adotadas medidas que visam reduzir a ocorrência de eventos adversos e fomentar a adoção de práticas seguras, contribuindo para ambientes de cuidados cada vez mais seguros. Estas diretrizes estão consagradas no Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro, publicado no Diário da República, 2.ª série, n.º 187, que aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026).

Segundo PNSD 2021-2026, “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (DGS, 2021, p.96).

A comunicação em saúde deve ser encarada como um processo cíclico, devendo para tal estar sujeita a um planeamento, implementação, monitorização, avaliação e aperfeiçoamento. Desta forma, haverá sempre possibilidade de introduzir melhorias (DGS, 2023).

Comunicar de forma eficaz pressupõe transmitir uma mensagem de forma credível e transparente, deve ser clara e acessível, deve ser transmitida de forma empática e com compreensão e deve ser contextualizada no tempo e no espaço (WHO, 2017).

Cerca de 60% dos eventos adversos em ambiente perioperatório surgem de falhas na comunicação entre os profissionais de saúde (AORN, 2022).

O *debriefing* é um processo de reflexão, realizado após determinado acontecimento, promovendo a aquisição de conhecimentos e atitudes e habilidades nos elementos envolvidos, sendo responsável por cerca de 80% da aprendizagem adquirida pelos envolvidos (Nascimento, et al, 2020).

A realização do *debriefing* deve acontecer, idealmente, no imediato após a cirurgia e que inclua toda a equipa cirúrgica. É importante serem discutidas questões relacionadas com a segurança do doente, potenciais falhas nos equipamentos e na comunicação, e deve ser criado um momento para reflexão e *feedback* precoce e significativo, o que leva a uma melhor cultura de segurança e aprendizagem partilhada com a equipa (Bourget-Murray et al., 2022).

A utilização de modelos de *debriefing* é promissora em contexto perioperatório, pois tem como objetivo melhorar o trabalho em equipa e promover a segurança do doente. (Skegg et al., 2023).

Segundo *Carpini & Flemming* (2020) a realização de *debriefing* eficaz é um método promissor como oportunidade de aprendizagem e experiência individual ou em equipa, com potencial para melhorar o seu desempenho. Quando o *debriefing* se foca no apontamento de falhas e culpa individual prejudica a aprendizagem e a segurança psicológica dos intervenientes.

Uma abordagem eficaz para a melhoria contínua da prática de enfermagem é a implementação da metodologia Kaizen, que enfatiza a importância de cada dia de trabalho e de cada oportunidade de intervenção. Através de pequenos ajustes, possibilita a transformação da prática quotidiana em mudanças significativas e duradouras (Egoshi, 2006).

O *Kaizen*, originário do Japão, baseia-se na filosofia de que pequenas melhorias diárias, realizadas por todos os membros da equipa, podem resultar em avanços substanciais na qualidade dos cuidados prestados. Esta abordagem promove a participação ativa dos

profissionais de saúde na identificação e resolução de problemas, incentivando a reflexão crítica sobre as práticas existentes e a procura por soluções mais eficientes e seguras.

A aplicação do *Kaizen* na Enfermagem envolve a utilização de ferramentas como o ciclo PDCA, que estrutura o processo de melhoria contínua. Este ciclo permite a avaliação sistemática das práticas de enfermagem, a identificação de áreas de melhoria e a implementação de mudanças que visam otimizar os resultados para as pessoas submetidas aos cuidados de saúde.

Além disso, a metodologia *Kaizen* promove uma cultura organizacional que valoriza a colaboração, a comunicação aberta e o comprometimento com a qualidade, elementos essenciais para a construção de ambientes de cuidados mais seguros e eficazes. Ao integrar esta metodologia na prática de enfermagem, é possível não apenas melhorar a qualidade dos cuidados, mas também fortalecer a satisfação e o bem-estar dos profissionais de saúde. De acordo com *Alexandrino et al. (2020)* a utilização de *debriefing* é extremamente útil, onde a liderança tem um papel fulcral no contorno 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.

A cultura de punição associada ao erro, em vez da instituição de medidas que melhorem a qualidade dos cuidados e a segurança das pessoas, continua a ser um problema (*Furini et al., 2018*).

Uma liderança efetiva incentiva a ultrapassar as dificuldades de aprendizagem da equipa, contudo ainda existem desafios apontados ao uso de momentos de *debriefing*, pelo receio de culpabilização, associado ao abuso de poder hierárquico (*Skegg et al., 2023*).

O *debriefing* pode ser classificado em:

- “Quente” – realizado imediatamente após a emergência/urgência;
- “Morno” – realizado após algumas horas da emergência/urgência;
- “Frio” – realizado dias ou semanas após a emergência/urgência (*Kessler et al. (2015)*).

A tomada de decisão em contexto perioperatório é complexa, sendo a chave do progresso da prática de Enfermagem através do conhecimento teórico e prático inerente à perícia do enfermeiro (*Benner, 2001*).

A prática de enfermagem em contexto perioperatório está diretamente ligada ao trabalho em equipa multidisciplinar. A utilização de modelos de *debriefing* como instrumento de comunicação pode ser promissor para a reflexão em equipa dos eventos críticos em cirurgia e, com isto, promover uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados ao doente.

Os Enfermeiros devem prestar cuidados seguros, assentes em práticas seguras suportadas em evidência científica atualizada, no sentido de adquirirem competências que permitam diminuir o risco da pessoa durante o período perioperatório (Nagel et al., 2022).

Benner (2001), refere que as competências, são aprimoradas pelos conhecimentos que foram adquiridos pela experiência e partilhados nos seus contextos, desenvolvendo essas mesmas competências até encontrar a perícia profissional.

O Enfermeiro passa por um processo de transição na aquisição de competências, sendo que Benner identificou cinco níveis de aquisição de competência: Iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e perito (Benner, 2001).

Descrevendo cada nível de competência, temos:

- O Enfermeiro **iniciado**, que é normalmente recém-licenciado, desenvolvendo a sua atividade em função de regras e orientações, tendo dificuldade em definir prioridades;
- O enfermeiro **principiante avançado**, que já tem alguma experiência, mas ainda precisa de orientação para situações mais complexas;
- O enfermeiro **competente**, que é aquele que já tem experiência profissional com cerca de 2 a 3 anos, sabendo planear os cuidados e estabelecer prioridades, mas ainda sem uma visão global e intuitiva;
- O enfermeiro **proficiente**, que já tem uma visão global da situação clínica da pessoa, conseguindo atuar com fluidez e intuição e conseguindo antecipar os problemas dada a experiência que já possui;
- E o enfermeiro **perito**, que possui muita experiência, atuando de uma forma holística e intuitiva perante a situação clínica da pessoa, conseguindo identificar pormenores e ter um pensamento clínico aprimorado. O enfermeiro perito é reconhecido pelos colegas tendo muitas vezes um papel de líder informal (Benner, 2001).

O Enfermeiro perito é aquele que tem uma resposta mais eficaz, aprende com a experiência e consegue fazer uma relação entre os conhecimentos teóricos e práticos, fazendo diagnósticos precisos e sem abordagens ineficazes. São enfermeiros muitas vezes procurados para emitirem apreciações clínicas, assim como procurados pelos seus pares ou superiores hierárquicos (Benner, 2001).

A escolha da presente temática relacionada com o *debriefing*, em particular da equipa de enfermagem em contexto de bloco operatório, surge duma inquietação pessoal.

Apesar do *debriefing*, em contexto perioperatório, ser recomendado e existindo alguma produção científica acerca do tema, relativamente ao uso desta ferramenta pelos

enfermeiros do perioperatório, em particular em contexto de bloco operatório, para desenvolvimento de competências próprias da enfermagem, parece haver algumas lacunas. Face ao exposto, surge a questão de investigação: qual a percepção dos enfermeiros à pessoa em situação perioperatória, relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Para dar resposta à questão de investigação definiu-se o seguinte objetivo:

- Perceber qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Pretende-se com o presente estudo, sensibilizar os enfermeiros do perioperatório para a importância da comunicação eficaz, com especial enfoque na prática do *debriefing*, e compreender as suas percepções sobre o impacto desta comunicação na segurança da pessoa em situação perioperatória. Além disso, visa explorar de que forma a comunicação eficaz contribui para o desenvolvimento de competências avançadas em enfermagem no contexto perioperatório.

Este estudo pretende, assim, reforçar a consciência dos enfermeiros sobre a relevância da comunicação eficaz, em particular do *debriefing* na prática clínica, promovendo a adoção de estratégias que melhorem a segurança do doente e fomentem o desenvolvimento profissional contínuo na área da Enfermagem perioperatória.

4. Finalidade e objetivos

O presente estudo surge duma inquietação pessoal do investigador, que dá origem à questão de investigação: Qual a percepção dos enfermeiros à pessoa em situação perioperatória, relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

No decorrer da experiência profissional e do contexto profissional, o investigador identificou o *debriefing* como sendo um aspeto, da prática de enfermagem e da equipa multidisciplinar, praticamente inexistente de forma formal. O investigador considera que a ausência do *debriefing*, poderá ter um papel relevante no que diz respeito à segurança dos cuidados, da equipa e da pessoa em situação perioperatória.

Assim, e para delinear o estudo, definimos como objetivo principal:

- Perceber qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Como objetivos específicos definimos:

- Perceber qual o significado e importância atribuídos pelos enfermeiros do perioperatório ao *debriefing*;
- Identificar a prática de utilização do *debriefing* pela equipa de enfermagem;
- Identificar diferenças no *debriefing* para a equipa de enfermagem nas cirurgias programadas e de urgência/emergência;
- Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no bloco operatório de forma a melhorar os cuidados de enfermagem e refletir sobre os mesmos;
- Identificar sugestões para a segurança do doente e melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória pela equipa de enfermagem.

Com a realização desta investigação, espera-se contribuir para a melhoria, quer dos cuidados, quer da segurança da pessoa em situação perioperatória, e por outro lado, sensibilizar os enfermeiros perioperatórios para a importância da realização do *debriefing* no bloco operatório.

5. Metodologia

A Enfermagem enquanto disciplina, deve o seu desenvolvimento à investigação.

A investigação científica tem como finalidade dar resposta a determinado problema, recorrendo a um conjunto de instrumentos de forma a produzir conhecimento, aumentando-o (Reis, 2022).

O presente estudo terá uma abordagem de investigação qualitativa, recorrendo a um estudo do tipo exploratório, descritivo, através da realização de entrevistas semiestruturadas (L. Santos & Lima, 2019).

Um estudo qualitativo fundamenta-se na procura do significado e da interpretação, e na fenomenologia que procura perceber o fenómeno através dos dados obtidos pelos participantes (Vilelas, 2020).

A investigação qualitativa procura fazer uma descrição de modo a transmitir a compreensão de determinado fenómeno social ou cultural. Só assim se consegue distinguir o complexo ou o inesperado (Gonçalves et al., 2021).

De seguida, descrevemos e fundamentamos o estudo. No primeiro ponto identificado como desenho do estudo faremos uma descrição do contexto do estudo, dos participantes e amostra do mesmo, do instrumento de recolha de dados e da sua análise. Por último abordaremos as considerações éticas tidas em conta para a realização do mesmo.

5.1. *Desenho Do Estudo*

O desenho do estudo pretende, de uma forma clara, mostrar todo o processo do estudo, desde o contexto em que o mesmo acontece, à escolha dos participantes e respetiva amostra, passando pelo instrumento de recolha de dados e ferramentas utilizadas para análise dos mesmos.

Os estudos descritivos tentam descrever um determinado fenómeno, ou seja, as características e dimensões de determinada realidade, de forma a mostrar uma visão mais ampla acerca do fenómeno em estudo (Vilelas, 2022).

O investigador optou por uma investigação qualitativa, através da realização de entrevistas semiestruturadas, de modo a obter uma compreensão mais profunda sobre a matéria em estudo, contribuindo para o aumento do conhecimento científico na área (Rego et al., 2018). Na investigação qualitativa, os indivíduos do estudo, são habitualmente designados de participantes, reforçando assim o seu papel ativo que têm no estudo (Vilelas, 2022).

Tendo o presente estudo a finalidade de conhecer a perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* no BO, uma abordagem qualitativa permite mostrar com precisão o fenómeno que se pretende descrever e interpretar (P.P.Sousa & Ferrito, 2022).

Na figura 3, é apresentado, de uma forma esclarecedora e resumida, o desenho do estudo de investigação desenvolvido.

Figura 3: Desenho do estudo

Metodologias de Investigação	Qualitativa		
Tipo de estudo	Descritivo, transversal e fenomenológico		
Colheita de dados	janeiro a fevereiro 2025		
Participantes	5 enfermeiros especialistas em Enfermagem médico cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória	5 enfermeiros peritos	5 enfermeiros proficientes
Critério de inclusão	3 ou mais anos de experiência em BO		
Instrumento de recolha de dados	Entrevista semiestruturada		
Análise de dados	Análise temática de Laurance Bardin (2016) – Nvivo 15 Release 15.1.1 (9)		
Revisão da literatura			

5.1.1. Contexto Do Estudo

O contexto do estudo, foram enfermeiros de blocos operatórios de hospitais do Norte de Portugal e que prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória quer a nível de cirurgia eletiva, quer em cirurgia de urgência/emergência.

5.1.2. Participantes Do Estudo

Para o presente estudo definimos como critérios de inclusão enfermeiros do bloco operatório proficientes, enfermeiros peritos e enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória a exercerem funções em contexto de bloco operatório. Como critério de exclusão definimos todos os enfermeiros com menos de 3 anos de experiência no bloco operatório.

A escolha da população depende do objetivo do estudo e do seu contexto. Assim, quanto mais específico for o contexto do estudo, mais específica será a população. A escolha da

amostra deve ser representativa da população, para que possa dar resposta ao problema e à questão de investigação (Mattar & Ramos, 2021).

Pretende-se com uma amostra representativa da população estudada, obter conclusões semelhantes às que se obteriam com o estudo da totalidade da população (Vilelas, 2020).

Como processo de recrutamento dos participantes será usada a técnica da “bola de neve” (Snowball Sampling), uma vez que os participantes selecionados, convidam outros participantes da sua rede de contatos, permitindo que a amostra aumente, conforme os primeiros participantes selecionados convidam novos participantes a fazerem parte do estudo (Bockorni & Gomes, 2021).

5.1.3. *Amostra Do Estudo*

Será uma amostra não probabilística, intencional, que da população do estudo foram selecionados 15 enfermeiros, distribuídos pela seguinte forma: 5 enfermeiros proficientes, 5 enfermeiros peritos e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Segundo o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, de Patrícia Benner (2001), existem cinco níveis de competências na prática clínica de Enfermagem: iniciado, principiante avançado, competente, proficiente e perito.

A Percepção é uma característica essencialmente dos níveis de enfermeiro proficiente e perito, motivo pelo qual foram incluídos no estudo.

Sendo que Benner define enfermeiro competente como aquele que tem experiência profissional de cerca de 2 a 3 anos, decidimos como critério de exclusão todos os enfermeiros com menos de 3 anos de prática profissional em contexto de BO.

Assim, foram selecionados 15 enfermeiros que trabalham em contexto de BO há mais de 3 anos.

Segundo o Modelo de Aquisição de Perícia de Dreyfus, de Patrícia Benner (2001), existem cinco níveis de competências na prática clínica de Enfermagem: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. A Percepção é uma característica essencialmente dos níveis de enfermeiro proficiente e perito.

Foram selecionados 5 enfermeiros proficientes (com mais de 3 anos de experiência no BO) e sem formação especializada em Enfermagem, 5 enfermeiros Peritos (com mais de 10 anos de experiência no BO) e sem formação especializada em Enfermagem e 5 enfermeiros com especialização em Enfermagem médico-cirúrgica ou Enfermagem médico-cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Quanto à seleção dos enfermeiros peritos, definimos como tempo de exercício profissional em BO 10 ou mais anos de experiência profissional, uma vez que Benner identifica o enfermeiro perito como aquele que tem uma “*enorme experiência*” (2001, p.58).

A escolha de enfermeiros proficientes, peritos e especialistas, deveu-se à pertinência da amostra ser a mais representativa da realidade perioperatória. Assim, pretendeu-se garantir que os enfermeiros participantes na investigação tivessem competências e conhecimentos adequados de forma que a capacidade de percepção sobre os cuidados prestados em BO fosse aprimorada.

5.1.4. *Instrumento De Recolha De Dados*

Como instrumento de recolha de dados foi utilizado um breve questionário de forma a caracterizar a amostra, recolhendo dados como a idade, o género, a formação académica, tempo de experiência profissional, funções desempenhadas no bloco operatório, entre outras, e uma entrevista semiestruturada.

As entrevistas, sendo um inquérito verbal e espontâneo, produzem palavras ou elementos de frases que, por vezes podem parecer supérfluos ou não relevantes. Contudo, esses elementos têm significados importantes e relevantes para a determinação semântica dos temas em estudo (Bardin, 2016).

Foi elaborado um guião (Apêndice IX) com questões abertas para servir de orientação às entrevistas, de acordo com os objetivos do estudo, a pesquisa bibliográfica realizada e o conhecimento sobre o tema. Foi composto por questões abertas, de modo a proporcionar aos participantes expressarem-se sem limitações acerca de cada questão.

Também foi aplicado um teste piloto, com a realização de 3 entrevistas a 3 enfermeiros com as mesmas características da amostra, com a finalidade de perceber a compreensão das questões, e se as mesmas davam resposta aos objetivos do estudo, não tendo sido necessário a reformulação do mesmo.

As entrevistas foram realizadas em local a combinar com os participantes, em local calmo e sereno para que decorressem com o máximo de conforto e privacidade, sendo que a totalidade dos participantes preferiu realizar as mesmas de forma não-presencial, tendo para tal efeito, utilizado a aplicação *Zoom* de acordo com a disponibilidade e preferência dos participantes. As entrevistas tiveram, em média, cerca de 40 minutos de duração.

Os dados obtidos foram registados em suporte áudio e vídeo, uma vez que as entrevistas foram realizadas na sua totalidade através da aplicação *Zoom*, de forma não-presencial.

Antes do início das entrevistas, os participantes foram esclarecidos do objetivo da investigação, aceitando a participação no estudo através do seu consentimento livre e esclarecido, tendo sido garantido o anonimato dos mesmos.

Todas as entrevistas foram conduzidas pelo investigador, não tendo sido necessário repetir nenhuma das entrevistas.

5.1.5. *Análise De Dados*

Para análise de dados foi utilizada a transcrição integral das entrevistas, com recurso ao *software* de análise de dados qualitativos *NVivo 15 Release 15.1.1* (9), que após a sua leitura e análise categorial, foram divididos em categorias e ou subcategorias e unidades de registo, como refere Vilelas (2020).

Cada entrevista foi codificada com a abreviatura Pro (Proficiente), Per (Perito) e Esp (Especialista) e com os números de 1 a 5 que foi atribuído a cada participante de cada um dos grupos.

A análise de conteúdo realiza-se em diferentes fases: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados e interpretação (Bardin (2016) e Vilelas (2020).

Na fase de pré-análise foi realizada uma leitura das entrevistas de modo a identificar e compreender o contexto dos relatos de cada participante. Na fase de exploração do material, foram retirados excertos dos textos de cada entrevista de forma a identificar diferentes categorias de análise. Por último, na fase de tratamento e interpretação dos resultados, procedeu-se à codificação de cada excerto em categorias e subcategorias.

A análise categorial implica dividir o texto em unidades de registo ou categorias, agrupando-as de acordo com as suas semelhanças (Bardin, 2016).

De seguida, foi elaborado um quadro matriz onde se explanam as unidades de registo devidamente recodificadas de cada domínio identificado (Apêndice X).

De referir, que dada a diversidade de respostas e para que os resultados dos dados tivessem significância, foi necessário recodificar as unidades de registo. Esta recodificação permitiu identificar conceitos que melhor representam os padrões de resposta dos participantes.

Posteriormente foram interpretados os dados, apresentando as nossas interpretações acerca dos mesmos, em articulação com o quadro teórico do estudo e os objetivos do mesmo, sendo que podem surgir novos conhecimentos, sugeridos pela leitura dos dados obtidos do estudo, como refere Vilelas (2020).

O tratamento dos dados de determinado fenómeno em estudo, tem como finalidade apurar se os resultados obtidos vão de encontro aos resultados esperados e se dão resposta à questão de investigação e objetivos do estudo (Reis, 2022).

5.2. Considerações éticas

A participação numa investigação deve ter por base uma escolha informada, livre e esclarecida sobre o estudo, as suas implicações e riscos de participação, devendo existir um consentimento informado, que deve ser manifestado de forma escrita, datada e assinada Vilelas (2020).

A realização do presente estudo teve como base do seu desenvolvimento, o respeito pelos princípios éticos na garantia do: direito à autodeterminação; direito à intimidade; direito ao anonimato e à confidencialidade; direito à proteção contra o desconforto e prejuízo e direito a um tratamento justo e equitativo (Vilelas, 2020).

Assim, para a realização do presente estudo de investigação, foi solicitada autorização à Unidade de Investigação e Desenvolvimento e à comissão de ética da ESSNorteCVP, que obteve parecer favorável (Anexo IV e Anexo V, respetivamente).

Foi, da mesma forma, solicitada autorização a cada participante, para a sua inclusão neste estudo, assim como solicitada a autorização para a gravação áudio das entrevistas e garantida a sua confidencialidade. Foi, ainda, entregue o consentimento informado para ser preenchido e assinado por cada um dos participantes, com a garantia que os dados recolhidos serão apenas utilizados para a realização do presente estudo (Apêndice XI).

Declara-se ainda, não existirem quaisquer conflitos de interesses quer por parte do investigador, quer por parte dos participantes. Não estão também previstos qualquer dano físico ou emocional, para os participantes.

Considera-se como benefício da investigação, o despertar por parte dos participantes, para a segurança dos cuidados perioperatórios, dando ênfase aos eventos adversos relacionados com os erros de comunicação, assim como à utilização de estratégias que promovam a melhoria dos cuidados como é o caso da utilização do *debriefing* no contexto do bloco operatório.

6. Resultados

Neste capítulo, serão apresentados os resultados obtidos do tratamento dos dados da investigação. Os mesmos, serão expostos de forma clara, objetiva e lógica, permitindo uma melhor compreensão do fenómeno em estudo.

No subcapítulo seguinte, serão apresentados os dados sociodemográficos dos participantes da investigação, sendo que no segundo subcapítulo, apresentaremos os dados resultantes da categorização da análise de conteúdo das entrevistas.

6.1. *Caracterização dos participantes da investigação*

Dos 15 participantes foram entrevistados 13 enfermeiros do género feminino e 2 do género masculino, com idades compreendidas entre os 28 e os 56 anos de idade, correspondendo a uma média de idades de 40,2 anos.

Dos participantes, 80% correspondem a 12 enfermeiros com idades entre os 30 e os 50 anos; um tinha idade inferior a 30 anos e dois tinham mais de 50 anos. Em média, os enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória têm 44 anos de idade; os enfermeiros peritos apresentam uma média de 44,8 anos, enquanto os enfermeiros proficientes têm, em média, 33,8 anos de idade.

Relativamente às habilitações académicas, todos os participantes possuem licenciatura em Enfermagem. Dos cinco enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica, três concluíram o mestrado na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

No que respeita a outras formações académicas, nomeadamente pós-graduações, 10 enfermeiros possuíam uma ou mais pós-graduações em diferentes áreas da Enfermagem. Destacam-se as pós-graduações em instrumentação cirúrgica e em anestesiologia, realizadas por 4 e 3 enfermeiros, respetivamente.

Seguem-se as pós-graduações em supervisão clínica, gestão e administração em saúde e feridas e viabilidade tecidular, concluídas por 2 enfermeiros em cada uma destas áreas. As pós-graduações em Enfermagem perioperatória, emergência e trauma, controlo de qualidade e cuidados paliativos, foram realizadas por apenas um enfermeiro cada.

Estas pós-graduações distribuem-se entre os enfermeiros especialistas, peritos e proficientes, destacando-se os enfermeiros proficientes onde essa percentagem foi superior, como demonstrado na tabela 1.

Tabela 1: Formação pós-graduada dos participantes

			Não	Sim	Total
Tipo de participante	Especialista	Contagem	2	3	5
		% em Tipo de participante	40,0%	60,0%	100,0%
	Perito	Contagem	3	3	5
		% em Tipo de participante	40,0%	60,0%	100,0%
	Proficiente	Contagem	1	4	5
		% em Tipo de participante	20,0%	80,0%	100,0%
Total	Contagem	5	10	15	
	% em Tipo de participante	33,3%	66,7%	100,0%	

Relativamente à caracterização do tempo de exercício profissional dos participantes, os enfermeiros peritos possuem, em média, 24,8 anos de experiência. Seguem-se os enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, com uma média de 22,2 anos de experiência profissional, enquanto os enfermeiros proficientes apresentam, em média 11,2 anos de exercício profissional, tal como se expõe na tabela seguinte.

Tabela 2: Média de tempo (anos) de exercício profissional dos participantes

Tipo de participante	Média	N
Especialista	22,20	5
Perito	24,80	5
Proficiente	11,20	5
Total	19,40	15

Referente ao tempo de exercício profissional em BO dos participantes, os enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica ou em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória têm, em média, 16,6 anos de experiência em BO. Os enfermeiros peritos apresentam uma média de 16 anos de exercício em BO, enquanto os enfermeiros proficientes possuem, em média, 6 anos de experiência, conforme se apresenta na tabela 3.

Tabela 3: Média de tempo (anos) de exercício profissional em BO

Tipo de participante	Média	N
Especialista	16,60	5
Perito	16,00	5
Proficiente	6,00	5
Total	12,87	15

Dos participantes na investigação, e considerando as suas áreas de atuação no BO, constata-se que a maioria desempenha várias funções ou a totalidade das funções em BO (anestesia, circulação, instrumentação e recobro). Destaca-se que 33,3% dos participantes desempenham apenas 2 funções. Quatro desempenham funções de instrumentação e circulação, enquanto um dos participantes desempenha a função de enfermeiro de anestesia e recobro. Para uma exposição completa das funções de enfermagem desempenhadas pelos participantes, apresenta-se a tabela 4.

Tabela 4: Funções de Enfermagem desempenhadas pelos participantes

	Frequência	Percentagem
Circulação e Instrumentação	4	26,7
Anestesia, Circulação e Instrumentação	1	6,7
Anestesia, Circulação, Instrumentação e Recobro	8	53,3
Anestesia e Recobro	1	6,7
Anestesia, Circulação e Recobro	1	6,7
Total	15	100,0

Evidencia-se, ainda, que, dos enfermeiros especialistas, 2 exercem funções de coordenação, um desenvolve atividades como elo de ligação aos padrões de qualidade dos cuidados especializados e outro atua como elo de ligação à PPCIRA.

6.2. *Análise de conteúdo das entrevistas*

A partir da análise de conteúdo das entrevistas, organizámos os dados em três categorias: percepção dos enfermeiros sobre o *debriefing*; prática do *debriefing* em contexto perioperatório; e promoção da melhoria dos cuidados e da segurança. Estas categorias podem ser consultadas na íntegra no Apêndice X.

De seguida, descrevem-se as categorias e subcategorias identificadas, destacando os aspetos mais relevantes extraídos das unidades de registo dos participantes, de forma a clarificar os resultados obtidos.

6.2.1. *Percepção dos enfermeiros sobre o debriefing*

Os enfermeiros reconhecem o *debriefing* como uma prática essencial no contexto cirúrgico, valorizando-o enquanto estratégia estruturada para a análise coletiva das práticas, identificação de oportunidades de melhoria e promoção da segurança do doente. Esta prática é considerada um instrumento fundamental para facilitar a comunicação entre os membros das equipas multidisciplinares, promovendo reflexões críticas e partilhas construtivas. De forma geral, os participantes não identificam desvantagens significativas associadas ao *debriefing*, considerando a sua implementação sistemática como um elemento crucial para a otimização dos recursos e para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Na seguinte tabela, apresentamos as subcategorias identificadas no que diz respeito à percepção dos participantes sobre o *debriefing*.

Tabela 5: Análise de conteúdo das entrevistas - Percepção dos enfermeiros sobre o *debriefing*

Categorias	Subcategorias
Percepção dos enfermeiros sobre o <i>debriefing</i>	Significado de <i>debriefing</i>
	Relevância do <i>debriefing</i>
	Desvantagens do <i>debriefing</i>

Relativamente à subcategoria “**significado de *debriefing***”, o *debriefing* é descrito como uma reunião ou encontro onde é realizada uma análise pós-procedimento cirúrgico, e que envolve a equipa multidisciplinar num processo reflexivo sobre a intervenção realizada.

É um momento para discutir o que correu bem ou menos bem, identificar áreas de melhoria e partilhar experiências. A reunião visa refletir sobre a cirurgia, avaliar pontos críticos e promover cuidados seguros, aprendendo com as situações vividas.

Os participantes, por ordem de referência, identificam o *debriefing* como um momento de reflexão e avaliação pós-procedimento, onde a partilha e comunicação com a equipa multidisciplinar adquire relevância para a melhoria contínua e aprendizagem da equipa.

Quanto à subcategoria “**Relevância do *debriefing***” os enfermeiros destacam a importância da reflexão e análise de incidentes na equipa de enfermagem. Referem ainda que o *debriefing* melhora a coesão e confiança na equipa, permitindo a identificação de lacunas, análise de incidentes e a consciencialização do papel a desempenhar durante os procedimentos, promovendo uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados.

Na subcategoria “**Desvantagens do *debriefing***” a maioria dos participantes não identificam desvantagens inerentes ao *debriefing*. Salientam, contudo, a escassez de tempo como uma barreira significativa à sua implementação, assim como a existência de uma cultura de culpabilização e penalização.

6.2.2. *Prática do debriefing em contexto perioperatório*

A totalidade dos participantes considera importante a realização do *debriefing*, contudo na maioria dos procedimentos não é realizado *debriefing*. Em contexto de cirurgia programada 80% dos participantes mencionam não se realizar, enquanto em contexto de cirurgia de urgência/emergência essa percentagem diminui para 53,3%.

Numa percentagem de 60% os participantes referem existir a realização de *debriefing*, contudo o mesmo decorre todos os dias antes de se dar início à atividade cirúrgica sendo um momento coordenado pelo enfermeiro gestor ou coordenador. Referem que esses momentos funcionam como um *briefing* genérico sobre a atividade cirúrgica a iniciar-se, e por vezes como momento de *debriefing* sobre algum evento adverso que possa ter ocorrido anteriormente. Nesse momento, não é feita uma reflexão conjunta, quer da equipa de enfermagem quer da equipa multidisciplinar que esteve presente nesse evento adverso.

A análise de conteúdo das entrevistas revela que a prática do *debriefing* no contexto perioperatório é, frequentemente, informal e inconsistente, dependendo das dinâmicas específicas de cada equipa. Esta realidade é particularmente evidente em contextos de cirurgia de emergência, onde as limitações temporais e culturais dificultam a implementação

sistemática desta prática. Os participantes destacam a necessidade de fortalecer a comunicação, a motivação e a liderança nas equipas, promovendo um ambiente colaborativo que favoreça a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Na tabela 6 expomos as subcategorias que emergiram da análise dos dados relativamente à prática do *debriefing* em contexto perioperatório dos nossos participantes.

Tabela 6: Análise de conteúdo das entrevistas - Prática do *debriefing* em contexto perioperatório

Categorias	Subcategorias
Prática do <i>debriefing</i> em contexto perioperatório	Realização de <i>debriefing</i>
	<i>Timing</i> ideal para a realização do <i>debriefing</i>
	Diferenças no <i>debriefing</i> : cirurgia programada vs cirurgia de emergência
	Fatores influenciadores na cirurgia programada
	Fatores influenciadores na cirurgia urgente/emergente
	Características do moderador

Na subcategoria “**Realização do *debriefing***”, de acordo com os enfermeiros, a prática do *debriefing* é informal e dependente da dinâmica e liderança das equipas, não estando, na maioria das vezes, integrada como uma prática formal e sistematizada. Este cenário evidencia a necessidade de mudanças culturais que promovam a adoção de uma abordagem mais estruturada e frequente.

A quase totalidade dos participantes evidenciam que a função que desempenham no BO, por si só, influencia a disponibilidade dos mesmos para a realização do *debriefing*. Isto acontece, uma vez que cada elemento da equipa de enfermagem no final de um procedimento cirúrgico, tem necessidades pessoais a satisfazer, assim como atividades a desempenhar no sentido de preparar o próximo procedimento cirúrgico.

Quanto à subcategoria **“Timing ideal para a realização do *debriefing*”** a maioria dos participantes consideram que os momentos ideais para a realização do *debriefing* são no período pós-operatório imediato e logo após a transição de cuidados para o recobro, quando as memórias e percepções dos procedimentos estão mais frescas e suscetíveis à reflexão crítica.

No que diz respeito à subcategoria **“Diferenças no *debriefing*: cirurgia programada vs. cirurgia de emergência”** o *debriefing* é percebido como especialmente relevante em contextos de cirurgia de emergência, devido à elevada complexidade e imprevisibilidade destas situações, que exigem decisões rápidas e respostas ágeis. Questões como a falta de tempo, necessidade de ter o ambiente controlado e o foco em áreas cirúrgicas específicas também foram reportadas como sendo diferenças para a realização de *debriefing* em contexto de cirurgia programada ou de emergência. Neste campo, a totalidade dos participantes afirmam haver diferenças quanto à realização do *debriefing*.

Relativamente à subcategoria **“Fatores influenciadores na cirurgia programada”**, os enfermeiros identificam barreiras como a escassez de tempo, a desmotivação da equipa e a ausência de transparência nos processos, que comprometem a realização do *debriefing* de forma sistemática e estruturada. Referem ser essencial otimizar os processos, promover a segurança do paciente, e valorizar a formação. Consideram que uma equipa motivada e a melhoria da cultura organizacional são cruciais para a segurança da pessoa e qualidade e eficiência dos procedimentos prestados.

Quanto à subcategoria **“Fatores influenciadores na cirurgia urgente/emergente”** as cirurgias de emergência apresentam desafios adicionais, incluindo a pressão temporal e a falta de cultura organizacional para a reflexão estruturada, apesar do consenso quanto à importância do *debriefing* para a melhoria contínua dos cuidados. A falta de tempo específico para a realização do *debriefing*, a imprevisibilidade nos procedimentos ou estado da pessoa, assim como a complexidade das cirurgias são fatores influenciadores para a prática de *debriefing* em contexto de cirurgia urgente/emergente. Fatores que influenciam negativamente a realização do *debriefing*, uma vez que, quando este acontece é realizado de forma parcial, com alguns elementos da equipa, e informal.

Relativamente à subcategoria **“Características do moderador”** os participantes sublinham que o moderador do *debriefing* deve possuir competências de comunicação, liderança e inteligência emocional, sendo capaz de gerir as emoções dos participantes, promover uma discussão construtiva e assegurar uma abordagem assertiva e empática.

Quanto à existência de um moderador, para a realização do momento de *debriefing*, a totalidade dos enfermeiros considera importante.

6.2.3. Promoção da melhoria dos cuidados e da segurança

Os resultados da análise destacam a importância da formação contínua na área cirúrgica e da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, com enfoque na promoção de práticas seguras e na redução de eventos adversos. Os enfermeiros sugerem a implementação regular de *debriefings* como uma estratégia central para a reflexão sobre as práticas clínicas, a identificação de potenciais falhas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Adicionalmente, a utilização de ferramentas como listas de verificação (*checklists*), e protocolos de comunicação, como a utilização da metodologia ISBAR para a transição de cuidados, assim como, a realização de formação e treino, são consideradas fundamentais para minimizar erros e promover uma cultura de segurança.

De seguida é apresentada a tabela 7, na qual são espelhadas as subcategorias que resultaram da análise relativamente à promoção da melhoria de cuidados e promoção da segurança.

Tabela 7: Análise de conteúdo das entrevistas - Promoção da melhoria de cuidados e promoção da segurança

Categorias				Subcategorias
Promoção de Cuidados e Segurança	da	Melhoria de	Promoção da	Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros
				Prática de reflexão sobre os cuidados de Enfermagem
				Sugestões para promoção de segurança

Na subcategoria **“Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”** os profissionais sublinham a importância do conhecimento teórico, da aplicação de protocolos estabelecidos e da realização de treinos periódicos. Estudar a cirurgia, ter conhecimento teórico, usar

comunicação eficaz entre equipas, usar metodologia ISBAR e listas de verificação (*checklists*) são fundamentais para garantir a segurança da pessoa e minimizar a ocorrência de erros.

Quanto à subcategoria **“Prática de reflexão sobre os cuidados de Enfermagem”** a ausência de *debriefings* formais é percecionada como um obstáculo à reflexão crítica e à consolidação de uma cultura de segurança entre os profissionais, limitando as oportunidades de aprendizagem coletiva e desenvolvimento de espírito de grupo da equipa. Não identificam outras práticas de reflexão sobre os cuidados de enfermagem.

No que diz respeito à subcategoria **“Sugestões para a promoção de segurança”** no contexto perioperatório, os enfermeiros recomendam o investimento em formação e treino contínuo, práticas de *debriefing*, comunicação eficaz na transição de cuidados e trabalho em equipa, destacando a importância da continuidade dos cuidados, implementando consultas e preparação pré-operatória, e da criação de uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua.

No Apêndice X, está exposta a análise temática de Bardin (2016), definindo as categorias e subcategorias que emergiram da análise dos resultados das entrevistas aos participantes nesta investigação, referente à percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização de *debriefing* no BO, destacando as unidades de registo que deram origem às mesmas.

7. Discussão

Neste capítulo, procede-se à análise crítica e interpretativa dos resultados apresentados anteriormente, estabelecendo a sua contextualização face à evidência científica existente. Esta discussão visa aprofundar a compreensão dos achados, confrontando-os com o conhecimento atual na área de estudo, de modo a identificar convergências, divergências e contributos originais, promovendo uma reflexão fundamentada sobre as implicações teóricas e práticas decorrentes da investigação realizada.

A segurança dos cuidados perioperatórios e a procura da melhoria contínua são fundamentais para uma prática de Enfermagem avançada. Prática essa que deve ser assente na mais recente e melhor evidência científica. Assim, a presente investigação pretende evidenciar e aprofundar conhecimentos na área do *debriefing*, por parte dos enfermeiros perioperatórios, como ferramenta promotora de comunicação eficaz e eficiente quer para a equipa de Enfermagem quer para a restante equipa multidisciplinar. Pretende, ainda, tornar evidente possíveis práticas utilizadas, que permitam a reflexão sobre a prática da Enfermagem perioperatória.

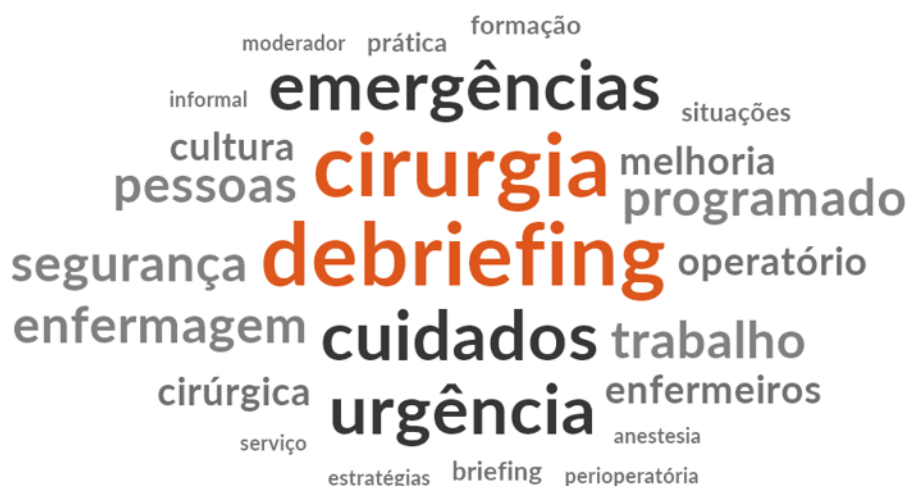
Através da análise de conteúdo das entrevistas, e pela análise de frequência de determinadas palavras ou conceitos, constatamos que a palavra *debriefing* foi mencionada 619 vezes, enquanto a palavra cirurgia foi mencionada por 507 vezes. O conceito “segurança dos cuidados de enfermagem” e “melhoria dos cuidados de enfermagem”, através da associação das respetivas palavras, foram mencionados 581 e 571 vezes, respetivamente. Assim, podemos concluir que o *debriefing* como instrumento de melhoria dos cuidados de Enfermagem e a segurança dos cuidados foram o centro das atenções dos participantes na investigação.

Esta evidência, pode ser demonstrada pela nuvem de palavras, organizada graficamente conforme a sua frequência de utilização, que as apresenta em diferentes tamanhos. Assim as palavras com maior dimensão são as consideradas mais importantes pelos enfermeiros, conforme apresentado na figura 4.

As palavras em destaque foram *debriefing*, cirurgia, cuidados, urgência e emergências, seguindo-se as palavras enfermagem, trabalho, segurança, pessoas e melhoria.

Palavras com menor referência foram formação, estratégias, moderador, cultura e informal, pelo que demonstram alguma importância para os participantes.

Figura 4: Nuvem de palavras relativo à análise de conteúdo das entrevistas dos participantes



Pela análise dos dados sociodemográficos dos participantes, constatamos que a maioria dos participantes (86,7%) são do género feminino, e 13,3% do género masculino. A idade dos participantes está compreendida entre os 28 e 56 anos de idade, sendo que a maioria dos participantes (80%) encontram-se na faixa etária entre os 30 e 50 anos de idade, apresentando como médias de idade 40,2 anos.

Quanto ao tempo de exercício profissional em BO, a amostra apresenta uma média de 12,9 anos. Os enfermeiros proficientes trabalham, em média, há 6 anos em BO, os especialistas, em média, há 16,6 anos, enquanto os peritos em média, há 16 anos. Estes dados são pertinentes, dado tratar-se de enfermeiros com bastante experiência em BO, o que permite de acordo com os critérios de seleção da amostra, terem uma percepção sobre os cuidados e em particular sobre a temática em estudo, mais aprimorada.

Foi possível, constatar que entre os enfermeiros especialistas em Enfermagem médico-cirúrgica (5), 3 são mestrados na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. Destaque ainda, entre os enfermeiros especialistas, para a realização de funções de gestão e coordenação, assim como serem elementos que funcionam como elos, quer à PPCIRA, quer aos Padrões de qualidade dos cuidados especializados. Conclui-se, portanto, que estes participantes desenvolvem a sua atividade, assumindo funções diretamente ligadas à promoção da segurança dos cuidados e da melhoria contínua dos mesmos.

Não menos, importante destacam-se as formações da maioria dos participantes, na tipologia de pós-graduações em diferentes áreas de interesse e atuação de Enfermagem, mostrando claramente, uma preocupação com a melhoria e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Passando aos resultados da análise de conteúdo das entrevistas, emergiram dos mesmos três categorias e dez subcategorias, assim como, as respetivas unidades de registo que as suportam. Importa salientar que a temática foi bastante aprofundada pelos participantes. De seguida faremos uma discussão tendo em conta cada subcategoria, as unidades de registo que a suportam, correlacionando com a evidência científica existente sobre a temática de cada uma.

7.1. *Perceção dos enfermeiros sobre debriefing*

Assim, e no que diz respeito à categoria **“Perceção dos enfermeiros sobre debriefing”**, é de salientar a importância atribuída por todos os participantes, indo de encontro à bibliografia mais recente sobre a temática.

Começando pela subcategoria **“significado de debriefing”**, os participantes descrevem como sendo uma reunião ou encontro onde é realizada uma análise pós-procedimento cirúrgico, envolvendo toda a equipa multidisciplinar num processo reflexivo sobre a intervenção realizada. Referem ainda que é o momento ideal para discutir o que correu bem ou não, partilhar experiências e identificar áreas de melhoria. Essa reflexão sobre o procedimento permite aprender com as situações vividas, identificando pontos críticos, como meio para promover cuidados seguros.

Podemos concluir, portanto, que a visão genérica sobre *debriefing* dos participantes na investigação, vai de encontro à que existe na literatura. Segundo Skegg *et al.* (2023) o objetivo da prática do *debriefing* é melhorar o trabalho em equipa e promover a segurança do doente, melhorando a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do trabalho multidisciplinar.

No que se refere à subcategoria **“Relevância do debriefing”** os enfermeiros destacam a importância da reflexão e análise de incidentes através duma comunicação aberta na equipa de enfermagem. Referem ainda que o *debriefing* melhora a coesão e confiança na equipa, permite a identificação de lacunas, a análise de incidentes e a consciencialização do papel a desempenhar por cada elemento da equipa multidisciplinar durante os procedimentos, promovendo assim uma cultura de segurança e qualidade nos cuidados. Segundo Carpiní & Flemming (2020) a realização de *debriefing* eficaz é um método promissor como oportunidade de aprendizagem e experiência individual ou em equipa, com potencial para melhorar o seu desempenho. Quer os participantes, quer a literatura evidenciam a prática

do *debriefing*, como um instrumento relevante na promoção de cuidados seguros e de qualidade.

Quanto à subcategoria **“Desvantagens do *debriefing*”** a maioria dos participantes não identificam desvantagens inerentes ao *debriefing*. Salientam, contudo, a escassez de tempo como uma barreira significativa à sua implementação, assim como a existência de uma cultura de culpabilização e penalização.

Pode-se concluir, que para a população em estudo, tal como evidência a literatura mais recente, ainda existem desafios apontados ao uso de momentos de *debriefing*, pelo receio de culpabilização, associado ao abuso de poder hierárquico (Skegg et al., 2023). Apesar dos participantes não encontrarem desvantagens, parece existir uma cultura recriminatória quanto à sua utilização.

7.2. *Prática do debriefing em contexto perioperatório*

Relativamente à categoria **“Prática do *debriefing* em contexto perioperatório”**, a totalidade dos participantes considera importante a realização do *debriefing*, contudo na maioria dos procedimentos não é realizado *debriefing*. Evidenciam ainda, 80% dos participantes, que em contexto de cirurgia programada, não se realiza *debriefing*, enquanto em contexto de cirurgia de urgência/emergência, apesar de não haver um momento formal, por vezes é realizado de forma informal, por parte de alguns elementos da equipa de Enfermagem ou equipa multidisciplinar. A prática do *debriefing* no contexto perioperatório é, frequentemente, informal e inconsistente, dependendo das dinâmicas específicas de cada equipa. Esta realidade é particularmente evidente em contextos de cirurgia de emergência, onde as limitações temporais e culturais dificultam a implementação sistemática desta prática.

Os participantes destacam a necessidade de fortalecer a comunicação, a motivação e a liderança nas equipas, promovendo um ambiente colaborativo que favoreça a segurança e a qualidade dos cuidados prestados.

Na subcategoria **“Realização do *debriefing*”**, de acordo com os enfermeiros, a prática do *debriefing* é informal e dependente da dinâmica e liderança das equipas, não estando, na maioria das vezes, integrada como uma prática formal e sistematizada. Este cenário evidencia a necessidade de mudanças culturais que promovam a adoção de uma abordagem mais estruturada e frequente.

A quase totalidade dos participantes referem que a função que desempenham no BO, por si só, influencia a disponibilidade dos mesmos para a realização do *debriefing*.

Também na literatura é mencionado que apesar da utilização do *defriefing* não estar implementado de forma consistente, tal como defende *Bourget-Murray et al.* (2022), seria necessária a presença de um moderador, com atributos facilitadores, para a sua implementação, como descreve *Toews, Martin & Chernomas* (2021).

Neste sentido parece haver a necessidade de chamar as organizações e as respetivas lideranças para a temática do *debriefing*, no sentido de haver um compromisso organizacional que promova a realização desta prática.

Quanto à subcategoria ***“Timing ideal para a realização do debriefing”*** é de salientar que a maioria dos participantes consideram que os momentos ideais para a realização do *debriefing* são no período pós-operatório imediato e logo após a transição de cuidados para o recobro, quando as memórias e percepções dos procedimentos estão mais frescas e suscetíveis à reflexão crítica.

Bourget-Murray et al. (2022) defende que a realização do *debriefing* deve acontecer, idealmente, no imediato após a cirurgia e que inclua toda a equipa cirúrgica. É importante serem discutidas questões relacionadas com a segurança do doente, potenciais falhas nos equipamentos e na comunicação, e deve ser criado um momento para reflexão e feedback precoce e significativo, o que leva a uma melhor cultura de segurança e aprendizagem partilhada com a equipa.

Os participantes, além de reconhecerem a importância do *debriefing* no perioperatório, têm consciência das dificuldades que a sua implementação pode ter, contudo a percepção que têm sobre o *timing* em que deve ser aplicado, revela uma preocupação evidente com a melhoria dos cuidados e da segurança dos mesmos, atuando com consciência cirúrgica, sempre em benefício da pessoa em situação perioperatória.

Relativamente à subcategoria ***“Diferenças no debriefing: cirurgia programada vs. cirurgia de emergência”*** o *debriefing* é percecionado como especialmente relevante em contextos de cirurgia de emergência, devido à elevada complexidade e imprevisibilidade destas situações, que exigem decisões rápidas e respostas ágeis. Questões como a falta de tempo, necessidade de ter o ambiente controlado e o foco em áreas cirúrgicas específicas também foram reportadas como sendo diferenças para a realização de *debriefing* em contexto de cirurgia programada ou de emergência.

Assim, é importante a existência de uma liderança coletiva para superar barreiras hierárquicas, especialmente relevantes em contextos de emergência (Schaap, M., et al., 2023).

A literatura não evidência o uso do *debriefing* em contexto de cirurgia de urgência ou emergência, pelo que os dados obtidos desta investigação, podem destacar-se como fulcrais para o desenvolvimento de mais estudos nesta área de atuação da Enfermagem perioperatória.

Da interpretação da subcategoria **“Fatores influenciadores na cirurgia programada”**, constata-se que os enfermeiros identificam barreiras como a escassez de tempo, a desmotivação da equipa e a ausência de transparência nos processos, que comprometem a realização do *debriefing* de forma sistemática e estruturada. Referem ser essencial otimizar os processos, promover a segurança do paciente, e valorizar a formação. Uma equipa motivada e a melhoria da cultura organizacional são cruciais para a segurança da pessoa e qualidade e eficiência dos procedimentos.

Quanto à subcategoria **“Fatores influenciadores na cirurgia urgente/emergente”** as cirurgias de emergência apresentam desafios adicionais, incluindo a pressão temporal e a falta de cultura organizacional para a reflexão estruturada, apesar do consenso quanto à importância do *debriefing* para a melhoria contínua dos cuidados. A falta de tempo específico para a realização do *debriefing*, a imprevisibilidade nos procedimentos ou estado da pessoa, assim como a complexidade das cirurgias são fatores influenciadores para a prática de *debriefing* em contexto de cirurgia urgente/emergente.

Em ambas as situações (cirurgias programadas e de urgência/emergência) os enfermeiros evidenciam questões relacionadas com a organização do tempo e fatores culturais e de liderança, como influenciadores para a realização do *debriefing*.

De acordo com *Alexandrino et al. (2020)* a utilização de *debriefing* é extremamente útil, onde a liderança tem um papel fulcral no contorno 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.

Também *Skegg et al. (2023)*, referem que uma liderança eficaz incentiva a ultrapassar as barreiras à utilização deste método, a fim de melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do trabalho multidisciplinar.

É preciso trabalhar a segurança da equipa, de forma que a segurança dos cuidados e da pessoa em situação perioperatória seja alcançada, tal como *Schaap, M., et al. (2023)*

evidencia num estudo realizado, referindo que a segurança psicológica é tanto um pré-requisito quanto um resultado do *debriefing* eficaz.

Assim, aspetos como equipa motivada e transparência, salientados pelos participantes, parecem ser fatores que vão de encontro à segurança psicológica, descrita na literatura. Trabalhar estes aspetos podem ser relevantes para atingir uma cultura de segurança, sendo mais uma vez, o papel das lideranças decisivo para a possibilidade da implementação do *debriefing*, e consequentemente os enfermeiros atingirem a segurança psicológica mesmo nos contextos mais difíceis da prática em BO.

Para a realização dos momentos de *debriefing*, os participantes respondendo à questão se há necessidade de existir um elemento moderador desse momento, a totalidade respondeu que sim. Nesta subcategoria “**Características do moderador**” os participantes sublinham que o moderador do *debriefing* deve possuir competências de comunicação, liderança e inteligência emocional, sendo capaz de gerir as emoções dos participantes, promover uma discussão construtiva e assegurar uma abordagem assertiva e empática.

Atributos facilitadores para a realização do *debriefing*, como a experiência, a educação, o controlo de emoções e a própria avaliação da situação, são aspetos fulcrais para promover uma revisão e reflexão dos eventos críticos (Toews, Martin & Chernomas, 2021).

7.3. *Promoção da melhoria dos cuidados e da segurança*

Segundo a AORN (2022), cerca de 60% dos eventos adversos em ambiente perioperatório surgem de falhas na comunicação entre os profissionais de saúde.

Da análise de conteúdo acerca da promoção da melhoria dos cuidados e da segurança da pessoa em situação perioperatória, os participantes destacam a importância da formação contínua na área cirúrgica e da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, com enfoque na promoção de práticas seguras e na redução de eventos adversos.

Os enfermeiros sugerem a implementação regular de *debriefings* como uma estratégia central para a reflexão sobre as práticas clínicas, a identificação de potenciais falhas e a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Referem ainda, que a utilização de ferramentas como listas de verificação (*checklists*), e protocolos de comunicação, como a utilização da metodologia ISBAR para a transição de cuidados, assim como, a realização de formação e treino, são consideradas fundamentais para minimizar erros e promover uma cultura de segurança.

Quanto à subcategoria **“Estratégias utilizadas pelos enfermeiros”** os profissionais sublinham a importância do conhecimento teórico, da aplicação de protocolos estabelecidos e da realização de treinos periódicos. Estudar a cirurgia, ter conhecimento teórico, usar comunicação eficaz entre equipas, usar metodologia ISBAR e listas de verificação (*checklists*) são fundamentais para garantir a segurança da pessoa e minimizar a ocorrência de erros. Segundo um estudo de Peñataro-Pintado, M., et al. (2021), os enfermeiros perioperatórios identificaram fatores que impediam o garante da segurança da pessoa, como o stress, a pressão do tempo e a comunicação eficaz.

O trabalho em equipa, a comunicação eficaz, liderança, entreajuda da equipa, treino em equipa são fundamentais para promover a segurança da pessoa e do trabalho em equipa (Lee, H., et al., 2021).

Assim, podemos perceber que os enfermeiros perioperatórios participantes nesta investigação, procuram estratégias que promovam a segurança dos cuidados e a sua melhoria contínua, enquadrando-se com as preocupações e estratégias de outros enfermeiros perioperatórios já estudados noutros contextos perioperatórios.

No que à subcategoria **“Prática de reflexão sobre os cuidados de Enfermagem”** diz respeito, a ausência de *debriefings* formais é percecionada como um obstáculo à reflexão crítica e à consolidação de uma cultura de segurança entre os profissionais, limitando as oportunidades de aprendizagem coletiva e desenvolvimento de espírito de grupo da equipa.

Também na literatura é referido que no contexto perioperatório, o enfermeiro é mais do que um executor de tarefas. Ele é um elemento que transcende a sua função técnica, é um ser atento, devendo refletir sobre o verdadeiro sentido de cuidar, que não se limita a atender necessidades físicas, mas também a entender as dimensões psicológicas e emocionais de quem está em situação de vulnerabilidade (Cunha, L. D. M., 2025).

Quanto à subcategoria **“Sugestões para a promoção de segurança”** no contexto perioperatório, os participantes na investigação recomendam o investimento em formação e treino contínuo, na realização de *debriefing*, na comunicação eficaz na transição de cuidados e no trabalho em equipa, destacando a importância da continuidade dos cuidados, assim como a implementação de consultas e preparação pré-operatória, não esquecendo a necessidade da criação de uma cultura organizacional orientada para a melhoria contínua.

8. Conclusão

Com a presente investigação procurou-se conhecer qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização de *debriefing* em contexto perioperatório, em particular no BO.

Os resultados obtidos mostraram que apesar da procura dos enfermeiros perioperatórios, pela prestação de cuidados baseados na evidência científica, nem sempre é possível satisfazer essa vontade e preocupação. Foram evidenciadas diversas barreiras ou fatores influenciadores para a prestação de cuidados seguros, pondo em causa a segurança da pessoa em situação perioperatória e os próprios profissionais de saúde.

Apesar de haver legislação promotora de cuidados seguros em ambientes seguros, como é o caso do PNSD 2021-2026, assim como a profissão de Enfermagem ser orientada por um código de conduta que visa a prestação de cuidados segundo um padrão de qualidade, os enfermeiros participantes no estudo sentem diversas dificuldades em garantir a segurança dos cuidados. Referem barreiras como questões de cultura organizacional, onde a gestão e liderança deveriam ter um papel mais ativo e facilitador da implementação dessas práticas promotoras da segurança e melhoria dos cuidados prestados à pessoa.

Indo de encontro há pouca bibliografia existente sobre a aplicação de *debriefing* em BO, a amostra em estudo destaca o *debriefing* como uma ferramenta valiosa e essencial na procura da melhoria contínua dos cuidados, devendo, portanto, ser valorizada pelas lideranças, no sentido de facilitar a sua implementação. Mencionam questões como a pressão das cirurgias de urgência/emergência, a falta de tempo, a motivação dos profissionais de saúde como sendo fatores limitadores à sua implementação.

Contudo, todos os participantes consideram que a sua implementação seria uma mais-valia, quando bem orientada e aplicada na equipa de Enfermagem e multidisciplinar, para a cultura de segurança que deve ser desenvolvida na prestação de cuidados perioperatórios.

Ainda existe um ceticismo relativo à implementação de modelos de *debriefing*, como a cultura de penalização e culpabilização, no entanto é descrito como um momento importante de reflexão em equipa.

Assim, considera-se que o estudo respondeu de forma excecional ao objetivo do mesmo: perceber qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência, dando uma visão atual e abrangente dos enfermeiros perioperatórios.

Como limitações ao estudo, apesar da amostra pretender ser a mais representativa da realidade dos cuidados perioperatórios portugueses, não podemos deixar de mencionar a sua dimensão. Seria importante a aplicação do estudo a mais contextos de BO e mais enfermeiros perioperatórios de forma a aumentar a sua representatividade e possivelmente atribuir outra relevância aos resultados obtidos. De realçar, que o fator limitante para o estudo numa amostra superior, se prende com o contexto em que o presente estudo se enquadra, uma vez que há necessidade de cumprir prazos no contexto formativo para a conclusão do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Espera-se que o presente estudo seja uma ferramenta motivadora para os enfermeiros perioperatórios desenvolverem a sua prática, sempre na procura da melhoria contínua dos cuidados, pois só dessa forma é que a segurança da pessoa será devidamente salvaguardada, em particular num contexto de enorme vulnerabilidade que é o contexto perioperatório.

Pretende-se ainda, que através dos resultados obtidos se consiga sensibilizar os enfermeiros perioperatórios para a implementação de práticas de reflexão dos cuidados, em particular dos eventos adversos, no sentido de promover a implementação do *debriefing* nos Blocos operatórios.

Com as conclusões obtidas da análise de conteúdo desta investigação, espera-se que as mesmas cheguem às lideranças, tanto organizacionais como de Enfermagem, permitindo que a implementação do *debriefing* em contexto de BO seja discutida, valorizada e, eventualmente concretizada. Desta forma, poderá ser alcançada, de forma efetiva, a cultura de segurança desejada por todos, especialmente por quem, na sua condição de vulnerabilidade, o mais necessita - a Pessoa em situação perioperatória.

Espera-se que futuras investigações possam focar-se nesta temática, sendo para isso necessário o desenvolvimento de novas investigações promotoras de práticas seguras, pois só assim, podemos ter uma Enfermagem Avançada. O desenvolvimento de futuros estudos relacionados com comunicação eficaz em BO, em particular o *debriefing* poderá sustentar os resultados obtidos nesta investigação e assim ajudar à mudança da cultura de segurança que se pretende na prestação de cuidados perioperatórios.

A transição para uma prática de cuidados seguros em ambientes seguros depende da intervenção de todos os intervenientes no processo cirúrgico da pessoa em situação perioperatória, podendo em conjunto promover uma transição no estado de saúde/doença da pessoa, prestando-lhe cuidados de excelência.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A conclusão deste relatório de estágio com componente de investigação foi sem dúvida uma mais-valia no processo de aquisição de conhecimentos e competências especializadas na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória, e sem dúvida no processo de conclusão o presente mestrado, tendo sido um promotor de aquisição de conhecimentos e competências na área da investigação em Enfermagem.

A segurança da pessoa em situação perioperatória é uma preocupação dos enfermeiros que prestam cuidados em contexto perioperatório, sendo a implementação de instrumentos promotores de melhoria contínua essenciais para atingir esse objetivo.

Existem estratégias e políticas com vista a garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória, contudo a sua implementação está, por vezes, dificultada por diversos fatores, como falta de tempo, complexidade dos procedimentos, falta de envolvimento das lideranças e desmotivação dos profissionais.

Os resultados obtidos na presente investigação revelam que os enfermeiros atribuem importância ao *debriefing* em contexto perioperatório, em particular em contexto de cirurgia de urgência ou emergência, contudo a sua aplicabilidade não se concretiza por diversos fatores. Fatores como falta de tempo para a implementação do *debriefing*, a falta de envolvimento das lideranças, assim como a existência de uma cultura de culpabilização e penalização são os mais destacados.

O envolvimento das lideranças, a existência de um moderador, com competência técnica e científica, que seja assertivo e com boas capacidades relacionais e comunicacionais são o caminho apontado para a implementação do *debriefing*, e consequentemente atingir a melhoria do trabalho em equipa, a diminuição de eventos adversos, melhorar a aprendizagem e promover a melhoria contínua dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Sendo a presente investigação realizada em contexto de um processo formativo com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e estando limitado temporalmente, consideramos que os objetivos foram alcançados de forma eficaz e eficiente, de acordo com os recursos disponíveis.

Sendo a cultura de segurança uma prioridade para as organizações e profissionais de saúde, é essencial que todos os intervenientes no processo de saúde, vivenciado pela pessoa,

reflitam sobre a prática existente e, com base na melhor evidência científica, adotem estratégias que promovam a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Apesar da amostra do presente estudo pretender ser representativa dos enfermeiros perioperatórios, a mesma não representa a sua totalidade, devendo por isso, desenvolverem-se mais estudos no sentido de obter essa representatividade.

A realização de investigação promove a Enfermagem enquanto disciplina, pelo que a realização do presente estudo visa dignificar a Enfermagem perioperatória e contribuir para o aumento do conhecimento, da segurança e da melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Em suma, o desenvolvimento deste trabalho, neste percurso formativo, permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas basilares para a prestação de cuidados de qualidade, fundamentados na melhor evidência científica.

Embora, existam desafios a superar, espera-se que o presente estudo, seja o ponto de partida para novos avanços para a Enfermagem, em particular para a Enfermagem perioperatória.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). Recomendações Técnicas para o bloco operatório. UONIE/ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-operatorio_2011.pdf
- Ahn, S., & Lee, N. J. (2021). Development and Evaluation of a Teamwork Improvement Program for Perioperative Patient Safety. *The journal of nursing research: JNR*, 29(6), e181. <https://doi.org/10.1097/JNR.0000000000000460>
- 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>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta
- AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). *Práticas recomendadas para bloco operatório – 3ª edição*.
- 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-nursingscope-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/positionstatements/education/posstat-valueperiopnursedu-0721.pdf?sfvrsn=f5ba20e1_1
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2022). AORN Position Statement on Patient Safety. *AORN Journal*, 115(5), 454-458. doi: 10.1002/aorn.13671
- Araújo, I. A., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., & Oliveira, E. (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>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª. Ed.). Edições 70, Almedina Brasil
- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente*. LIDEL.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito – Excelência e poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.
- 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.
- Cunha, L.D.M. (2025). CIÊNCIA, CUIDADO E SAÚDE: CONTEXTUALIZANDO SABERES - VOL.6, “O cuidado de enfermagem à pessoa em situação perioperatória: uma reflexão da prática à luz da teoria do cuidado de Swanson”. (pp. 74-84). <https://doi.org/10.37885/250218821>
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro, Diário da República, 2ª série, nº 187. 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.
- DGS (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/
- DGS (2023). Guia de Comunicação em Saúde: Boas Práticas. https://pns.dgs.pt/wp-content/uploads/2025/02/GBP_01_Boas-Praticas-em-Comunicacao_PNS-2030.pdf
- 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
- Egoshi K. Os 5s da administração japonesa. (2006). http://www.infobibos.com/Artigos/2006_2/5s/index.htm
- Fragata, J. & Martins, L. (2005). *O erro em medicina. Perspetivas do indivíduo, da organização e da sociedade*. Almedina
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública Lisboa*. ISSN 0870-9205. Vol.10, nº3, pp. 17-26.
- 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>
- 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>
- Hamlin, L. (2020). From theatre to perioperative: A brief history of early surgical nursing. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), 19-24. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1107>
- 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 nº156/2015, de 16 de setembro (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. (102).
- Lingard L, Espin S, Whyte S, Regehr G, Baker G R, Reznick R, Bohnen J, Orser B, Doran D & Grober E. (2004). *Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects*. *BMJ Quality & Safety*, 13. 330-334. <http://dx.doi.org/10.1136/qshc.2003.008425>
- Link, T. (2018). Guideline Implementation: Team Communication: 1.8 www.aornjournal.org/content/cme. *AORN Journal*, 108(2), 165–177. <https://doi.org/10.1002/aorn.12300>
- Lopes, Lúcia Marlene Macário, & Santos, Sandra Maria Pereira dos. (2010). Florence Nightingale: Apontamentos sobre a fundadora da Enfermagem Moderna. *Revista de Enfermagem Referência*, serie (2), 181-189. Recuperado em 12 de novembro de 2023, de http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832010000400019&lng=pt&tlng=pt.
- 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. d., & Andrade, A. (2020). Supervisão: conceito e tendências em um estudo de revisão da literatura. *Instrumento: Revista de Estudo e Pesquisa em Educação*, 22(2), 322-338. <https://doi.org/10.34019/1984-5499.2020.v22.30521>
- Mattar, J., & Ramos, D. (2021). *Metodologia da Pesquisa em Educação. Abordagens Qualitativas, Quantitativas e Mistas*. Almedina.
- McElroy, C., Skegg, E., Mudgway, M., Murray, N., Holmes, L., Weller, J., & Hamill, J. (2024). Psychological Safety and Hierarchy in Operating Room Debriefing: Reflexive Thematic Analysis. *The Journal of surgical research*, 295, 567–573. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2023.11.054>

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2018). *Theoretical nursing: development and progress* (6a edição). Philadelphia: wolters Kluwer Health.
- Meleis, A. (2019). *Facilitando e Gerenciando Transições: Um Imperativo para Cuidados de Qualidade*. *Investigación en enfermaria: Imagen y Desarrollo*, 21(1).
- Nagel, M. V., Santos, R. K., Araujo, B. R., Viégas, K., & Caregnato, R. C. (2022). Segurança Perioperatória do paciente: metodologias ativas como estratégia de ensino aprendizagem-avaliação. *Revista SOBECC*, 27, 1-9. <https://doi.org/10.5327/Z1414-4425202227762>
- Nascimento JSG, Oliveira JLG, Alves MG, Braga FTMM, Góes FSN, Dalri MCB. (2020). Métodos e técnicas de debriefing utilizados em simulação na enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190182>
- 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. *Rev Recien*, 10(31), 165-173. <https://doi.org/10.24276/rrecien2020.10.31.165-173>
- Ordem dos Enfermeiros (2001). *Padrões de qualidade dos cuidados de Enfermagem – enquadramento conceptual, enunciados descritivos*.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012a). *DIVULGAR Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual Enunciados Descritivos*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2012b). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2013). *Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*.
- Ordem Enfermeiros (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica*.
- Peñataro-Pintado, E., Rodríguez, E., Castillo, J., Martín-Ferreres, M. L., De Juan, M. Á., & Díaz Agea, J. L. (2021). Perioperative nurses' experiences in relation to surgical patient safety: A qualitative study. *Nursing inquiry*, 28(2), e12390. <https://doi.org/10.1111/nin.12390>
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, Diário da República, 2.ª série, n.º 187.
- Kessler, D. O., Cheng, A. & Mullan, P. C. (2015). Debriefing in the Emergency Department After Clinical Events: A Practical Guide. *Annals of Emergency Medicine*, 65(6), 690-698.
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal*, 320(7237), 768-70. doi: 10.1136/bmj.320.7237.768
- 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 nº140/2019 de 6 de fevereiro (2019), Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista). Diário da República, 2ª série, nº26.
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, Diário da República, 2ª série, nº 135. 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.

- Reis, F. L. (2022). *Investigação Científica e Trabalhos Académicos – Guia Prático* (2.ª edição). Edições Sílabo.
- 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>
- 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>
- 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
- Steelman, V. M. (2014). The Importance of Briefings and Debriefings. *AORN Journal*, 99(6), 665–667. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.03.011>
- 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>
- 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. (2020). *Investigação O Processo de Construção do Conhecimento*. Edições Sílabo.
- Wachter, D. (2010). *Patient Safety and Hospital Accreditation: A Model for Ensuring Success*. Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- World Health Organization. (2017). *Strategic Communications Framework for Effective Communication*, World Health Organization. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/communication-framework.pdf?sfvrsn=93aa6138_0
- 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
“DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO:
UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”**

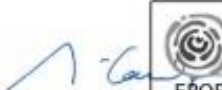


CERTIFICADO

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



**ANEXO II: 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



**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 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



ANEXO IV: PARECER DA UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO

2024.066 Aceite  Caixa de entrada x



Secretariado UID <secretariado.uid@essnortecvp.pt>
para mim, isamsmiranda ▼

 15/01/2025, 12:51    

Informo que o estudo de investigação com a designação

2024-066 | **Perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do debriefing no bloco operatório**

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
- Autorização pelo CDIR
- Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, nomeadamente o envio de Relatório Intercalar, anual, e Relatório Final (modelo Q171), bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

ANEXO IV: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 043/2024	Código: 2024.066	Data: 30 de dezembro de 2024
-----------------------------	-------------------------	-------------------------------------

Título do estudo de investigação: Perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do debriefing no bloco operatório

Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: LL1 Resposta Humana processo de doença e saúde

Investigador responsável: Francisco Augusto Moreira Teixeira (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.

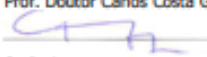
Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade ☒ Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade ☐ Rejeitado por maioria ☐
------------------------------	--	--

Resumo do Parecer/Recomendações:

1. Este estudo é importante para a área científica e evidencia os aspetos éticos. Cumpre os requisitos éticos quanto à integridade científica e ética do estudo

CONCLUSÃO: Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto...

Pelo que se submete à consideração superior.

Data: 30 de dezembro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:
-------------------------------------	---



APÊNDICES

**APÊNDICE I: PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA: “GUIA DE
ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO
POLIVALENTE”**



3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE
PROJETO DE MELHORIA CONTINUA



Francisco Teixeira, n.º 4423

Fevereiro de 2024



3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Área de Especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE
PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

Trabalho apresentado no âmbito da Unidade
Curricular: Estágio de Enfermagem à Pessoa
em Situação Perioperatória II, realizado no
Bloco Operatório Polivalente da Unidade
Local de Saúde ()

Discente: Francisco Augusto Moreira Teixeira (aluno n.º 4423)

Tutora: () (Enfermeira Especialista em Enfermagem
Médico – Cirúrgica)

Orientadora: Isabel Maria de Sousa Miranda (Mestre em Enfermagem médico-Cirúrgica)

Regente: Professora Doutora Fernanda Príncipe

()
Fevereiro de 2024

"Onde não há padrão, não pode haver melhoria.

Por estas razões, os padrões são a base para a manutenção e melhoria"

Masaaki Imai

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	13
1. PROJETO MELHORIA CONTINUA	15
1.1. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA	16
1.2. DIMENSÃO DO PROBLEMA E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	16
1.2.1. CIRCUITOS NO BO.....	17
1.2.2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS	20
1.2.3. LAVAGEM CIRÚRGICA DAS MÃOS.....	23
1.2.4. USO DE LUVAS NO BO	24
1.2.5. COMPORTAMENTOS EM BO	25
1.3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS.....	28
1.4. PERCEBER AS CAUSAS	28
1.5. DESENHO DO PROJETO	29
1.6. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER.....	31
2. CONCLUSÃO	33
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	35

LISTA DE ABERVIATURAS E SIGLAS

ACSS - Administração Central do Sistema de Saúde
AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AVC - Acidente Vascular Cerebral
BO – Bloco Operatório
DGS – Direção Geral da Saúde
EPI's - Equipamentos de Proteção Individual
ESSNorte-CVP - Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa
ILC -Infeção do Local Cirúrgico
N.º – Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS – Organização Mundial Saúde
PNSD 2021-2026 – Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026
PDCA - Plan; Do; Check; Act/Adjust
SMIP - Serviço de Medicina Intensiva Polivalente
SNS – Sistema Nacional de Saúde
SU - Serviço de Urgência
UC – Unidade Curricular
ULS – Unidade Local de Saúde
UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos
UMI - Unidade de Medicina Intensiva

ÍNDICE DE FIGURAS/TABELAS

Figura 1 - Circuitos do BO Polivalente da ULS	19
Figura 2 – Os 5 momentos para a higiene das mãos	21
Figura 3 – Avaliação de risco do profissional de saúde e seleção das luvas	25
Figura 4 - Diagrama de Ishikawa	29
Figura 5 - Cronograma da implementação do projeto de melhoria " Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente"	32

INTRODUÇÃO

A elaboração deste projeto de melhoria foi efetuada no âmbito da unidade curricular (UC) de Estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, do 3º curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização a Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorte-CVP).

Como futuro enfermeiro especialista, e segundo o regulamento de competências específicas, é fundamental o desenvolvimento de competências no sentido de promover a segurança e a qualidade dos cuidados. Assim, a identificação de intervenções especializadas, conceção, implementação e avaliação de planos de intervenção é fundamental, para a aquisição dessas competências. (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018).

A realização deste trabalho emergiu na sequência da prática de enfermagem perioperatória, no Bloco Operatório polivalente da ULS [REDACTED], pela constatação da necessidade da existência de informação/documentação que sustente a implementação de boas práticas no BO.

É objetivo geral deste trabalho:

- Promover práticas seguras em ambientes seguros, através do fornecimento de informação e formação aos “novos” elementos no BO.

Como objetivos específicos definimos:

- Elaborar um “Guia de acolhimento aos Profissionais Bloco Operatório Polivalente”, disponibilizado eletronicamente e acessível em formato papel sob a forma de panfleto destacando os pontos mais importantes do mesmo;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da sua colaboração quer na disponibilização do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, quer na formação de boas práticas aos novos elementos chegados ao BO;

Segundo a Lei de Bases da Saúde (Lei nº95/2019, de 04 de setembro), Base XIV, “os utentes têm direito a: ser tratados pelos meios adequados, humanamente e com prontidão, correção técnica, privacidade e respeito”.

Segundo o Regulamento de competências do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro “maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção...” (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018).

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde considera a segurança do doente uma prioridade, sendo por isso fundamental a avaliação da cultura de segurança do doente, e o ponto de partida para a introdução de mudanças no comportamento dos profissionais e instituições, de forma a direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a sua evolução nas instituições

13

(DGS, 2018).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a qualidade dos cuidados de saúde como “a medida em que os cuidados de saúde prestados aos indivíduos e populações doentes melhoram os resultados em saúde desejados. Para que esse objetivo seja atingível, os cuidados de saúde devem ser seguros, eficazes, oportunos, eficientes, equitativos e centrados nas pessoas” (OMS, 2020, p.25).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 tem como objetivo consolidar e promover a segurança na prestação dos cuidados de saúde, e encontra-se assente em cinco grandes pilares: cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros.

Para a segurança dos cuidados de saúde prestados, a formação dos profissionais de saúde, a organização dos cuidados, a dotação dos profissionais de saúde e a existência de ferramentas e instrumentos são algumas das condicionantes para que existam ambientes seguros de prestação de cuidados. A implementação de meios digitais na divulgação e utilização de normas/orientações de boas práticas clínicas é essencial para uma comunicação efetiva (PNSD, 2021-2026).

Segundo PNSD 2021-2026, “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica, contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (DGS, 2021, p.96).

Um sistema de garantia da qualidade tem como base, a existência de procedimentos padronizados. Os procedimentos devem ser escritos, (escrever o que se faz, fazer o que se escreve), documentados e regularmente revistos e atualizados, para todas as atividades desenvolvidas.

Como desenvolvimento das competências de investigação foi realizada uma revisão de literatura. A metodologia utilizada para a realização deste trabalho, consistiu na pesquisa bibliográfica em livros, monografias, teses de mestrado e doutoramento, bases de dados científicas, no motor de busca EBSCO com interface para as bases de dados: CINAHL Complete, MEDLINE e Complete, e Google académico.

Este trabalho encontra-se estruturado em três partes: introdução; corpo do trabalho - capítulo no qual desenvolvemos o projeto de melhoria contínua de acordo com checklist Heather Palmer recomendado pela Ordem dos Enfermeiros (OE) e por fim, a conclusão.

1. PROJETO MELHORIA CONTÍNUA

A prática de Enfermagem avançada, assente na mais atual evidência científica, deve procurar a melhoria contínua dos cuidados que presta.

“O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados” (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018).

O Enfermeiro especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, desenvolve a sua intervenção de modo a favorecer:

- A comunicação eficaz aumentando a segurança dos procedimentos;
- A articulação entre os elementos da equipa multidisciplinar no planeamento e implementação de cuidados na melhor evidência científica;
- A partilha e reflexão sobre o processo de cuidados e possíveis medidas corretivas,
- A gestão de stress e de conflitos;
- O planeamento e implementação de formação e treino da equipa;
- A promoção da consciência cirúrgica;
- Condições de trabalho promotoras da saúde e segurança dos profissionais;
- As condições de boa prática;
- O cumprimento dos princípios de preparação pré -cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras protetoras;
- Elaboração de recomendações e normas internas para o cumprimento de princípios de assepsia progressiva, garantindo a sua implementação (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018).

A promoção da segurança do doente depende do esforço e persistência de todos os intervenientes e duma abordagem global, contínua e promotora da cultura de segurança. Deve estar assente numa cultura não punitiva e focada na melhoria contínua (PNSD 2021-2026).

Assim, e de acordo com o guião para a organização de projetos de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem (OE, 2013) e usando o ciclo PDCA (Plan; Do; Check; Act/Adjust), adaptado por Pedro Salvada identificamos a segurança do doente, através da implementação de boas práticas no BO, como sendo um problema real do serviço, dada a quantidade de novos elementos que frequentam regularmente o BO, quer em contexto laboral, quer em contexto formativo.

O PDCA é um método interativo de gestão de quatro passos, utilizado para o controle e melhoria contínua de processos e produtos. Baseia-se na repetição, para alcançar um nível de gestão melhor cada dia que passa. Tem como objetivo tornar os processos da gestão de uma empresa mais ágeis, claros e objetivos, sendo um método utilizado na melhoria contínua que é essencial para o sucesso dos negócios (Filho, 2014).

Assim a elaboração do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente” visa promover práticas seguras em ambientes seguros como é objetivo do PNSD 2021-2026.

1.1. APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O bloco operatório é um local onde o controlo de infeção adquire especial importância para a segurança do doente, dado que é o local onde o doente é submetido a procedimentos invasivos, estando exposto ao contacto de muitos e diferentes profissionais de saúde, equipamentos e dispositivos médicos.

O BO Polivalente composto por 10 salas operatórias, 8 no BO central e 2 no BO do novo edifício hospitalar, respetivos recobros, zona de transfer dos doentes, armazéns, gabinetes clínicos, vestiários, copa e zona de sujos. A definição da tipologia dos circuitos/zonas do mesmo é importante para a adoção de práticas recomendadas facilitando o seu cumprimento por todos os elementos que frequentem o BO, em particular quem de novo chega ao mesmo.

O BO é frequentado regularmente por enfermeiros, médicos especialistas, médicos Internos de especialidade, internos do ano comum, estudantes de enfermagem e medicina, assistentes operacionais; técnicos de diagnóstico e terapêutica, delegados de informação médica, e por funcionários que entram nas instalações como repositores do aprovisionamento e farmácia, técnicos do ar condicionado e dos sistemas de informação e equipamentos.

1.2 DIMENSÃO DO PROBLEMA E SUA FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A prestação de cuidados no BO é complexa, envolvendo uma equipa multidisciplinar em vários procedimentos, que devem ser otimizados de forma a garantir a segurança cirúrgica, e consequentemente a segurança dos cuidados prestados e da pessoa em situação perioperatória (OMS, 2008).

A promoção da segurança do doente depende do esforço e persistência de todos os intervenientes e duma abordagem global, contínua e promotora da cultura de segurança. Deve estar assente numa cultura não punitiva e focada na melhoria contínua (PNSD 2021-2026).

Assim, e após a realização de um diagnóstico da situação, salientamos como principais problemas com necessidade de melhoria, os seguintes:

- Incumprimento do uso de fardamento (casacos não apropriados para BO, calçado

16

inadequado, (não lavável às temperaturas recomendadas), uso de adornos nomeadamente anéis, pulseiras, relógios;

- Alocação de mochilas, carteiras, malas, garrafas de água dentro da sala operatória;
- Não cumprimento da utilização de EPI's;
- Não cumprimento dos 5 momentos de Higienização das mãos;
- Lavagem cirúrgica das mãos inadequada;
- Desconhecimento dos circuitos do BO;
- Ausência de realização formal de *breifing* e *debriefing* com a equipa da sala;
- Posturas e comportamentos desadequados em situações de conflito bem como em situações de emergência;
- Entrada/saída "desnecessária" da sala operatória;
- Ruído na sala operatória.

Face a estes comportamentos consideramos premente a realização de um manual informativo de Boas práticas como medida corretiva. De seguida iremos fazer uma abordagem aos circuitos do BO dando ênfase às diferentes áreas, serviços com os quais o BO se articula. Abordaremos as boas práticas no que confere ao fardamento, à prevenção de infeção e postura no BO.

1.2.1. CIRCUITOS NO BO

Na organização do BO considera-se a definição de circuitos em três grandes grupos:

- Doentes;
- Pessoal;
- Materiais.

Estes circuitos estão baseados em duas regras fundamentais: o Princípio do estabelecimento da regra de Assepsia Progressiva e o Princípio Geral de Circulação Interna. A Assepsia Progressiva define a sala de operações como o ambiente mais limpo, e os espaços reservados ao pessoal como o ambiente menos limpo. É o conceito que determina o controlo e limitação do tráfego de pessoal, doentes e materiais das áreas mais sujas (como o espaço reservado ao público) para as áreas mais limpas (como a sala de operações), através do estabelecimento de barreiras (vestiários do pessoal, transfer de doentes, EPI) e a circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas, através da manutenção de barreiras e controlo progressivo da pressão positiva (pressão mais elevada nas salas de operações e menos elevada nas zonas mais sujas). Este conceito vai determinar um tráfego controlado, limitado e com barreiras para o pessoal, doentes e materiais, estabelecendo: a circulação do pessoal, doentes e material das zonas menos limpas para as mais limpas. A circulação de ar das zonas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2006).

Segundo a AESOP (2005) todos os presentes na sala de operações têm obrigação de garantir um ambiente cirúrgico seguro. Em termos de controlo ambiental, foi indicado o respeito pelos circuitos de limpos e sujos e a redução do número de pessoas presentes na sala.

O respeito pelos circuitos de limpos e sujos no BO tem inerente a noção da assepsia progressiva na circulação de pessoas e materiais, separando as áreas restritas e mais limpas, das semi-restritas e mais sujas e, também, a remoção e o tratamento de resíduos, devendo ser efetuada triagem entre os não contaminados, os contaminados e os corto-perfurantes (AESOP, 2006).

Assim, podem-se classificar as diferentes zonas/circuitos no bloco operatório como área **livre**, área **semi-restrita** e área **restrita**. No caso concreto do BO Polivalente da ULS [REDACTED] temos a seguinte classificação:

Área livre:

- Receção/sala de espera dos doentes e acompanhantes (vindos do exterior);
- Corredores de circulação de acesso ao BO;
- Gabinete de coordenação;
- Instalações sanitárias (do pessoal e dos acompanhantes).

Transição da zona livre para a zona semi-restrita

- Transfer in/out de doentes;
- Vestiário de pessoal;
- Transfer de materiais;
- Transfer de esterilizados;
- Transfer (Depósito) de sacos.

Área semi-restrita

- Material de limpeza;
- Armazém de aprovisionamento;
- Armazém da farmácia;
- Armazém de material esterilizado/dispositivos médicos;
- Descanso de pessoal;
- Corredores de circulação do BO;
- Local para estacionamento de carro de emergência;
- Sala de relatórios/registos;
- Copa.

Área restrita

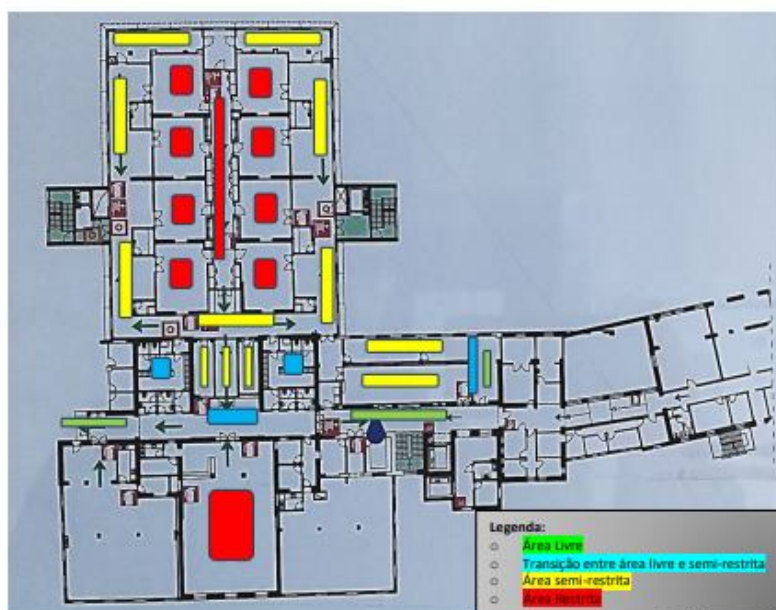
- Zona de desinfeção de pessoal;
- Sala de operações;

- Sala de sujos;
- Recobro (unidade do doente) (ACSS, 2011).

O BO tem ainda uma articulação permanente com os seguintes serviços:

- Admissão cirúrgica centralizada;
- Central de esterilização;
- Serviço de urgência / Unidade de Medicina Intensiva (SU/UMI);
- Unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA);
- Serviço de Medicina Intensiva Polivalente (SMIP);
- Unidade de AVC (Acidente Vascular Cerebral);
- Serviços de internamento (médicos e cirúrgicos);
- Serviço de aprovisionamento;
- Serviço farmacêutico;
- Serviço de imagiologia;
- Rouparia.

Figura 1 - Circuitos da BO Polivalente da ULSC



1.2.2. HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

Em 2005, a OMS lançou a iniciativa *Save Lives: Clean Your Hands*, de modo a incentivar todas as instituições do mundo, a melhorar a higienização das mãos e, consequentemente, diminuir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e suas complicações.

Pina et al. (2010) relatam que a higienização das mãos é uma ação simples, acessível e rápida e uma das principais medidas para reduzir as Infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

Todos os profissionais de saúde devem reger-se por um conjunto de valores e ética profissional, de modo a garantir um ambiente cirúrgico seguro, designada por “consciência cirúrgica”. A prática da técnica assética de forma rigorosa é essencial para a prevenção da infeção (AESOP, 2013).

Em todas as técnicas cirúrgicas ou invasivas, os profissionais de saúde têm que usar bata e luvas estéreis, pelo que é necessária uma prévia preparação cirúrgica das mãos (AESOP, 2013).

Cabe a todos os profissionais (estéreis e não estéreis) presentes na sala operatória garantir a esterilidade do campo operatório. Os elementos estéreis devem manter as mãos e antebraços nas zonas consideradas estéreis e os elementos não estéreis devem manter uma distância mínima de segurança de 30 cm e sempre de frente para os campos operatórios, mantendo o campo estéril e sob observação direta, garantindo a diminuição do risco de contaminação do campo operatório. (AESOP, 2013).

Segundo a Norma da DGS - Norma nº 007/2019 de 16/10/2019 a **higienização das mãos** deve ser realizada nos **5 momentos chave**, que enumeramos de seguida: (Ver norma da DGS)

- Antes do contacto com o doente;
- Antes de um procedimento limpo ou assético;
- Após exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso;
- Após o contacto com o doente;
- Após tocar as superfícies próximas ao doente.

Figura 2 – Os 5 momentos para a higiene das mãos



Fonte: DGS, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019

E ainda:

- Sempre que as mãos estão visivelmente sujas ou contaminadas com sangue ou outros fluidos orgânicos;
- Antes da preparação e administração de fármacos e manipulação de dispositivos médicos;
- Antes da manipulação e/ou preparação de alimentos;
- Antes da colocação de luvas: o uso de luvas não dispensa a Higiene das Mãos;
- Imediatamente após remoção de luvas estéreis, ou remoção de luvas não estéreis;
- Preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Após utilização das instalações sanitárias.

Temos como principais recomendações relativas à higiene das mãos:

- Higienizar as mãos por fricção com solução antisséptica de base alcoólica (SABA) no local de prestação de cuidados quando as mãos estão visivelmente limpas;
- Usar mangas curtas ou enrolar/dobrar as mangas do uniforme para cima;
- Remover a joalharia (incluindo o relógio) e adornos das mãos e antebraços antes de iniciar o dia ou turno de trabalho;
- Não usar unhas artificiais (tudo o que não é unha natural) ou outro tipo de extensores nos cuidados diretos aos doentes;
- Manter as unhas naturais, curtas e limpas;
- Não usar verniz, gel, gelinho ou outros produtos nas unhas na prestação de cuidados de saúde;
- Usar técnica oclusiva com pensos impermeáveis nas feridas ou abrasões de pele;
- Aplicar SABA ou sabão de acordo com o definido na presente Norma;
- Friccionar as mãos respeitando a técnica, os tempos de contacto e as áreas a abranger de acordo com os procedimentos a efetuar;
- Ter atenção especial aos espaços interdigitais, polpas dos dedos, dedo polegar e punho;
- Secar bem as mãos;
- Não usar de forma simultânea ou sequencial, uma solução antisséptica aquosa ou sabão antimicrobiano, seguido de SABA;
- Hidratar a pele, no mínimo 2 a 3 vezes por turno;
- Na presença de sinais ou suspeita de doenças cutâneas de provável causa profissional consultar o serviço de segurança e saúde do trabalho, cuja confirmação positiva é de declaração obrigatória para o Departamento de Proteção Contra os Riscos Profissionais do Instituto de Segurança Social.

A higienização das mãos pode ser realizada por diferentes técnicas e o uso de luvas não a substitui: (ver vídeo)

Com água e sabão: (ver vídeo)

- Molhar as mãos em água à temperatura corporal;
- Aplicar a quantidade de sabão suficiente para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e os punhos;
- Friccionar as mãos vigorosamente durante o mínimo 15 segundos;
- Enxaguar bem as mãos;
- Não tocar na torneira após Higiene das Mãos (usar um toalhete de papel para fechar a torneira de acionamento manual);

- Secar bem as mãos com toalhete de uso único;
- Depositar os toalhetes usados em contentor de acionamento por pedal;
- A duração do procedimento deve ser entre 40 e 60 segundos.

Por fricção com SABA: (ver vídeo)

- Não usar SABA nas mãos visivelmente sujas;
- Seguir as instruções do fabricante quanto aos tempos de aplicação da SABA;
- Aplicar a quantidade suficiente de SABA para cobrir ambas as mãos em todas as suas superfícies e punhos;
- Friccionar as mãos vigorosamente entre 20 e 30 segundos, até evaporar completamente a SABA, garantindo a secagem das mãos.

1.2.3. LAVAGEM CIRÚRGICA DAS MÃOS

A lavagem cirúrgica das mãos é fundamental para garantir a prevenção das ILC's, devendo por isso ser realizada de acordo com as melhores recomendações.

Com água e sabão com antimicrobiano: (ver vídeo)

- Lavar as mãos com água e sabão antes da preparação pré-cirúrgica das mãos se estas estiverem visivelmente sujas. Remover a sujidade dos leitos ungueais com um estilete de unhas sob água corrente. Não é recomendado a utilização de escovas na preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Molhar as mãos e antebraços e envolvê-los com o volume recomendado do detergente com antimicrobiano, até 5 cm acima do cotovelo;
- Friccionar mãos e antebraços, primeiro, um braço, seguido do outro. Os dedos, mãos e antebraços devem ser vistos como tendo 4 lados e cada um desses lados deve ser friccionado dando especial atenção aos espaços interdigitais e polegares. Remover a quantidade de sabão antimicrobiano sob água corrente;
- Repetir a técnica. Friccionar ambos os braços com sabão antimicrobiano até 5 cm abaixo do cotovelo. Proceder à remoção total do sabão sob água corrente;
- Em todos os procedimentos devem ser respeitados o volume de sabão antimicrobiano e o tempo de contacto recomendado pelo fabricante usualmente entre 2-5 minutos. Longos períodos de fricção (isto é, 10 minutos) não são necessários. Após antisepsia, as mãos e os antebraços devem ser secos com toalhete estéril descartável, um para cada braço, no sentido distal-proximal.

Por fricção com SABA: (ver vídeo)

- Molhar as mãos e antebraços e friccionar com sabão simples (sem antimicrobiano), caso existam resíduos subungueais, utilizando previamente um estilete para sua limpeza;

- Não é recomendado a utilização de escovas na preparação pré-cirúrgica das mãos;
- Secar completamente cada braço, com toalhete de papel não estéril; este momento deve demorar o tempo suficiente para uma secagem eficaz;
- Após completa secagem, friccionar com SABA, dedos, mãos e antebraços, dando especial atenção aos espaços interdigitais, até o produto evaporar por completo;
- Respeitar o tempo de contacto recomendado pelo fabricante, que deve corresponder ao tempo mínimo que o produto deve estar em contacto com a pele na fase líquida até à sua completa evaporação;
- Fazer uma segunda aplicação de SABA e manter as manobras de fricção até à completa secagem do produto, só no caso de o tempo mínimo de contacto não ter sido cumprido,
- Não utilizar toalhetes de secagem após a fricção com SABA. Não calçar as luvas estéreis antes da total secagem do produto de base alcoólica (DGS, 2019).

1.2.4. USO DE LUVAS NO BO (Ver norma)

O uso de luvas deve ser realizado e ajustado ao risco do procedimento a realizar. As luvas devem ser usadas quando existe risco de contaminação com sangue ou outros fluidos orgânicos ou em contexto de medidas de barreira, no âmbito de isolamento de contacto, como forma de diminuir a contaminação das mãos.

O uso de dois pares de luvas deve ser realizado quando para a realização de determinado procedimento existe risco elevado de perfuração das mesmas.

O uso de luvas de punho alto (cobrir o antebraço), devem ser usadas em situações com exposição a fluidos corporais ou sangue (ex: partos) de acordo com a avaliação do risco.

Deverão ser usadas luvas alternativas em casos que exista alergia ao látex quer pelo profissional, quer pelo utente.

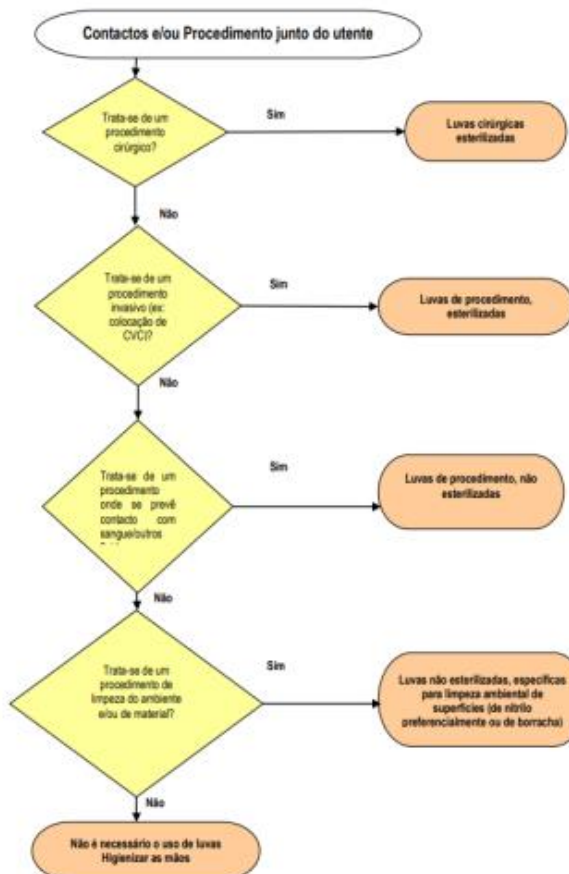
Antes da utilização de luvas deverá ser realizada a higienização das mãos, conforme se trate de um procedimento assético ou não.

A **troca/remoção** das luvas deve ser realizada sempre:

- Entre pacientes;
- Quando danificadas;
- Num mesmo utente, sempre que seja necessário prevenir a contaminação de uma zona mais suscetível;
- Que terminar a tarefa ou o procedimento para o qual foram usadas;
- Conjuntamente com outros EPI's, devem as luvas ser removidas em primeiro lugar.

Após a remoção das luvas, as mãos devem ser higienizadas, uma vez que o uso de luvas não substitui este procedimento (DGS, 2014).

Figura 3 – Avaliação de risco do profissional de saúde e seleção das luvas



Fonte: DGS. Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015, traduzida e adaptada de: Public Health Agency of Canada (PHAC): "Routine Practices and Additional Precautions Assessment and Educational Tools". ISBN: 978-1-100-20041-5. 2012.

1.2.5. COMPORTAMENTOS EM BO

Neste capítulo serão abordados temas relacionados com o vestuário, arranjo pessoal, calçado, uso de máscara, uso de luvas e cuidados na circulação da sala operatória e comunicação.

Vestuário e arranjo pessoal

O corpo humano é a maior fonte de contaminação no BO. O vestuário adquire especial atenção como médica de controlo de contaminação cruzada. Como vestuário são considerados: fatos próprios, toucas, calçado, barretes, máscaras, proteções oculares e outras barreiras de proteção individual (EPI's). Assim, é importante dar especial atenção ao seguinte:

- Retirar todas as **jóias** e adornos pessoais;
- A **roupa do BO** é de uso exclusivo do mesmo, devendo ser 100% algodão ou "tecido não tecido", constituída por 2 peças: calça e blusa de manga curta;
- Devem existir casacos de manga comprida, fabricados no mesmo tecido, que deverão ser usados fechados, sempre que os profissionais sintam a temperatura do BO fria;
- A roupa visivelmente suja, é considerada um veículo de infeção cruzada, pelo que deve ser substituída;
- A roupa, após utilização, deve ser processada, diariamente, em lavandaria própria para processamento de roupa hospitalar;
- Após o processamento, a roupa deve ser manipulada o mínimo possível, até a sua utilização;
- **Cabelos e pêlos faciais**, devem estar completamente cobertos por touca ou barrete, na sua totalidade;
- Os **barretes e toucas cirúrgicas** devem ser fabricados do mesmo tipo de tecido do restante vestuário, e devem ser descartados após a sua utilização;
- Nas **áreas restritas, deve ser sempre usada máscara**, quando está a decorrer um procedimento cirúrgico, quando existem equipamentos/materiais estéreis abertos, ou na presença de pessoas desinfetadas. As máscaras de alto risco e/ou com proteção ocular, devem ser usadas quando há a possibilidade de existir salpicos de sangue ou fluídos orgânicos ou aerossóis;
- As máscaras devem ser substituídas de acordo com as recomendações do fabricante relativamente à sua capacidade de filtração (normalmente até 5 horas), e sempre que estejam visivelmente danificadas ou sujas;
- As máscaras devem ser trocadas entre procedimentos, independentemente da duração do procedimento cirúrgico;
- Após utilização, a máscara deve ser removida segurando pelas fitas, e descartada em recipiente próprio para resíduos sólidos contaminados;
- O **calçado** no BO deve ser de **uso exclusivo nas áreas restritas e semi-restritas** e resistente ao processamento diário recomendado (lavagem e desinfecção);

- O calçado deve ser diariamente submetido a um processo de lavagem e desinfeção, preferencialmente mecânico;
- O uso de **coberturas de sapatos** de pano, plástico ou “tecido não tecido”, **não são permitidos** no BO – rasgam-se e sujam facilmente e funcionam como “vassoura”, contribuindo para o aumento do grau de contaminação do BO (AESOP, 2005).

Circulação na sala operatória

O comportamento de todos os intervenientes no processo cirúrgico com rigor técnico é indispensável para atingir um ótimo nível de cuidados. Assim, relativamente aos **campos cirúrgicos**:

- Devem ser corretamente colocados, de forma a evitar o risco de infeção para o doente e também custos associados a seu desperdício;
- Devem cumprir as recomendações da norma portuguesa NP EN 13795 (garantir o isolamento do local cirúrgico, propiciar barreira microbiana, promover proteção e conforto do doente e dos profissionais);
- Devem ser colocados por dois elementos da equipa estéril, que depois de colocados não podem ser recolocados;
- Deveram estar a pelo menos **30 cm do chão**;
- Os profissionais não estéreis devem manter uma **distância mínima** de pelo menos **30cm dos campos esterilizados** (AESOP, 2005).

Outros comportamentos recomendados na sala operatória:

- **Comunicação** eficaz (ver norma da DGS), de modo a evitar a ocorrência de **eventos adversos e conflitos** e, consequentemente colocar a **segurança do doente** em causa;
- Evitar “ruído”, promovendo um ambiente favorável o trabalho em equipa;
- Promoção de momentos de **briefing** (pré-operatório);
- Promoção de momentos/sessões de **debriefing** (em particular após ocorrência de eventos adversos), que devem:
 - Acontecer idealmente após o fim da cirurgia/evento adverso (até 24h após),
 - Ser promotores da cultura de segurança e aprendizagem partilhada com a equipa (Bourget-Murray et al., 2022);
 - Permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados e a satisfação do trabalho multidisciplinar (Skegg et al., 2023);
 - Assim como, favorecer o desempenho da equipa (Carpini & Flemming, 2020).
- Proibida a entrada de bens pessoais como garrafas, malas ou mochilas nas salas operatórias;

- Reduzir ao mínimo indispensável o número de pessoas na sala operatória.

1.3. FORMULAÇÃO DOS OBJETIVOS INICIAIS

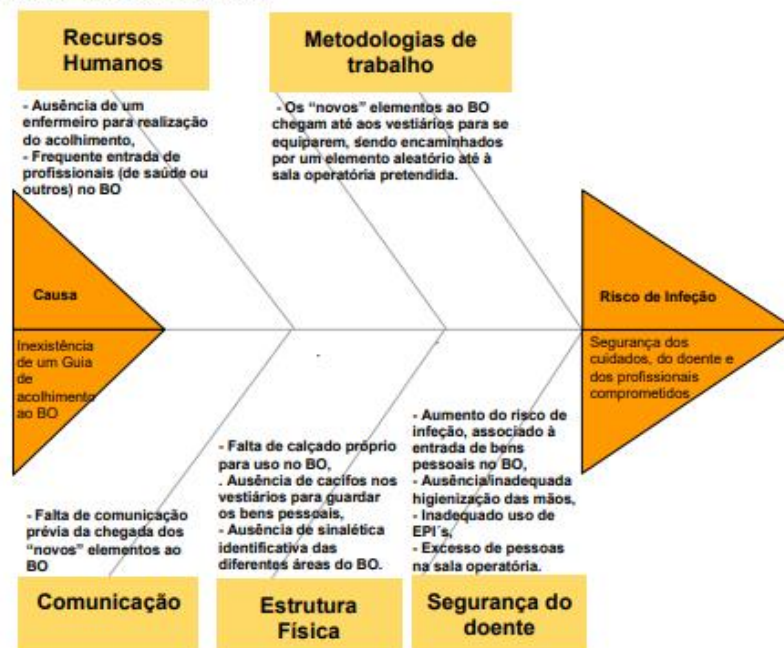
Após apresentação do problema e sua fundamentação decidiu-se desenvolver um projeto de melhoria com os seguintes objetivos:

- Promover práticas seguras em ambientes seguros, através do fornecimento de informação e formação aos “novos” elementos no BO;
- Elaborar um “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, disponibilizado eletronicamente e acessível em formato papel sob a forma de panfleto destacando os pontos mais importantes do mesmo;
- Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da sua colaboração quer na disponibilização do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, quer na formação de boas práticas aos novos elementos chegados ao BO.

1.4 PERCEBER AS CAUSAS

Após apresentação do problema e sua fundamentação teórica, realizou-se a esquematização de possíveis causas, sendo adotado o Diagrama de Espinha de Peixe ou Ishikawa.

Figura 4 - Diagrama de Ishikawa



1.5. DESENHO DO PROJETO

Após aferição das causas do problema acima, descrito será apresentado o planeamento do projeto, utilizando com instrumento de avaliação de qualidade a checklist de Heather Palmer (OE, 2013), respeitando as seguintes etapas:

- Dimensão estudada
 - Adequação Técnico-Científica - com base nas orientações do PNSD 2021-2026, práticas recomendadas para bloco operatório (AESOP) e Recomendações técnicas para Bloco Operatório (ACSS).
- Unidades de estudo
 - Equipa multidisciplinar;
 - Período de tempo que se avalia: Novembro e Dezembro de 2023.
- Tipo de dados
 - Indicadores de estrutura: distribuição do espaço físico do BO;
 - Indicadores de processo:

- Nº de pessoas que fez formação;
 - Nº de pessoas que acedeu ao *link*;
 - Nº de panfletos entregues.
- Indicadores de resultado: Incidentes auditados:
 - % de conformidade no cumprimento da higienização das mãos;
 - % de conformidade no cumprimento do uso de EPI's;
 - % de incidentes no cumprimento das recomendações na sala operatória.
- d) Fonte de dados
 - Observação das dinâmicas da equipa multidisciplinar e de elementos externos ao serviço no BO;
 - Observação de sinaléticas (mapa do serviço) e recursos materiais/físicos facilitadores do cumprimento das boas práticas no BO.
- e) Tipo de avaliação
 - Interna (inter pares), através da realização de auditoria interna.
- f) Critérios de avaliação (Critérios Explícitos)
 - Normas da DGS relativamente ao uso de EPI's e higienização das mãos (higienização das mãos e lavagem cirúrgica das mãos);
 - Práticas recomendadas para o bloco operatório (AESOP);
 - Recomendações técnicas para Bloco Operatório (ACSS).
- g) Colheita de dados
 - Enfermeiros do BO com funções de Elo de ligação ao Serviço de Qualidade e Gestão de Risco.
- h) Relação temporal
 - Avaliação prospetiva.
- i) Seleção da amostra
 - População: Profissionais de saúde a trabalhar ou em formação no BO;
 - Amostra: "novos" elementos da equipa multidisciplinar no BO.
- j) Intervenção prevista
 - Medidas corretivas:
 - Educacionais: Formação das equipas multidisciplinares, em particular os "novos" elementos;
 - Estruturais: Disponibilização de panfleto informativo e "link" de acesso ao "Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente".

1.6. PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Com o desenho do projeto definido, e de forma, a atingir os objetivos previamente definidos são planeadas as atividades a desenvolver pela equipa responsável do projeto. O plano organizado, deve ser bem estruturado, e com orientações claras relativamente às funções dos elementos responsáveis. As atividades a realizar para este projeto de melhoria após identificação do problema serão as seguintes:

- **Realização de diagnóstico de situação:** Observação do espaço físico do BO e dos comportamentos dos profissionais de saúde da equipa multidisciplinar;
- **Revisão bibliográfica:** pesquisa bibliográfica de carácter científico, com a evidência científica relacionada com o problema apresentado;
- **Reunião com o Enfermeiro Gestor do BO:** apresentação problema e de definição de contornos do desenvolvimento do projeto;
- **Reunião com a equipa de enfermagem:** Apresentação do problema colheita de dados para apuramento das suas causas e sugestões melhoria;
- **Elaboração do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”;**
- **Elaboração do panfleto “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”;**
- **Envolver os serviços de reprografia e comunicação e imagem da ULS** como facilitadores de divulgação do projeto através da impressão do panfleto e disponibilização de um “link” para o “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”;
- **Reuniões e formação em serviço sensibilizadoras para a divulgação do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”**
- **Adesão da equipa multidisciplinar na formação/sensibilização dos novos elementos no BO;**
- **Auditorias internas após a implementação do projeto de melhoria:** realizadas trimestralmente pelos responsáveis do projeto, através das grelhas de avaliação dos procedimentos;
- **Comunicação dos resultados das auditorias:** a partilha dos resultados é necessário para o sucesso do projeto e atingimento da segurança dos cuidados de qualidade prestados;
- **Propor estratégias de melhoria:** Após a implementação do projeto de melhoria e a comunicação dos resultados da mesma, é fundamental a abertura a sugestões da

31

equipa multidisciplinar, de modo a manter o objetivo comum na promoção de práticas seguras no BO;

- Solicitar que o guia seja **revisto pelo Serviço de Risco e Qualidade** para que fique **publicado na Plataforma Intrahospitar QL**.

O processo de implementação do projeto de melhoria terá a duração prevista de 14 meses e a distribuição de atividades organizada de acordo com o cronograma abaixo apresentado.

Figura 5 - Cronograma da implemetação do projeto de melhoria " Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente"

Ano:	2023					2024											
	N	D	J	F	M	A	M	J	J	A	S	O	N	D			
	O	E	A	E	A	B	A	U	U	U	G	E	U	O			
	V	Z	N	V	R	R	I	N	L	O	S	T	M	B			
	E	E	E	E	Ç	I	O	H	H	O	T	E	B	B			
	M	M	I	R	O						O	R	R	R			
	B	B															
	R	R															
	O	O															
Atividades a desenvolver																	
Realização de diagnóstico de situação																	
Revisão bibliográfica																	
Reunião com o Enfermeiro Gestor do BO para apresentação do projeto e pedir autorização à sua realização																	
Reunião com a equipa de enfermagem para colheita de dados																	
Elaboração do "Guia de acolhimento ao BO"																	
Elaboração do panfleto "Guia de acolhimento ao BO"																	
Envolver os serviços de reprografia e comunicação e imagem da ULS																	
Reuniões e formação em serviço sensibilizadoras para a divulgação do "Guia de acolhimento ao BO"																	
Adesão da equipa multidisciplinar na formação/sensibilização dos novos elementos no BO,																	
Auditorias internas após a implementação do projeto de melhoria																	
Comunicação dos resultados das auditorias																	
Propor estratégias de melhoria																	
Solicitar que o guia seja revisto pelo Serviço de Risco e Qualidade para que fique publicado na Plataforma Intrahospitar QL.																	

2. CONCLUSÃO

O desenvolvimento do curso de Mestrado permitiu a consciencialização de que a excelência profissional deverá sempre ter como base da sua *praxis* a evidência científica, que é obtida através da investigação clínica, neste caso realizada por enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação perioperatória na procura de se atualizarem e aprofundarem conhecimentos, contribuindo para uma Enfermagem Avançada Especializada.

Espera-se contribuir para tomadas de decisões visando o melhor planeamento, monitorização e avaliação do processo envolvendo toda a equipa multidisciplinar.

Assim, a realização deste projeto de melhoria, visa de uma forma sustentada na evidência científica mais atual, contribuir para a promoção de práticas seguras em ambientes seguros, como são recomendadas pelas entidades de saúde nacionais e internacionais.

O desenvolvimento de projetos de melhoria por enfermeiros especialistas em enfermagem à pessoa em situação perioperatória adquirem especial relevo, quer na promoção de práticas seguras por parte de todos os elementos da equipa multidisciplinar, quer na prevenção da ocorrência de eventos adversos para o doente e própria equipa multidisciplinar.

Desta forma, com o desenvolvimento deste projeto de melhoria, intitulado de "Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente", pensamos ter conseguido o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, e acima de tudo contribuir de forma ativa para a promoção da segurança do doente, através da pesquisa científica, formação e sensibilização/reflexão sobre a prática em contexto perioperatório.

Consideramos os objetivos propostos, aquando do início deste trabalho, atingidos. Cientes de que a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória são o principal foco de todos os intervenientes no processo de doença da pessoa em situação perioperatória, espera-se que o presente trabalho seja também ele sujeito a melhoria futura, como garantia da segurança dos cuidados prestados à população que recorre a esta unidade de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (2013). Práticas recomendadas para bloco operatório – 3ª edição.

ACSS (2011). RT 05/2011. Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório. ACSS - Administração Central Sistemas de Saúde, IP. <https://www.acss.min-saude.pt>

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.

DGS (2015). Norma nº 013/2014 de 25/08/2014 atualizada a 07/08/2015. [i021551.pdf \(SECURED\) \(dgs.pt\)](#)

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.

DGS. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030. pns.dgs.pt/plano-nacional-de-saude/

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>

OE. (dezembro de 2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf

OE. (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

35

OMS. (2020). Manual de Estratégias e Políticas para a Qualidade dos Cuidados de Saúde.
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709-por.pdf>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2014). WHO's first global report on antibiotic resistance reveals serious, world-wide threat to public health.
<https://www.who.int/medicentre/news/releases/2014/arm-report/en/>

Organização Mundial de Saúde (OMS). (2008). World Alliance for Patient Safety. WHO Guidelines for Safe Surgery. Geneva: OMS.
<http://www.atuagawande.com/document/WHOGuidelinesforSafeSurgery.pdf>

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro, Diário da República, 2.ª série, n.º 187.

OMS. (2011). Patient Safety Research: A guide for developing training programmes.
<https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/104545/retrieve>

Regulamento nº429/2018 de 26 de novembro (2022). 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, nº135 (16-07-2018).

**APÊNDICE II: PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO: GUIA DE
ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO
POLIVALENTE”**

Plano de Sessão de Formação

Tema: “Guia de acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”

Preletor: Francisco Teixeira (aluno nº4423 da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa)

Destinatários: Equipa de Enfermagem do Bloco operatório Polivalente da [REDACTED]

Local: Sala de reuniões

Data: 08/03/2024

Duração: 45min

Objetivo Geral: Promover práticas seguras em ambientes seguros, através do fornecimento de informação e formação aos “novos” elementos no BO.

Objetivos específicos:

- Dar a conhecer a mais recente evidência científica acerca do controlo de infeção e da influência dos comportamentos dos profissionais sobre o mesmo;
- Sensibilizar a equipa Enfermagem para a importância da sua colaboração quer na disponibilização do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório (BO) Polivalente”, quer na formação de boas práticas aos novos elementos chegados ao BO.

Fase	Conteúdo	Duração (min.)	Metodologia	Materiais
Introdução	• Apresentação e boas-vindas; • Apresentação do tema e objetivos	5	Expositivo	• Computador; • Videoprojector; • Papel; • Canetas; • Panfletos do “Guia de Acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”
Desenvolvimento	• Identificar, descrever e dimensionar o problema; • Controlo de infeção e importância para a segurança do doente; • Plano Nacional para a Segurança do Doente 2021-2026; • Circuitos no BO; • Higienização das mãos; • Uso de luvas no BO; • Comportamentos no BO; • Comunicação eficaz; • <u>Debriefing</u> no BO.	30	Expositivo Participativo	
Conclusão	• Resumo dos aspetos mais importantes; • Esclarecimento de dúvidas.	5	Expositivo Participativo	
Avaliação	• Avaliação oral dos participantes acerca da formação	5	Participativo	

**APÊNDICE III: APRESENTAÇÃO DA FORMAÇÃO EM SERVIÇO: “GUIA DE
ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO
POLIVALENTE”**



ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CIUSP - VIMIEIRA PORTUGUESA

"GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"



Projeto de Melhoria Contínua
08 de Março de 2024

Aluno: Francisco Teixeira
Tutora: Enfermeira [REDACTED]
Orientadora: Mestre Isabel Miranda

1

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

CONCLUSÃO

A **prestação de cuidados** no Bloco Operatório (BO) é complexa, envolvendo uma **equipa multidisciplinar** em vários procedimentos, que devem ser otimizados de forma a garantir a **segurança cirúrgica**, e consequentemente a **segurança dos cuidados** prestados e da pessoa em situação perioperatória.

(OMS, 2008)





ESS+
Escola Superior de Saúde Norte
CIUSP - VIMIEIRA PORTUGUESA

2

"GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO	PROJETO DE MELHORIA CONTINUA	CONCLUSÃO
Porquê: "O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica responde eficazmente ao mobilizar conhecimentos e habilidades na identificação da intervenção especializada, na conceção, implementação e avaliação do plano de intervenção, numa parceria de cuidar promotora da segurança e da qualidade dos cuidados" (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018)	1.3 — Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva inter-profissional. 1.3.1 — Adequa estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos; 1.3.2 — Garante a articulação entre os membros da equipa interdisciplinar no planeamento e implementação de cuidados baseados nas melhores evidências científicas; 1.3.3 — Contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa; 1.3.4 — Comunica de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica; 1.3.5 — Gere o trabalho em equipa, fomentando a partilha e reflexão sobre processo de cuidados e eventual instituição de medidas corretivas; 1.3.6 — Gere situações de stress e conflito fomentando um ambiente harmonioso; 1.3.7 — Intervém no planeamento e implementação da formação e treino da equipa interdisciplinar. (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018)	

ESS+
Serviço Especial de Saúde Pública
Unidade de Intervenção Hospitalar

3 "GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

3

ENQUADRAMENTO	PROJETO DE MELHORIA CONTINUA	CONCLUSÃO
Porquê: 2.1 — Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.	2.1.1 — Atua como modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica em benefício da pessoa. 2.1.2 — Intervém na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória; 2.1.3 — Propõe medidas corretivas tendo por base a análise epidemiológica dos eventos adversos; 2.1.4 — Prepara o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados; 2.1.8 — Garante condições do ambiente de trabalho promotoras da saúde e da segurança dos profissionais; 2.1.9 — Garante que estão asseguradas as condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos; (Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018)	

ESS+
Serviço Especial de Saúde Pública
Unidade de Intervenção Hospitalar

4 "GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

?

Porquê:

2.2 — Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.

2.2.1 — Assegura o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo da contaminação, de acordo com as evidências científicas;

2.2.10 — Elabora recomendações e normas internas de aplicação dos princípios de assepsia progressiva, estruturas físicas e equipamentos, garantindo a sua implementação.

(Diário da República, Regulamento nº429/2018, 2018)



ESS+

Sistema Integrado de Saúde Pública

Unidade Integrada de Saúde Pública

5

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

5

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

DIAGNÓSTICO DO PROBLEMA

- ✓ Incumprimento do uso de **ardamento** (casacos não apropriados para BO, calçado inadequado, (não lavável às temperaturas recomendadas), uso de adornos nomeadamente anéis, pulseiras, relógios;
- ✓ **Alocação de mochilas, carteiras, malas, garrafas de água dentro da sala operatória;**
- ✓ Não cumprimento dos 5 momentos de **Higienização das mãos;**
- ✓ **Lavagem cirúrgica das mãos inadequada;**
- ✓ Desconhecimento dos circuitos do BO;
- ✓ Ausência de realização formal de **briefing e debriefing** com a equipa da sala;
- ✓ **Ruído** na sala operatória;
- ✓ Não cumprimento da utilização de EPI'S.





ESS+

Sistema Integrado de Saúde Pública

Unidade Integrada de Saúde Pública

6

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

CONCLUSÃO

OBJETIVO

- ✓ Promover práticas seguras em ambientes seguros, através do fornecimento de informação e formação aos “novos” elementos no BO.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Elaborar um “Guia de acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, disponibilizado eletronicamente (futuramente) e acessível em formato papel sob a forma de panfleto;
- ✓ Sensibilizar a equipa multidisciplinar para a importância da sua colaboração quer na disponibilização do “Guia de acolhimento aos Profissionais do Bloco Operatório Polivalente”, quer na formação de boas práticas aos novos elementos chegados ao BO.



7

“GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”

7

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

CONCLUSÃO

ENFERMAGEM AVANÇADA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA
→
MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS

METODOLOGIA

O PDCA é um método **iterativo** de gestão de **quatro passos**, utilizado para o **controle** e **melhoria contínua** de processos e produtos. Baseia-se na **repetição**, para alcançar um nível de gestão melhor cada dia que passa. Tem como **objetivo** tomar os **processos da gestão** de uma empresa **mais ágeis, claros e objetivos**, sendo um método utilizado na melhoria contínua que é essencial para o sucesso dos negócios (Filho, 2014).





8

“GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

ENFERMAGEM AVANÇADA – EVIDÊNCIA CIENTÍFICA

←→

MELHORIA CONTÍNUA DOS CUIDADOS

!

APRESENTAÇÃO DO PROBLEMA

O BO é um local onde o **controlo de infeção** adquire especial importância para a **segurança do doente**.

O BO é frequentado por:

Médicos Internos

Estudantes de Medicina

Médicos especialistas

Técnicos AC



Estudantes de Enfermagem

Enfermeiros

Funcionários dos SIE

TDT's

Assistentes Operacionais

Delegados Informação Médica



9 "GUIA DE ACOIHMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

9

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

DIMENSÃO DO PROBLEMA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A promoção da **segurança do doente** depende do **esforço e persistência de todos os intervenientes** e duma abordagem **global, contínua e promotora da cultura de segurança**. Deve estar assente numa cultura não punitiva e focada na melhoria contínua (PNSD 2021-2026).

Após a realização do **diagnóstico de situação** e identificação dos **principais problemas** com necessidade de melhoria, decidimos abordar os seguintes temas:

!

SEGURANÇA DO DOENTE

CIRCUITOS NO BO

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

USO DE LUVAS NO BO

COMPORTAMENTOS NO BO

OUTROS COMPORTAMENTOS NO BO







10 "GUIA DE ACOIHMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

CONCLUSÃO

DIMENSÃO DO PROBLEMA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

CIRCUITOS NO BO:

- ÁREA LIVRE
- TRANSIÇÃO ENTRE ÁREA LIVRE E SEMI-RESTRIÇA
- ÁREA SEMI-RESTRIÇA
- ÁREA RESTRIÇA





11

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

11

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTÍNUA

CONCLUSÃO

DIMENSÃO DO PROBLEMA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS

- COM ÁGUA E SABÃO
- POR FRICÇÃO COM SABA

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



SEGURANÇA DO DOENTE

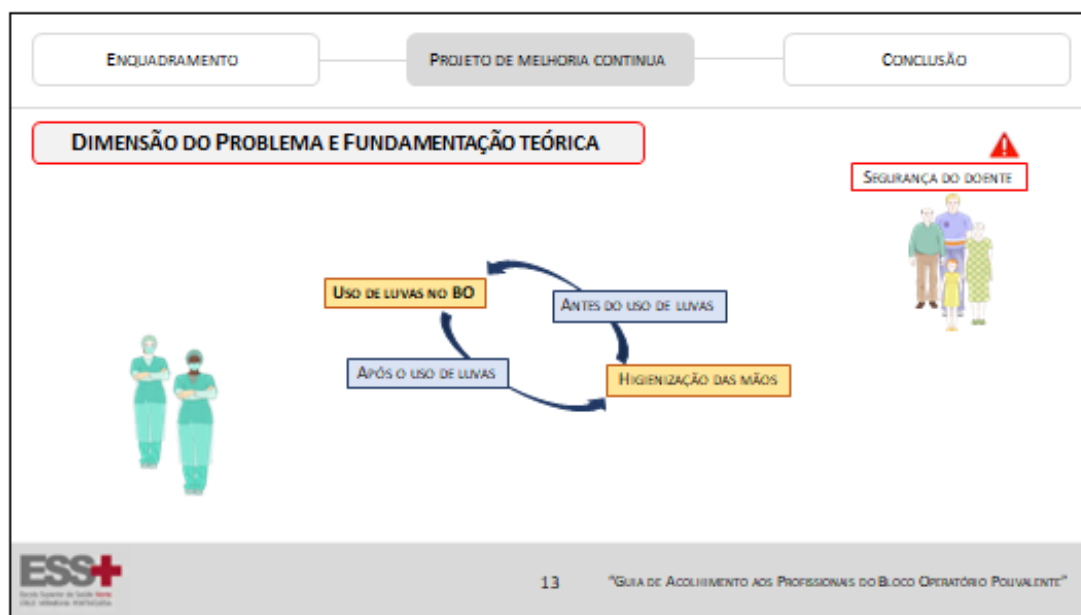
LAVAGEM CIRÚRGICA DAS MÃOS

- COM ÁGUA E SABÃO COM ANTIMICROBIANO
- POR FRICÇÃO COM SABA

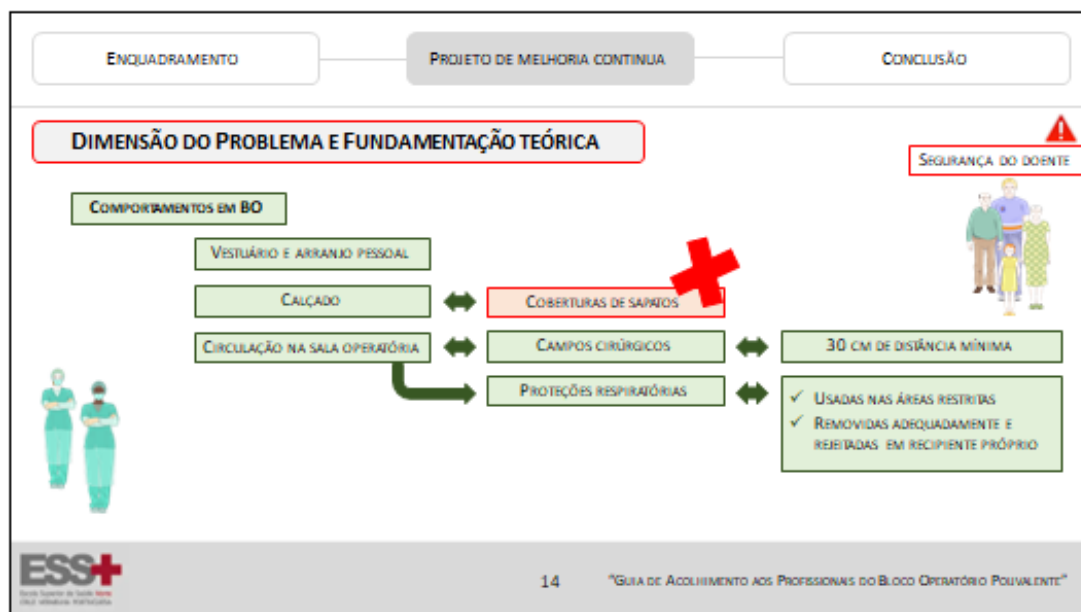


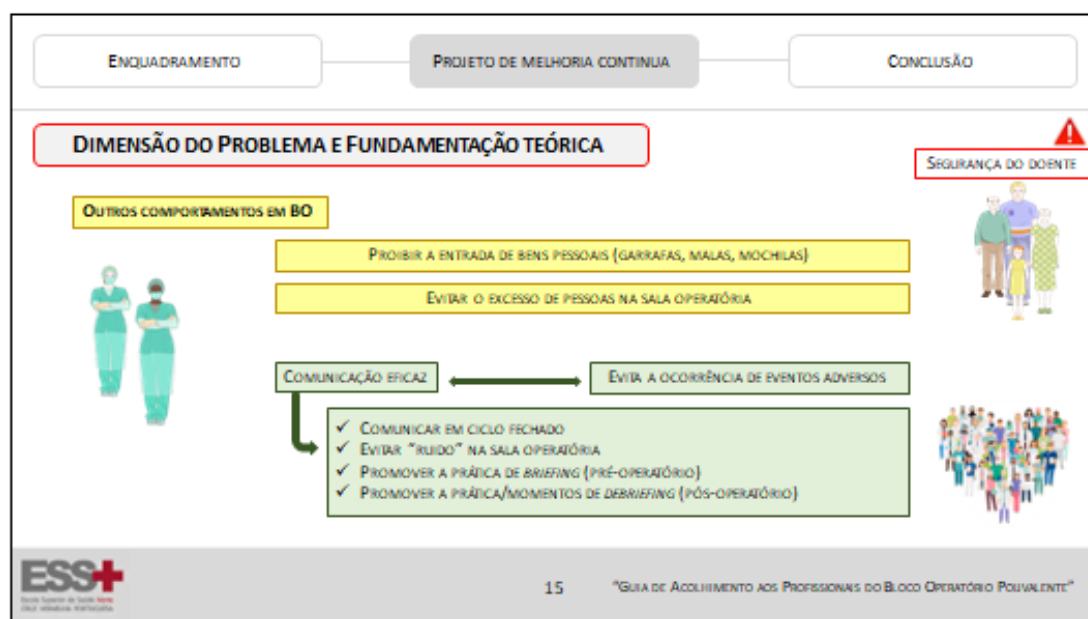
12

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

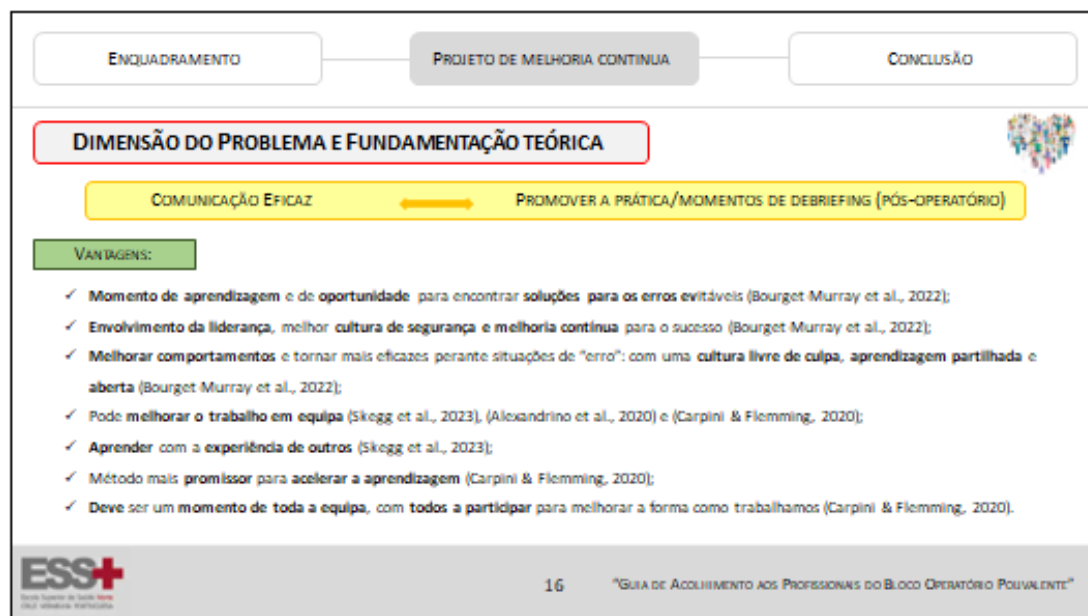


13





15



ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

DIMENSÃO DO PROBLEMA E FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

COMUNICAÇÃO EFICAZ
←
→
PROMOVER A PRÁTICA/MOMENTOS DE DEBRIEFING (PÓS-OPERATÓRIO)

DESADVANTAGENS:

- ✓ 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).



ESS+ Sistema de Gestão de Saúde
ESS+ Sistema de Gestão de Saúde

17

"GUIA DE ACOIHMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

17

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

PERCEBER AS CAUSAS

Figura 4 - Diagrama de Ishikawa





ESS+ Sistema de Gestão de Saúde
ESS+ Sistema de Gestão de Saúde

18

"GUIA DE ACOIHMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO	PROJETO DE MELHORIA CONTINUA	CONCLUSÃO
---------------	------------------------------	-----------

DESENHO DO PROJETO

DIMENSÃO ESTUDADA:

- ✓ Adequação Técnico-Científica com base nas orientações:
 - ✓ do PNSD 2021-2026;
 - ✓ práticas recomendadas para bloco operatório (AESOP) e;
 - ✓ Recomendações técnicas para Bloco Operatório (ACSS).



19 "GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

19

ENQUADRAMENTO	PROJETO DE MELHORIA CONTINUA	CONCLUSÃO
---------------	------------------------------	-----------

DESENHO DO PROJETO

INTERVENÇÃO PREVISTA

- ✓ Medidas corretivas:
 - ✓ Eduacionais: Formação das equipas multidisciplinares, em particular os "novos" elementos;
 - ✓ Estruturais:
 - ✓ Disponibilização de panfleto informativo em suporte de papel e formato eletrónico;
 - ✓ QR code: 
 - ✓ "link" de acesso ao "Guia de acolhimento ao BO" (em colaboração com o departamento de imagem e comunicação da ULS)



20 "GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

TIPO DE DADOS

INDICADORES DE PROCESSO:

- ✓ N.º de pessoas que fez formação,
- ✓ N.º de pessoas que acedeu ao *link*,
- ✓ N.º de panfletos entregues.

INDICADORES DE RESULTADO: INCIDENTES AUDITADOS:

- ✓ % de conformidade no cumprimento da higienização das mãos,
- ✓ % de conformidade no cumprimento do uso de EPI's,
- ✓ % de incidentes no cumprimento das recomendações na sala operatória.

21

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

21

ENQUADRAMENTO

PROJETO DE MELHORIA CONTINUA

CONCLUSÃO

PLANEAMENTO DAS ATIVIDADES A DESENVOLVER

Atividades a desenvolver	2018			2019		
	N	J	F	M	A	M
Revisão de diagnóstico de situação						
Revisão bibliográfica						
Reunião com o enfermeiro titular do BO para apresentação do projeto e pedir autorização à sua realização						
Reunião com a equipa de enfermagem para coherência de dados						
Elaboração do "Guia de acolhimento ao BO"						
Elaboração do panfeto "Guia de acolhimento ao BO"						
Envio de serviços de regografia e comunicação a imagem da LUS						
Reunir e formação em serviço sensibilizadora para a divulgação do "Guia de acolhimento ao BO"						
Acesso da equipa multidisciplinar na formação/sensibilização dos novos elementos no BO.						
Auditorias internas após a implementação do projeto de melhoria						
Comunicação dos resultados das auditorias						
Propor estratégias de melhoria						
Solicitar que o guia seja revisado pelo Serviço de Risco e Qualidade para que fique publicado na Plataforma IntraHospitalar GL						

22

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

ENQUADRAMENTO

MATERIAL E MÉTODOS

CONCLUSÃO

CONCLUSÃO

- ✓ Espera-se **contribuir** para **tomadas de decisões** visando o **melhor planeamento, monitorização e avaliação do processo** envolvendo toda a **equipa multidisciplinar**.
- ✓ **Pretende-se** de uma forma sustentada na evidência científica mais atual, contribuir para:
 - ✓ A promoção de **práticas seguras em ambientes seguros**,
 - ✓ A **prevenção** da ocorrência de **eventos adversos** para o doente e própria equipa multidisciplinar,
 - ✓ A promoção da **segurança do doente**.
- ✓ Espera-se que o **presente trabalho** seja também **de sujeito a melhoria futura**, como **garantia da segurança dos cuidados** prestados à **população** que recorre a esta unidade de saúde.





23

"GUIA DE ACOULHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

23

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS









24

"GUIA DE ACOULHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"



Obrigada pela vossa atenção!

Francisco Teixeira



25

"GUIA DE ACOELHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE"

**APÊNDICE IV: QR CODE DE ACESSO AO “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS
PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”**



**APÊNDICE V: PANFLETO DO “GUIA DE ACOLHIMENTO AOS
PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE”**



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

GUIA DE ACOLHIMENTO AOS PROFISSIONAIS DO BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE



Para profissionais de saúde, alunos das áreas da saúde e todos os profissionais que frequentam o Bloco Operatório

Seja Bem-Vindo!



"Onde não há padrão, não pode haver melhoria."

Masaaki Imai

BLOCO OPERATÓRIO POLIVALENTE

CONTACTOS:

Telefone geral: 2 (marcar a extensão após seleccionar a opção 8)

Extensão da coordenação: 4

Extensão do recobro: 4

Telefone Enfermagem de do BO

Urgência: (Fim-de-semana, feriados e das 20h00 às 08h00)

Correio Eletrónico:



UNIDADE LOCAL DE SAÚDE

A ULS tem por missão a melhoria da qualidade de saúde da população, prestando cuidados de saúde diferenciados no respeito pela dignidade e individualidade do utente. É, ainda, missão da ULS criar condições de excelência à captação, manutenção e desenvolvimento dos seus colaboradores.

Direção do BO:

Coordenação do BO:

Autores:

Francisco Teixeira (Aluno do estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

(Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica do BO Polivalente da ULS)

OBJETIVO:

Promover práticas seguras em ambientes seguros



PLANTA DO BO POLIVALENTE DA ULS

CIRCUITOS/ÁREAS DO BLOCO OPERATÓRIO

ÁREA LIVRE:

- Corredores acesso ao BO (sala de espera de doentes vindos do exterior);
- Instalações sanitárias;
- Gabinete de coordenação.

ÁREA DE TRANSIÇÃO (LIVRE PARA SEMI-RESTRITA):

- Transfer in/out dos doentes;
- Transfer de materiais e esterilizados;
- Vestiários.

ÁREA SEMI-RESTRITA:

- Armazéns;
- Corredores do BO;
- Sala de registos;
- Sala de descanso e copa.

ÁREA RESTRITA:

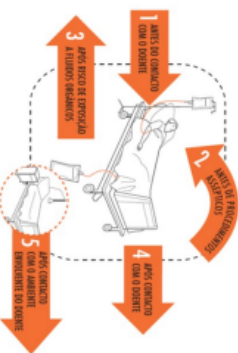
- Salas operatórias;
- Corredor central das salas;
- Unidades dos doentes (recobro).

- QUANDO CHEGA AO BO**
- Toque à campainha e solicite que seja encaminhado ao respetivo vestário;
 - Use o **fardamento de BO** disponível à entrada do vestário, ou nos dispensadores automáticos de fardamento (caso tenha acesso);
 - Pendure a sua roupa no cabide;
 - Retire todas as **jóias e adornos**;
 - Não deixe os pertences no vestário (existem armários na sala de pausa/copa para o efeito);
 - Deverá ter **calçado de uso exclusivo do BO**. Caso não seja possível, use as "proteções de calçado";
 - Coloque **touca** na cabeça a cobrir totalmente o cabelo;
 - Realize a **higienização das mãos** antes de sair do vestário;
 - Entre no BO e **dirija-se à Coordenação do BO** para que lhe apresentem o Serviço antes de iniciar qualquer atividade.
- QUANDO ESTÁ NO BO**
- Evite a **entrada/saída "desnecessária"** da sala operatória;
 - Na **sala de operações**, mantenha as **portas fechadas**;
 - Enquanto decorrem procedimentos cirúrgicos, utilize apenas a **porta da sala com acesso ao corredor central do BO**;
 - Higienize as mãos sempre que entra ou sai da sala operatória e antes e após a utilização de luvas;
 - Use máscara sempre que haja material estéril aberto, procedimento cirúrgico em curso ou lavagem cirúrgica das mãos;
 - Mude de máscara sempre que esteja suja/danificada, removendo-a pelas tiras e rejeite em contentor próprio (grupo III/saco branco);
 - Cumpra a distância do campo cirúrgico, de pelo menos 30 cm;
 - Comunique de forma clara e objetiva;
 - Não leve objetos pessoais para a sala Operatória (garras/malas/mochilas);
 - Evite o uso de dispositivos eletrónicos pessoais na sala operatória;
 - Evite "ruídos" que perturbem o ato cirúrgico;
 - Utilize a **copa** sempre que necessário, para realisar a sua pausa/alimentar-se; Siga as orientações da equipa da sala;

QUANDO SAI DO BO

- No vestário proceda à **remoção do fardamento** (se for de uso único rejeite em contentor próprio. Se for fardamento têxtil entregue nas máquinas de recolha automática);
- O calçado de uso exclusivo do BO deverá ser higienizado diariamente (coloque-o em contentor próprio para o efeito);
- Nunca circule no hospital com a farda do BO;
- Higienize as mãos, antes de se ausentar do BO.

Os seus 5 momentos para a HIGIENE DAS MÃOS



1. ANTO DO TOPO DO COTOVELO COM O BOMBE
2. ENROLAR O SABÃO
3. APOIAR O COTOVELO EM UM SUPO
4. APOIAR O COTOVELO EM UM SUPO
5. ENROLAR O SABÃO COM O BOMBE

Fonte: DGS, Norma nº 007/2019 de 16/10/2019

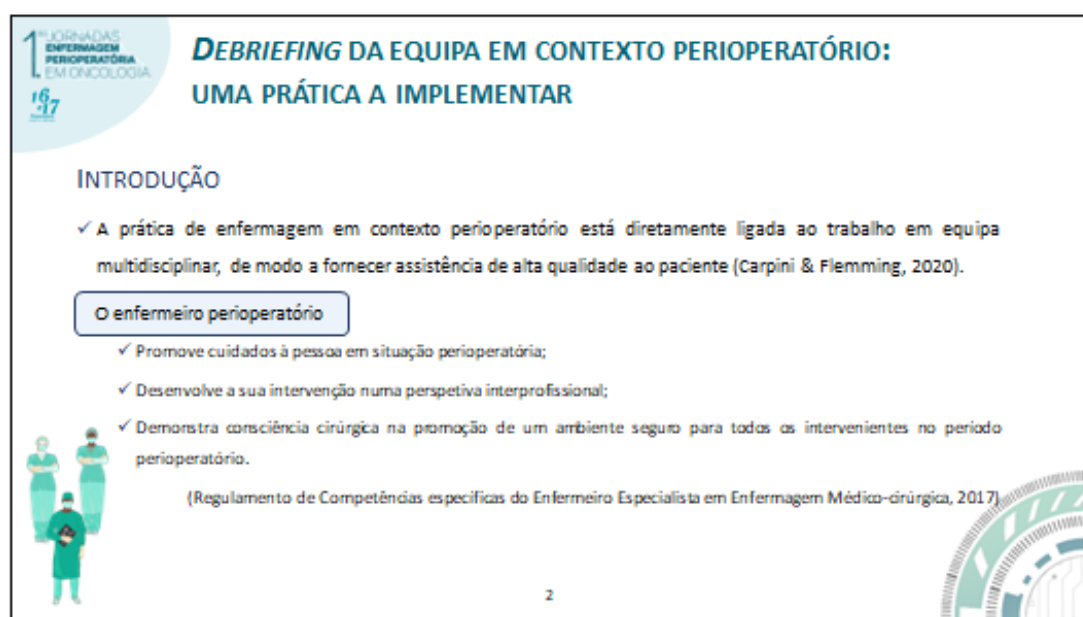
"A prestação de cuidados no BO é complexa, envolvendo uma **equipa multidisciplinar** em vários procedimentos, que devem ser otimizados de forma a garantir a **segurança cirúrgica**, e consequentemente a **segurança dos cuidados** prestados e da pessoa em situação perioperatória."

(OMS, 2008)

**APÊNDICE VI: COMUNICAÇÃO ORAL “*DEBRIEFING* DA EQUIPA EM
CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”**



1



2



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

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

1.ª JORNADA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

OBJETIVO

Refletir sobre a importância de práticas de *debriefing* da equipa em contexto perioperatório



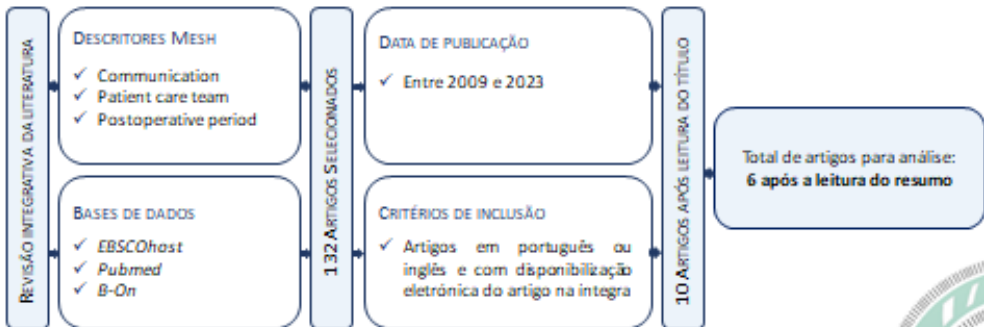
5

5

1.ª JORNADA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

METODOLOGIA



```

graph LR
    A[REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA] --> B[DESCRITORES MESH  
✓ Communication  
✓ Patient care team  
✓ Postoperative period]
    A --> C[BASES DE DADOS  
✓ EBSCOhost  
✓ Pubmed  
✓ B-On]
    B --> D[132 ARTIGOS SELECIONADOS]
    C --> D
    D --> E[DATA DE PUBLICAÇÃO  
✓ Entre 2009 e 2023]
    D --> F[CRITÉRIOS DE INCLUSÃO  
✓ Artigos em português ou inglês e com disponibilização eletrónica do artigo na íntegra]
    E --> G[10 ARTIGOS APÓS LEITURA DO TÍTULO]
    F --> G
    G --> H[Total de artigos para análise:  
6 após a leitura do resumo]
    
```

6

1.ª JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

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

1.ª JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

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

1^{as} JORNADAS
ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA
EM ONCOLOGIA

16-17

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 (Skogg et al., 2023), (Alexandrina et al., 2020) e (Carpini & Flemming, 2020);
- ✓ Aprender com a experiência de outros (Skogg 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

1^{as} JORNADAS
ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA
EM ONCOLOGIA

16-17

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 (Skogg et al., 2023);
- ✓ A cultura da hierarquia e a cultura do rankismo, que é o "abuso de poder associado à posição" (Skogg et al., 2023);
- ✓ Realizar um bom *debriefing* nem sempre é fácil. É preciso prática para aceitar (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



1ª JORNADA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

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 Taveis, Martin & Chemanas (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 contorno 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

11

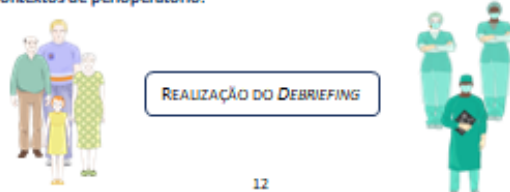


1ª JORNADA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
16-17

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

1^ª JORNADA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA

16-17

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ✓ Alexandrino, H., Baptista, S., Vilela, L., Júnior, J. H. Z., Spada, P. C., Junior, D. S., Vello, L. A., Carvalho, V. H., Marcelo, L., Matos, F., Duarte, R., Fomina, L., Pereira, J., Pinheiro, L. F., Freije, G. R., & Marques, C. (2020). Improving Intraoperative Communication in Trauma: The Educational Effect of the Joint OSTCTM/OATCTM Courses. *World journal of surgery*, 44(6), 1856-1862. <https://doi.org/10.1007/s00268-020-05423-5>
- ✓ Boujrat-Munoz, J., Page, R., & Penn-Barwell, J. (2022). What's Important: Postoperative Debriefings and Surgical Team Communication. *The Journal of bone and joint surgery. American volume*, 104(2), 200-202. <https://doi.org/10.2106/195.21.00252>
- ✓ Caprini, J. A., & Flemming, A. S. (2020). An exploratory study of debriefing practices in the West Australian perioperative context. *Day Surgery Australia*, 29(1), 2-8.
- ✓ Despacho nº589/Q2/2021, de 24 de Setembro (2021). Plano Nacional para a segurança dos Doentes. 2021-2026.
- ✓ OGS (2017) Norma 003/2017 - "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde". INC - International Council of Nurses. (2010) INC® - Version 2 - International Classification for Nursing Practice.
- ✓ Skogge, 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.12124>
- ✓ Brown, A. J., Martin, D. E., & Chennoune, W. M. (2021). Clinical debriefing: A concept analysis. *Journal of clinical nursing*, 30(11-12), 1401-1501. <https://doi.org/10.1111/jocn.15616>



13

1^ª JORNADA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA

16-17

DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR






Obrigado pela vossa atenção!

Francisco Teixeira
Email: francisco.jqr@gmail.com



14

**APÊNDICE VII: COMUNICAÇÃO ORAL “CONTROLO E PREVENÇÃO DA
HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO
INTRAOPERATÓRIO”**



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.





1. JORNADAS ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA
19-27

03

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, Castiño & 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).

(Penalarte 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., Scneider, 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: percepção 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: perspetiva 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
Avaliação Principal

**CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO
DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO**

Autores: Bruna Almeida¹, Dêsa Bastos², Francisco Teixeira³ e Isabel Miranda⁴

¹Mediranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS de Coimbra.
²Mediranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO central da ULS do Hospital de Aveiro.
³Mediranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeira no BO de Cirurgia Cardiorrespiratória da ULS de S. João.
⁴Mediranda em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermeira Especialista no BO central da ULS de Gula e Espinha e docente na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa de Oliveira de Azeméis.









**APÊNDICE VIII: POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS
ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES
DESENCADEANTE, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS”**

STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS?

Autores: Dilsa Bastos¹, Bruna Almeida², Francisco Teixeira³ e Isabel Miranda⁴

¹ Mestranda em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER) - Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) - Av. Ariberto de Freitas, 1190 - Jd. Navegantes - Ribeirão Preto - SP - 13061-970.

² Mestranda em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER) - Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) - Av. Ariberto de Freitas, 1190 - Jd. Navegantes - Ribeirão Preto - SP - 13061-970.

³ Pós-graduada em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER) - Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) - Av. Ariberto de Freitas, 1190 - Jd. Navegantes - Ribeirão Preto - SP - 13061-970.

⁴ Docente na USP, Mestranda em Enfermagem, Universidade de São Paulo (USP), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto (EER) - Faculdade de Ciências da Saúde (FCS) - Av. Ariberto de Freitas, 1190 - Jd. Navegantes - Ribeirão Preto - SP - 13061-970.

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.

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.

METODOLOGIA

```

graph TD
    A[Base de Dados] --> B[Pesquisa: 27/12/2023  
- CINAHL® Complete  
e MEDLINE via EBSCOhost  
- Google Acadêmico]
    B --> C[123 artigos]
    C --> D[Data de publicação entre 2019-2023]
    D --> E[43 artigos]
    E --> F[Seleção após análise do título e do resumo (considerando os critérios de inclusão: artigos disponíveis na íntegra e relacionados ao tema de interesse: stress ocupacional)]
    F --> G[5 artigos]
    G --> H[Totais de estudos para análise: 5 artigos + 1 dissertação de mestrado]
    
```

Bases de Dados: Pesquisa: 27/12/2023. - CINAHL® Complete e MEDLINE via EBSCOhost. - Google Acadêmico.

Descritores DeCS/Mesh: Occupational stress AND Operating room AND Nurses.

Revisão Integrativa da Literatura

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

- Trabalho horas extras/carga de trabalho^{1,2,4}
- Exigência e pressão do trabalho^{1,6}
- Falta de períodos de descanso¹
- Ambiente de trabalho^{1,6}
- Relações interpessoais complexas⁶
- Conflitos com equipe médica/superior hierárquico⁶
- Falta de recursos humanos e materiais^{1,2,4}
- 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 humor⁶
- Diminuição da motivação¹
- Diminuição da saúde mental e da satisfação e qualidade de vida^{1,6}
- Esgotamento profissional^{1,6}
- Atitude de indiferença para com as pessoas em situação perioperatória⁶
- 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^{1,3,4}
- Implementar programas que promovam a competência comunicacional e a resiliência⁶
- Intervenção psicológica personalizada⁶
- Formação no âmbito da gestão do stress^{2,4}
- Aconselhamento e apoio qualificado para a gestão de eventos traumáticos⁴
- Formação e protocolos de atuação²
- Mais recursos humanos para evitar sobrecarga de horário^{2,4}
- Mais recursos para a prática de cuidados²
- Condições que garantam o sono e a rutina dos enfermeiros⁶
- Otimizar a organização do espaço físico do BO²
- Integração adequada dos enfermeiros e não especialistas da sua preferência²
- Organizar o horário de trabalho de forma razoável e flexível⁶
- Otimizar a distribuição salarial/votador um sistema de avaliação justo⁶

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 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:
"Perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do
***debriefing* no bloco operatório"**

Questão de investigação: Qual a perceção dos enfermeiros à pessoa em situação perioperatória relativamente à utilização do *debriefing* em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Introdução	
Informações do participante	• 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	☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Outro ☐ Não responde
Formação académica	☐ Licenciatura em enfermagem ☐ Pós-Graduação: _____ ☐ Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) ☐ Especialidade em EMC: área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória. ☐ Mestrado: _____ ☐ Doutoramento: _____ ☐ Outra: _____
Tempo de exercício profissional (anos)	____ Anos
Tempo de exercício profissional em bloco operatório	____ Anos
Funções de Enfermagem que desempenha no Bloco operatório	☐ Enfermeiro(a) de anestesia ☐ Enfermeiro(a) circulante ☐ Enfermeiro(a) instrumentista ☐ Enfermeiro(a) de recobro ☐ Enfermeiro(a) de UCPA



Objetivos específicos	Questões
Perceber qual o significado e importância atribuídos ao <i>debriefing</i>	1. Na sua opinião, o que significa <i>debriefing</i> em contexto perioperatório? 2. Considera importante ou necessária a realização do <i>debriefing</i>? 3. Se sim, por que razão considera importante? 4. Entende que a sua equipa de trabalho considera o <i>debriefing</i> importante?
Identificar a prática de utilização do <i>debriefing</i> pela equipa de enfermagem	1. No seu local de trabalho existe algum momento formal ou informal para a realização do <i>debriefing</i>? 2. Se sim, Qual? 3. Na sua opinião, qual seria o <i>timing</i> ideal para a realização do <i>debriefing</i>? 4. No seu local de trabalho, é realizado <i>debriefing</i> nas cirurgias programadas? 5. No seu local de trabalho, é realizado <i>debriefing</i> nas cirurgias de urgência/emergência?
Identificar diferenças no <i>debriefing</i> para a equipa de enfermagem nas cirurgias programadas e de urgência/emergência	1. Dependendo da função que o enfermeiro está a desempenhar no bloco operatório, a realização do <i>debriefing</i> é influenciada? 2. Se sim. Por que razão? 3. Considera existirem diferenças na realização do <i>debriefing</i> entre uma cirurgia programada e uma cirurgia de urgência/emergência? 4. Se sim, quais? Nas cirurgias programadas: 5. Quais as vantagens da realização do <i>debriefing</i> para a equipa de enfermagem? 6. Quais as desvantagens da realização do <i>debriefing</i> para a equipa de enfermagem? 7. Na sua opinião, quais os fatores que favorecem a realização do <i>debriefing</i>? 8. Na sua opinião, quais os fatores que dificultam a realização do <i>debriefing</i>? Nas Cirurgias de urgência/emergência: 9. Quais as vantagens e desvantagens da realização do <i>debriefing</i>.



	em comparação com as cirurgias programadas? 10. Na sua opinião, quais os fatores que favorecem ou dificultam a realização do <i>debriefing</i> nas cirurgias de urgência/emergência, comparativamente às cirurgias programadas?
Conhecer as estratégias utilizadas pelos enfermeiros no bloco operatório de forma a melhorar os cuidados de enfermagem e refletir sobre os mesmos	1. Na sua prática, quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros de forma a melhorar os cuidados de enfermagem na sala operatória? 2. Quais as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para refletir sobre os cuidados de enfermagem prestados no bloco operatório? 3. Considera importante a existência de um elemento moderador para a realização do <i>debriefing</i>? 4. Se sim, que características deve o moderador possuir?
Identificar sugestões para a segurança do doente e melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória pela equipa de enfermagem	1. Nas cirurgias programadas, que sugestões daria para promover a segurança do doente e a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória? 2. Nas cirurgias de urgência/emergência, que sugestões daria para promover a segurança do doente e a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória? 3. Alguma outra sugestão que considera importante para a segurança e melhoria dos cuidados de enfermagem no bloco operatório?
Conclusão	
- 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

Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios Relativamente à Utilização do *Debriefing* no Bloco Operatório

Categorias Subcategorias	Unidades de Registo [recodificadas]	Referências	Frequência
1. Percepção dos Enfermeiros sobre Debriefing			
a) Significado de Debriefing			
	Comunicação e Partilha Multidisciplinar	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp2, Per2, Per4, Per5, Pro3	7
	Encontros e Reuniões	Esp3, Pro1, Pro2, Pro4	4
	Melhoria Contínua e Aprendizagem	Esp2, Esp3, Esp5, Pro1 (1), Pro1 (2)	5
	Reflexão e Avaliação Pós-Procedimento	Esp4, Per1, Per3, Pro1, Pro2, Pro4, Pro5 (1), Pro5 (2)	8
b) Relevância do Debriefing			
	Análise de incidentes	Per4	1
	Coesão e confiança na equipa	Pro1, Pro3	2
	Consciência do papel durante os procedimentos	Per2	1
	Identificação de lacunas	Pro4	1
	Importância da reflexão e análise, e da comunicação aberta	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp2 (1), Esp2 (2), Esp3, Esp5, Per1, Per2 (1), Per2 (2), Pro1, Pro2, Pro3, Pro5	13
	Otimização, Importância e necessidade de melhoria	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp1 (3), Esp1 (4), Esp2 (1), Esp2 (2), Esp4, Per1 (1), Per1 (2), Per3, Per4, Pro2	12
	Qualidade dos cuidados	Esp4, Esp5, Per1	3
c) Desvantagens do Debriefing			
	Barreira do Tempo	Esp1, Esp3, Per4	3
	Cultura da Culpabilização e Penalização	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp2 (1), Esp2 (2), Esp2 (3), Esp5, Per4	7
	Dificuldade de Expressão	Per3	1
	Negação de Desvantagens	Esp2, Esp4, Esp5, Per1, Per2, Per4, Pro1, Pro2 (1), Pro2 (2), Pro3, Pro4	11
2. Prática do Debriefing em contexto Perioperatório			
a) Realização do Debriefing			
	Falta de formalidade / maioritariamente de forma Informal	Esp1, Esp2 (1), Esp2 (2), Esp4 (1), Esp4 (2), Esp4 (3), Esp5, Per1, Per2, Per4, Pro1 (1), Pro1 (2), Pro2, Pro3, Pro4 (1), Pro4 (2), Pro5	17
	Práticas habituais no bloco	Per1	1
	Importância da liderança	Esp2, Esp3, Per5, Pro2	4
b) Timing ideal para realização do Debriefing			
	Ao acordar do doente	Esp4, Pro3	2
	Finalização do turno	Esp3, Pro1	2
	Pós-operatório imediato	Esp1, Esp2, Esp5 (1), Esp5 (2), Per3, Per4, Pro1, Pro2, Pro3	9
	Intra-operatório	Pro2	1
	Após transferência para o recobro	Per1, Per5, Pro4 (1), Pro4 (2), Pro5	5
c) Diferenças no Debriefing			
	Foco em áreas cirúrgicas específicas	Pro3	1
	Gestão de tempo	Esp3	1

Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios Relativamente à Utilização do *Debriefing* no Bloco Operatório

Categorias Subcategorias	Unidades de Registo [recodificadas]	Referências	Frequência
	Importância do ambiente controlado	Esp1, Pro2	2
	Influência da urgência/emergência no debriefing	Esp5, Pro1, Pro2, Pro4	4
d) Fatores Influenciadores na Cirurgia Programada			
	Carga de trabalho e transparência nos serviços	Esp1 (1), Esp1 (2)	2
	Conhecimento e especialização da equipe	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp4 (1), Esp4 (2), Per1	5
	Cultura organizacional e gestão	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp1 (3), Esp3, Per1, Pro1, Pro4 (1), Pro4 (2)	8
	Falta de disposição e motivação	Esp1, Esp2, Esp5, Pro5	4
	Importância de gestão e otimização de tempo	Esp3 (1), Esp3 (2), Esp3 (3), Esp4 (1), Esp4 (2), Esp5, Per1, Per2, Per4, Per5 (1), Per5 (2), Per5 (3), Pro3 (1), Pro3 (2)	14
	Segurança do doente e eficácia dos procedimentos	Esp1, Esp2, Esp3 (1), Esp3 (2), Pro2	5
e) Fatores Influenciadores na Cirurgia Urgente ou Emergente			
	Ansiedade e motivação	Esp2, Esp5, Per1, Per4	4
	Imparcialidade, Síntese e Ponderação	Esp1, Esp3, Per5, Pro4, Pro5	5
	Inteligência Emocional	Esp2, Per4, Pro5,	3
	Liderança	Per2, Per3, Pro1, Pro2, Pro3,	5
3. Promoção da Melhoria de cuidados e Promoção da Segurança			
a) Estratégias utilizadas pelos Enfermeiros			
	Adaptação e Resolução de Problemas	Esp1, Esp4, Per1, Pro2 (1), Pro2 (2)	5
	Comunicação	Esp1, Esp4 (1), Esp4 (2), Esp5, Per4 (1), Per4 (2), Pro3	7
	Formação e Treino	Esp2, Esp3, Esp5 (1), Esp5 (2), Esp5 (3), Esp5 (4), Per1 (1), Per1 (2), Per3 (1), Per3 (2), Pro1 (1), Pro1 (2), Pro1 (3), Pro5 (1), Pro5 (2)	15
	Protocolos e Ferramentas	Esp2, Esp3 (1), Esp3 (2), Per2, Per3, Per4 (1), Per4 (2), Pro1	8
	Segurança e Identificação do doente	Esp1, Pro1 (1), Pro1 (2), Pro4 (1), Pro4 (2)	5
	Atribuição de tempo específico para o Debriefing	Esp1, Esp3, Esp5, Pro1, Pro2, Pro3 (1), Pro3 (2), Pro4 (1), Pro4 (2)	9
	Avaliação e cultura organizacional	Esp1, Pro1 (1), Pro1 (2), Pro1 (3)	4
	Imprevisibilidade	Esp4 (1), Esp4 (2), Esp5, Per2, Pro1, Pro3	6
	Complexidade das cirurgias e complicações	Esp2, Esp3 (1), Esp3 (2), Esp4	4
	Conhecimento da equipa	Esp2, Esp4 (1), Esp4 (2)	3
	Desgaste e carga de trabalho	Esp1 (1), Esp1 (2), Esp1 (3), Pro5	4
	Segurança do doente	Esp1, Esp2, Esp3, Per2, Pro2	5
f) Características do Moderador			
	Assertividade	Esp1, Esp2 (1), Esp2 (2), Esp3 (1), Esp3 (2), Esp4 (1), Esp4 (2), Esp5, Per3, Pro4, Pro5	11
	Capacidades Relacionais e de Comunicação	Esp3 (1), Esp3 (2), Per3, Per4 (1), Per4 (2), Pro1, Pro2, Pro3, Pro5	9
	Capacidades Técnicas e Conhecimento	Esp4, Per1 (1), Per1 (2), Per1 (3), Per2 (1), Per2 (2), Per4,	7

Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios Relativamente à Utilização do *Debriefing* no Bloco Operatório

Categorias Subcategorias	Unidades de Registo [recodificadas]	Referências	Frequência
b) Prática de Reflexão sobre os cuidados de enfermagem			
	Cultura de Segurança e espírito de grupo	Pro1 (1), Pro1 (2), Pro3	3
	Debriefings e Briefings	Esp1, Esp2, Esp3, Esp4, Esp5 (1), Esp5 (2), Per1 (1), Per1 (2), Per4, Per5, Pro1, Pro2, Pro5	13
	Formação e Desenvolvimento de Equipe	Per3, Pro1	2
	Procura de Conhecimento e Formação	Esp4	1
c) Sugestões para Promoção de Segurança			
	Incrementar Formação e Treino	Esp3 (1), Esp3 (2), Esp3 (3), Esp3 (4), Esp4, Esp5 (1), Esp5 (2), Per2 (1), Per2 (2), Per3, Per5, Pro1 (1), Pro1 (2), Pro1 (3), Pro2 (1), Pro2 (2), Pro2 (3), Pro4 (1), Pro4 (2), Pro5	20
	Fomentar Comunicação e Debriefings	Esp4 (1), Esp4 (2), Esp5, Per2, Per4, Pro1 (1), Pro1 (2), Pro3, Pro4	9
	Consultas e Preparação Pré-operatória	Per1 (1), Per1 (2), Per2, Pro2	4
	Otimização da Equipa e Transição de Cuidados	Esp2, Esp3 (1), Esp3 (2), Pro1 (1), Pro1 (2), Pro2, Pro4	7

APÊNDICE XI: CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO NA INVESTIGAÇÃO



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, assine.*

Título do estudo: Perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* no bloco operatório.

Enquadramento: A segurança do doente em contexto de bloco operatório depende de vários fatores, entre eles os relacionados com a comunicação eficaz. Nesse sentido, conhecer o atual "estado da arte" relativamente à utilização do *debriefing* pelos enfermeiros perioperatórios torna-se premente. Assim, pretende-se responder à questão de investigação: Qual a Perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização do *debriefing* no bloco operatório em contexto de cirurgia programada e/ou cirurgia de urgência/emergência?

Explicação do estudo: O presente estudo é qualitativo do tipo exploratório e descritivo, recorrendo à realização de entrevista semiestruturada como método de recolha de dados. Será realizada uma entrevista a enfermeiros que desempenham a sua atividade profissional na área de cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória. Como critérios de inclusão para a participação no presente estudo definimos: Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-cirúrgica (EEEMC) ou EEEMC área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, Enfermeiros peritos em enfermagem perioperatória e enfermeiros proficientes em enfermagem perioperatória.

O estudo tem como objetivo perceber qual a perceção dos enfermeiros perioperatórios relativamente à utilização de *debriefing* no bloco operatório e o possível contributo do mesmo para a segurança dos cuidados prestado à pessoa em situação perioperatória.

As entrevistas serão gravadas em suporte de áudio quando realizadas presencialmente e, em suporte de vídeo quando realizadas não-presencialmente, após o consentimento do participante por escrito. As entrevistas serão transcritas na íntegra e conservadas pelo prazo mínimo de cinco anos.

Pretende-se identificar a realização de momentos de *debriefing*, possíveis fatores que determinem a sua utilização, assim como, evidenciar se existem diferenças na perceção relativamente à utilização de *debriefing* no bloco operatório por parte de enfermeiros proficientes, peritos e especialistas em EMC/à Pessoa em Situação Perioperatória.

¹http://portal.arsnorte.min-aude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Comiss%C3%A3o%20de%20C3%89tica/Ficheiros/Declaracao_Helsinquia_2008.pdf

²<http://dre.pt/pdf1sdip/2001/01/002A00/00140036.pdf>





Pretende-se despertar a consciência dos participantes, percecionando quais os fatores contributivos ou limitadores para a utilização de *debriefing* no bloco operatório e contribuir para a melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, assentes numa cultura de segurança.

Não são expectáveis a ocorrência de danos físicos ou emocionais para os participantes. Assim como, não há qualquer conflito de interesses da parte do investigador ou participantes.

A 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.

Confidencialidade e anonimato: O investigador 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: *Francisco Augusto Moreira Teixeira*

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela pessoa que acima assina. 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



