



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

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

**Cláudia Vanessa da Silva Brás**

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE  
A QUALIDADE E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS  
À PESSOA NO PERÍODO PERIOPERATÓRIO:  
SCOPING REVIEW**

**OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023**



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

**PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A QUALIDADE  
E A SEGURANÇA DOS CUIDADOS À PESSOA NO  
PERÍODO PERIOPERATÓRIO**

Relatório de Estágio

Cláudia Vanessa da Silva Brás

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória sob orientação da Professora Doutora Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas.

Oliveira de Azeméis, 2022



*“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”*  
*Albert Einstein*



## AGRADECIMENTOS

---

O percurso de uma especialidade e de um mestrado é sempre uma longa trajetória, com uma mistura de sentimentos. É um caminho árduo, dignificador, com alegrias e tristezas e alguns percalços.

Independentemente do processo solitário de qualquer investigador, ele reúne contributos de diversas pessoas que foram, sem dúvida, indispensáveis para encontrar o rumo certo nesta caminhada.

Completar este caminho só foi possível com o apoio, empenho e força de várias pessoas, a quem dedico este projeto da minha vida.

Em especial, agradeço à minha orientadora, a Professora Doutora Susana Regadas. Não só pela dedicação e disponibilidade sempre apresentadas, como também pelo rigor a nível científico e pela visão crítica e oportuna, que contribuiu para o enriquecimento deste trabalho realizado.

Às minhas tutoras de estágio, a Enfermeira Especialista Augusta Pinho e a Enfermeira Especialista Carla Reis do Centro Hospitalar Universitário do Porto, pelo enorme profissionalismo, dedicação, apoio e pelo elevado nível de competências que enriqueceram todo o período de estágio.

A todos os enfermeiros do Bloco Operatório Central/Ortopedia do Centro Hospitalar Universitário do Porto, pela forma como me acolheram e me receberam de mente aberta e se disponibilizaram a proporcionar experiências de aprendizagem, partilha e conhecimentos que me enriqueceram como pessoa e como profissional.

Aos enfermeiros do Bloco Operatório do Centro Materno Infantil do Norte por todo o apoio e incentivo ao longo deste caminho.

À minha família pela paciência, motivação e pelo incentivo quando o cansaço se apoderava de mim.

Em especial ao meu namorado, José Monteiro, pelo amor, partilha, companheirismo, apoio e pelas longas horas de espera, como também pela generosidade e enorme compreensão, ao longo de todo este processo.



## LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

---

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*

BO – Bloco Operatório

CGM – Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães

CHUPorto – Centro Hospitalar Universitário do Porto

CICA – Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório

CMIN – Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso

DeCS – Descritores em Ciências da Saúde

DGS – Direção-Geral da Saúde

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

HSA – Hospital Santo António

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

IOM – *Institute of Medicine*

IPQ – Instituto Português de Qualidade

JBI – *The Joanna Briggs Institute*

LeanOR – *Lean in Operating Room*

MeSH – *Medical Subject Headings*

MS – Ministério da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PBCI – Precauções Básicas de Controlo de Infecção

PCC – População, Conceito e Contexto

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

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*

PSCS – *Patient Safety Culture Scale*

RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RH – Recursos Humanos

ScR – *Scoping Review*

SMART – *Specific, Measurable, Attainable, Realistic and Time-bound*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

## RESUMO

---

O estágio constitui uma experiência pedagógica extremamente enriquecedora, onde é permitido, ao aluno estagiário, ter contacto com aquela que será a sua realidade profissional e aplicar o conhecimento adquirido ao longo do seu percurso formativo. Deste modo, esta primeira parte está focada no Centro Hospitalar Universitário do Porto, instituição onde decorreu o estágio realizado no âmbito da frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória.

O objetivo é apresentar as atividades realizadas ao longo do estágio, explicando-se como é que estas permitiram e contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista, de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica e de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica com especialização na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

No âmbito das competências comuns do enfermeiro especialista, em particular, da responsabilidade profissional, ética e legal, destaca-se a intervenção realizada no bloco de urgência e no BO de ortopedia a qual implicou a prestação de cuidados de enfermagem, onde foi necessário agir em profundo respeito pelo doente, assegurando o cumprimento de princípios éticos e a deontologia profissional. No respeitante à melhoria contínua da qualidade, interessa salientar que se desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente terapêutico. Estas competências, foram adquiridas através do desenvolvimento de atividades como a atualização da *checklist* do carro pediátrico e do mapeamento do instrumental cirúrgico do bloco central e a respetiva listagem. A coordenação do BO no bloco central e no bloco de urgência, da qual se teve oportunidade de observar/cooperar foi outra atividade realizada e a qual permitiu consolidar e desenvolver competências ao nível da gestão dos cuidados. Por fim, também foi possível desenvolver e consolidar as aprendizagens profissionais e as quais irão permitir atuar e desenvolver uma práxis clínica assente na evidência científica, através da participação em vários congressos, conferências e jornadas.

Relativamente às competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, através das intervenções de enfermagem realizadas no bloco de urgência e no BO de ortopedia, foi possível consolidar e aprofundar competências (técnicas e não técnicas) relativas ao cuidar da pessoa em situação

perioperatória e da sua família. As atividades realizadas individualmente como a atualização da *checklist* do carro pediátrico, o mapeamento instrumental cirúrgico e o desenvolvimento do Manual de Bolso para Atuação do Enfermeiro de Anestesia no Período Intraoperatório e as atividades realizadas em grupo, como as formações dadas a enfermeiros e a assistentes operacionais que trabalham no BO, permitiram consolidar e desenvolver a competência Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

## ABSTRACT

---

The internship constitutes an extremely enriching pedagogical experience, where the trainee student is allowed to have contact with what will be his professional reality and apply the knowledge acquired throughout his training path. Thus, this first part focuses on the Centro Hospitalar Universitário do Porto, the institution where the internship took place within the scope of the Master's in Medical-Surgical Nursing - Area of Specialization for Persons in Perioperative Situation.

The objective is to present the activities carried out during the internship, explaining how they allowed and contributed to the acquisition and development of common competences of the specialist nurse, of specific competences of the specialist nurse in medical-surgical nursing and of specific competences of the nurse specialist in medical-surgical nursing with specialization in the area of nursing to the person in perioperative situation.

Within the scope of the common competences of specialist nurses, in particular, professional, ethical and legal responsibility, the intervention carried out in the emergency room and in the orthopedic OR, which involved the provision of nursing care, where it was necessary to act in deep respect for the patient, ensuring compliance with ethical principles and professional deontology. With regard to the continuous improvement of quality, it is important to point out that a dynamic role was played in the development and support of strategic institutional initiatives in the area of clinical governance, as well as in the development of quality practices and in the guarantee of a therapeutic environment. These skills were acquired through the development of activities such as updating the pediatric cart checklist and mapping surgical instruments of the central block and the respective listing. The coordination of the OR in the central block and in the emergency block, for which he had the opportunity to observe/cooperate, was another activity carried out and which allowed the consolidation and development of skills in terms of care management. Finally, it was also possible to develop and consolidate professional learning, which will allow us to act and develop a clinical practice based on scientific evidence, through participation in various congresses, conferences, and seminars.

Regarding the specific skills of the nurse specialist in nursing for the person in a perioperative situation, through the nursing interventions carried out in the emergency room and in the OR of orthopedics, it was possible to consolidate and deepen skills (technical and non-technical) related to caring for the person in perioperative and your family. The activities carried out individually, such as updating the pediatric cart checklist, mapping surgical

instruments and developing the Anesthesia Nurse's Action Manual in the Intraoperative Period and activities carried out in groups, such as training given to nurses and operational assistants who work in the OR, they allowed to consolidate and develop the competence Maximize the safety of the person experiencing a surgical situation and of the multidisciplinary team, congruent with the surgical awareness.

## ÍNDICE DE TABELAS

---

Tabela 1: Objetivos específicos .....	33
Tabela 2: Tríade base da qualidade em saúde (Donabedian, 1990) .....	59
Tabela 3: Os cinco pilares do PNSD e respectivos objetivos estratégicos (Despacho nº 9390/2021).....	63
Tabela 4: Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019) .	67
Tabela 5: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018).....	71
Tabela 6: Critérios de seleção .....	89
Tabela 7: Síntese dos resultados.....	95



## ÍNDICE DE FIGURAS

---

Figura 1: Mapa do BO do HSA do CHUPorto.....	31
Figura 2: Fluxograma PRISMA .....	92



## ÍNDICE DE ANEXOS

---

Anexo 1: Certificado de Participação no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2022 .....	125
Anexo 2: Certificado de Apresentação da Comunicação Livre em forma de Poster: <i>Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória</i> .....	127
Anexo 3: Certificado de Participação no CMIN Summit'21: Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI.....	129
Anexo 4: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: <i>Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care</i> .....	131
Anexo 5: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: <i>ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services</i> .....	133
Anexo 6: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: <i>CyberBullying in Children and Youth</i> .....	135
Anexo 7: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: <i>MOANS and LEMON Methods to Help Predict a Difficult Airway</i> .....	137
Anexo 8: Certificado de Apresentação do E-Poster: <i>Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia</i> .....	139
Anexo 9: Certificado de Participação no Congresso <i>O Norte da Anestesia 2021</i> .....	141
Anexo 10: Certificado de Participação no <i>VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos</i> .....	143
Anexo 11: Certificado de Apresentação do Póster: <i>Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000-2020</i> .....	145
Anexo 12: Certificado de Participação na V Jornada de Enfermagem Perioperatória de Leiria – <i>Enfermagem Perioperatória 2030, Pensar o futuro, construir o presente</i> .....	147
Anexo 13: Certificado de Apresentação do Póster Científico: <i>ISBAR como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem</i> .....	149



## ÍNDICE DE APÊNDICES

---

Apêndice 1: <i>Checklist</i> do Carro Pediátrico .....	153
Apêndice 2: Mapeamento Instrumental Cirúrgico do Bloco Central.....	155
Apêndice 3: Comunicação Livre em forma de Poster: <i>Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória</i> .....	163
Apêndice 4: Comunicação Oral: <i>Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care</i> .....	167
Apêndice 5: Comunicação Oral: <i>ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services</i> .....	181
Apêndice 6: E-Póster: <i>Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia</i> .....	191
Apêndice 7: Póster: <i>Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000-2020</i> .....	193
Apêndice 8: Póster Científico: <i>ISBAR como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem</i> .....	195
Apêndice 9: Manual de Bolso para Atuação dos Enfermeiros de Anestesia no Período Intraoperatório.....	197
Apêndice 10: Formação sobre as competências não técnicas do enfermeiro perioperatório.....	237
Apêndice 11: Guia de acolhimento no bloco operatório.....	239
Apêndice 12: Formação sobre Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória..	241
Apêndice 13: Formação sobre a metodologia ISBAR como melhoria na transição de cuidados do intraoperatório para UCPA .....	243
Apêndice 14: Formação sobre a limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no bloco operatório .....	247
Apêndice 15: Formação sobre o uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório – recomendações .....	249
Apêndice 16: Funções dos assistentes operacionais do BO central, de neurocirurgia e de ortopedia.....	251
Apêndice 17: A avaliação de risco e seleção das luvas PBCI .....	265
Apêndice 18: Higiene das mãos e uso de luvas.....	267
Apêndice 19: Orientações para limpeza do bloco operatório central .....	269

Apêndice 20: Compromisso para a higienização hospitalar .....	271
Apêndice 21: Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no bloco operatório.....	273
Apêndice 22: Procedimentos de descontaminação – resíduos de risco.....	275
Apêndice 23: Plano de formação .....	277

## ÍNDICE GERAL

---

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO .....	27
1. Enquadramento do contexto de estágio .....	29
1.1. Estágio em contexto bloco central/urgências ortopedia.....	29
1.2. Objetivos do estágio .....	32
2. Competências comuns do enfermeiro especialista.....	35
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória .....	39
4. Considerações finais .....	47
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	51
1. Resumo .....	53
2. Abstract.....	55
3. Fundamentação/enquadramento teórico.....	57
3.1. A qualidade em saúde e a segurança dos doentes.....	57
3.2. A enfermagem perioperatória .....	66
3.3. Os cuidados para com a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica .....	73
4. Finalidade e objetivos.....	85
5. Metodologia .....	87
5.1. Desenho do estudo .....	87
5.2. Considerações éticas.....	93
6. Resultados.....	95
7. Discussão.....	103
8. Conclusão.....	107
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	109
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	111
ANEXOS .....	123
APÊNDICES .....	151



## INTRODUÇÃO

---

A profissão de enfermagem sempre me fascinou, desde que me lembro da minha existência. Ao longo de vários anos, tenho vindo a construir a minha identidade profissional de forma a promover o meu envolvimento na área da profissão que mais me fascina e me completa: a de enfermagem. Tenho procurado aliar a minha prática à teoria aprendida e desenvolvida em contextos anteriores e tenho procurado alicerçar esse conhecimento, o qual também tem contribuído para a minha motivação individual. Ao longo destes 14 anos de exercício profissional, fui aguardando ansiosamente pela possibilidade de concretizar esta etapa da minha vida. De facto, a realização do mestrado em enfermagem e do estágio nele contemplado, não só permitiu alargar os meus conhecimentos teóricos e práticos, como também considero que é fundamental para a construção da minha identidade profissional, permitindo a consolidação da mesma. Isto porque, “a experiência do estudante de enfermagem é, ela própria, um processo de socialização na profissão, e que contribui determinantemente para a produção de uma identidade profissional. Sendo a construção da identidade um processo de carácter eminentemente relacional (...)” (Serra, 2008, p. 70).

Portanto, na origem da candidatura e da ingresso neste curso de mestrado com vertente de especialização, estiveram vários motivos: a constante procura da perícia que assenta na evidência científica; compreender a complexidade que decorre dos princípios de gestão e de antecipação de ações; acompanhar a contínua inovação das técnicas que os cuidados de enfermagem exigem nos dias de hoje e adquirir competências enquanto enfermeira especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, nomeadamente, cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica; maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

No fundo, tudo se resumiu à aquisição e desenvolvimento de competências essenciais para a atuação do profissional de enfermagem especialista que presta assistência à pessoa em situação perioperatória e aquisição e consolidação de conhecimentos que concorram para uma práxis fundamentada na melhor e mais atualizada evidência científica. Isto porque, não

basta possuir conhecimento, isto é, é necessário saber aplicá-lo, atualizá-lo, aprofundá-lo e enriquecê-lo. Neste sentido, concordo com Margato, Oliveira e Leite (2006, p. 24) quando afirmam que “não basta que cada um acumule no começo de vida uma determinada quantidade de conhecimentos (...), é necessário estar à altura de aproveitar e explorar, do começo ao fim de vida, todas as ocasiões de atualizar, aprofundar e enriquecer estes primeiros conhecimentos, e de se adaptar a um mundo de mudança”.

Assim sendo, através da frequência do curso de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa, foi proporcionada a realização de um estágio, bem como a realização de uma investigação.

No respeitante à componente de estágio, o qual foi realizado no CHUPorto, procurou-se:

- Aplicar em contexto clínico, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória adquiridas;
- Desenvolver práticas de enfermagem alicerçadas numa consciência cirúrgica, visando a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período intraoperatório (pessoa, profissionais de saúde/enfermeiros), com base na melhor evidência científica disponível;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, centradas no empoderamento da mesma;
- Contribuir para o conhecimento científico e disciplinar de enfermagem, na área da enfermagem Perioperatória, aumentando a visibilidade da profissão.

No respeitante à investigação realizada, esta focou-se na perceção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Ao longo do tempo a enfermagem sofreu uma grande evolução, seja em termos da sua formação, seja em termos da complexificação e dignificação do seu exercício profissional (Garrido, 2004) e hoje, é uma profissão a quem se lhe reconhece mérito e importância, focada em interações e onde cada doente é perspectivado como único, indivisível e singular (Serrano, Costa, & Costa, 2011) e os cuidados de enfermagem se traduzem em intervenções autónomas (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2015).

De acordo com o Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de Abril, a partir da segunda metade do século XX, começaram-se a exigir competências de formação académicas, profissionais e sociais cada vez mais complexas, diferenciadas e exigentes. Assim sendo, ao longo dos anos, os

enfermeiros sentiram a necessidade de criar uma comunidade profissional e científica de maior relevância que se centra em cuidados de saúde de maior qualidade, em especial, de cuidados de enfermagem.

De facto, atualmente, a segurança do doente é um determinante na prática clínica e, concomitantemente, um fator-chave para a existência de sistemas de saúde eficientes (Ramos, Sales & Barroso, 2021). Aliás, constata-se que a segurança dos doentes se apresenta como um dos assuntos internacionais mais destacados relativamente aos cuidados de saúde, não só porque garante uma maior qualidade dos mesmos, como também beneficia os doentes e os próprios profissionais de saúde (Azevedo, Sousa, & Coelho, 2020). Além disso, “os enfermeiros, enquanto profissionais habilitados com reconhecida competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem, devem basear a sua prática em padrões de qualidade de cuidados, zelando pela segurança dos mesmos, em qualquer nível em que insiram a sua prática. Enquanto especialistas, a responsabilidade por um desenvolvimento profissional que promova a melhoria contínua da qualidade é potenciada, pelo que se justificam todas as ações de diagnóstico e intervenção que culminem nesse fim” (Azevedo, Sousa, & Coelho, 2020, p. 13).

Ora, a enfermagem perioperatória exige do seu profissional um conjunto de conhecimentos, de índole teórica e prática, que é utilizado no bloco operatório (BO) (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012) e o seu alvo de intervenção é a pessoa que se encontra a vivenciar uma experiência cirúrgica e/ou anestésica e a sua família (Regulamento nº 429/2018). Portanto, o BO é o principal contexto de atuação do enfermeiro perioperatório (Bilbao, & Fragata, 2006) e tratando-se de um serviço complexo e no qual ocorrem mais eventos adversos, a qualidade dos cuidados de saúde, bem como a segurança do doente assumem-se fundamentais.

Desta forma, por meio da investigação realizada, a qual assumiu a forma de uma *scoping review* (ScR), procurou-se reunir evidências empíricas acerca da perceção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa no período perioperatório.

Por fim, face à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em duas partes – Parte I - Componente de Estágio e Parte II - Componente de Investigação –, sendo que nesta primeira parte se pretende apresentar o contexto de estágio, bem como as competências comuns do enfermeiro especialista e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória adquiridas através das atividades de estágio realizadas.



## **PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO**

---

### **Relatório de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória**



## 1. Enquadramento do contexto de estágio

---

O objetivo principal deste capítulo prende-se com a contextualização, ou seja, pretende-se apresentar o contexto onde decorreu o estágio, bem como os objetivos que orientaram o próprio estágio.

### 1.1. *Estágio em contexto bloco central/urgências ortopedia*

O estágio realizado decorreu no, agora, Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto). A criação do CHUPorto ocorreu a 1 de outubro de 2007, por meio do Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de setembro, resultando da fusão do Hospital Geral de Santo António, E. P. E., com o Hospital Central Especializado de Crianças Maria Pia e a Maternidade de Júlio Dinis. Mais tarde, o CHUPorto passou a integrar o Hospital Joaquim Urbano (março de 2011) e o Centro de Genética Médica Dr. Jacinto Magalhães (maio de 2013).

O CHUPorto é um hospital central e universitário pela sua associação ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, visando, numa perspetiva global e integrada da saúde, a excelência em todas as suas atividades. A sua missão passa por prestar cuidados de saúde humanizados, competitivos e de referência, promovendo a articulação com os outros parceiros do sistema, a valorização do ensino pré e pós-graduado e da formação profissional, a dinamização e incentivo à investigação e desenvolvimento científico na área da saúde.

Atualmente, este é composto por quatro pólos:

- 1) Hospital Santo António (HSA);
- 2) Centro Materno Infantil do Norte Albino Aroso (CMIN);
- 3) Centro de Genética Médica Jacinto de Magalhães (CGM);
- 4) Centro Integrado de Cirurgia de Ambulatório (CICA).

No que diz respeito ao Bloco Operatório (BO) de Cirurgia Convencional do CHUPorto, a sua missão é:

- proporcionar o ambiente físico, os recursos humanos (RH) e os recursos materiais necessários à prestação dos melhores cuidados de saúde cirúrgicos;

- manter elevados níveis de excelência e rigor, segundo o “estado da arte”, respeitando sempre o princípio da humanização;
- fomentar a formação pré e pós-graduada, assim como a investigação;
- promover o orgulho e sentimento de pertença de todos os profissionais, assegurando, com empenho, os objetivos institucionais de forma a obter a máxima rentabilização dos recursos.

Relativamente à visão do BO de Cirurgia Convencional do CHUPorto, esta passa por obter o reconhecimento, por parte dos cidadãos e dos pares, como um serviço de referência e superioridade, que assegura a excelência clínica, a inovação e a eficácia como instrumentos fundamentais da sua diferenciação técnica. Além disso, promove uma cultura de reflexão positiva, privilegiando o tratamento do doente através de um processo de melhoria contínua, centrado nos resultados e ganhos em saúde para o doente.

Ainda a respeito do BO de Cirurgia Convencional do CHUPorto, interessa referir que este desenvolve a sua atuação à luz de valores como a prática da equidade, acessibilidade e responsabilidade, procurando novos conhecimentos e praticar a investigação por forma a consolidar o saber e a constituir-se como uma equipa de trabalho que está envolvida com o CHUPorto enquanto instituição. Além disso, privilegia valores como:

1. Humanização e Respeito: tratar cada doente com atenção e de forma personalizada, promovendo a humanização entre todos os envolvidos;
2. Honestidade e Integridade Profissional: tratar os restantes profissionais de saúde, doentes e suas famílias, com empatia, honestidade e ética;
3. Transparência na Comunicação: fomentar a comunicação entre profissionais de forma a envolver e integrar toda a equipa nos cuidados prestados aos doentes em prole da segurança e qualidade no tratamento destes;
4. Qualidade: estabelecer e superar padrões mais elevados, construindo um serviço inteligente e eficiente, que ofereça cuidados de excelência de forma atempada, apostando num processo de melhoria contínua da qualidade, através de auditorias e indicadores de desempenho;
5. Ambição, Espírito Crítico e Investigação Científica: antecipar os desafios desenvolvendo formas inovadoras para inspirar comunidades com ganhos em saúde.

O CHUPorto está equipado com seis BO, os quais estão distribuídos pelas várias unidades que o compõem:

- CMIN: dois BO, em pisos diferentes;
- CICA: um BO;
- HSA: três BO, sendo que dois – BO Central e BO de Ortopedia – se encontram no piso 2 do Edifício Luís Carvalho, e um – BO de Neurocirurgia – encontra-se no piso 5 do Edifício Neoclássico. O BO Central está equipado com seis salas cirúrgicas – D, E, F, G, H e I – sendo que sala F é uma sala cirúrgica de urgência. Por sua vez, o BO de Ortopedia dispõe de três salas cirúrgicas – A, B e C –, sendo que a sala B é designada de sala de urgência diferida. Já o BO de Neurocirurgia dispõe de duas salas cirúrgicas.

Na figura que se segue, encontra-se o mapa do CHUPorto, da Unidade do HSA, relativo ao BO.

Figura 1: Mapa do BO do HSA do CHUPorto

	Salas	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SÁBADO
EDIFÍCIO CLÁSSICO	NC1	NC / NC	NC / NC	NC / NC	NC / NC	NC / PEC NC	
	NC2	NC /	NC /	NC /	PLASTICA /	PLASTICA / PEC NC	
EDIFÍCIO LUIS DE CARVALHO	A	ORT / ORT	ORT / ORT	ORT / ORT	ORT / ORT	ORT / PECC	
	B	SU / SU	SU / URG DIF	SU / SU	SU / URG DIF	SU / SU	SU/SU
	C	ORT /	ORT /	ORT /	ORT /	ORT / PECC	
	D	HBP /	COLON / COLON	HBP / HBP	ESOFGAS / TRANSPLANTE	HBP /	
	E	ORL / ORL	ORL / ORL	UTCO /	ORL-OFT * /	CV /	
	F	SU / SU	SU / SU	SU / SU	SU / SU	SU / SU	SU/SU
	G	URO / URO	URO / DADOR VIVO/URO	ESOFGAS /	COLON /	URO /	
	H	CV / CV	CV / CV	URO /URO	CV / CV	URO / TRANSPLANTE	
	I	URO / PLASTICA	CMF / SU	CMF / ORL	EXTRADIGESTIVO / SU	CMF /	

\* semanas alternadas

Em caso de TX estas serão as salas que param rotativamente	MANHA	CV / URO/HBP	URO	HBP /URO	CV	HBP /URO	Livre
	TARDE	OFTAL	URO	HBP /URO	Livre	Livre	Livre

SERVIÇOS EXTERNOS	Manhã	NRX	NRX	NRX	NRX	NRX
		DOR AGUDA	DOR AGUDA	RMN	RMN	DOR AGUDA
	BRONCOLOGIA		CI		BRONCOLOGIA	
	ARRITMIAS		ARRITMIAS		RX a)	
			DOR AGUDA	DOR AGUDA	CI	
Tarde	RXI	RXI	CI	RX a)		
	CI		CI			
	VIA VERDE	VIA VERDE	VIA VERDE			

a) Uma vez por mês;

Por fim, interessa acrescentar que o BO do HSA faz a sua gestão através do projeto LeanOR (*Lean in OperatingRoom*), o qual visa a implementação de medidas cruciais para a melhoria do BO e, concomitantemente, a procura de eficiência operacional, o que se traduz num aumento de produtividade, melhoria da eficiência dos serviços, dar resposta às necessidades dos pacientes e satisfazer os mesmos (Matos, 2011).

## 1.2. *Objetivos do estágio*

Os objetivos do estágio foram definidos com base nas competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, nas necessidades do serviço onde se realizou o estágio e nos objetivos pessoais como futura enfermeira especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da pessoa em situação perioperatória.

Assim sendo, foram definidos quatro objetivos gerais a alcançar por meio da realização do estágio:

- 1) Aplicar em contexto clínico, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória adquiridas, até ao final do mês de maio 2022;
- 2) Desenvolver práticas de enfermagem alicerçadas numa consciência cirúrgica, visando a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período intraoperatório (pessoa, profissionais de saúde/enfermeiros), com base na melhor evidência científica disponível, até ao final do mês de maio 2022;
- 3) Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, centradas no empoderamento da mesma, até ao final do mês de maio 2022;
- 4) Contribuir para o conhecimento científico e disciplinar de enfermagem, na área da enfermagem Perioperatória, aumentando a visibilidade da profissão.

Dos quatro objetivos gerais estipulados para o estágio, resultaram nove objetivos específicos e os quais são especificados na tabela que se segue.

Tabela 1: Objetivos específicos

<b>Objetivo geral</b>	<b>Objetivo específico</b>
1) Aplicar em contexto clínico, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória adquiridas, até ao final do mês de maio 2022.	1.1) Analisar de forma reflexiva o desenvolvimento das competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área à Pessoa em Situação Perioperatória; 1.2) Refletir criticamente sobre as tomadas de decisão relativamente às competências específicas do Enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Área à Pessoa em Situação Perioperatória.
2) Desenvolver práticas de enfermagem alicerçadas numa consciência cirúrgica, visando a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período intraoperatório (pessoa, profissionais de saúde/enfermeiros), com base na melhor evidência científica disponível, até ao final do mês de maio 2022.	2.1) Elaborar um manual de orientação de atuação para os enfermeiros de anestesia no período intraoperatório; 2.2) Redigir procedimento(s) no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à Pessoa no período intraoperatório.
3) Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, centradas no empoderamento da mesma, até ao final do mês de maio 2022.	3.1) Realizar formação na área da comunicação de forma a otimizar a transição de informação, melhorando a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação em Perioperatório; 3.2) Sensibilizar os enfermeiros do serviço para a aplicação de técnica de comunicação (ISBAR), sustentada na norma da Direção-Geral de Saúde (DGS) Nº 001/2017 e utilizando os procedimentos gerais existentes no Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto); 3.3) Produzir documentação (informo terapia) para auxiliar o processo crítico reflexivo de tomada

decisão dos enfermeiros do Perioperatório.

4) Contribuir para o conhecimento científico e disciplinar de enfermagem, na área da enfermagem Perioperatória, aumentando a visibilidade da profissão.

4.1) Elaborar um relatório final de estágio refletindo criticamente sobre os ganhos em saúde sensíveis aos cuidados dos enfermeiros, até ao final do mês de junho 2022;

4.2) Apresentar o referido relatório com a componente de investigação (realização de uma *scoping review* (ScR) intitulada: Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório).

## 2. Competências comuns do enfermeiro especialista

---

O conceito de competência diz respeito a um “conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes (isto é, conjunto de capacidades humanas) que justificam um alto desempenho, acreditando-se que os melhores desempenhos estão fundamentados na inteligência e personalidade das pessoas” (Fleury, & Fleury, 2001, p. 185). Desta forma, neste segundo capítulo, subordinado às competências comuns do enfermeiro especialista, pois o enfermeiro perioperatório é um enfermeiro especialista, pretende-se estabelecer uma ponte de ligação entre as competências comuns e as atividades realizadas ao longo do estágio.

À luz do Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro, as competências comuns do enfermeiro especialista referem-se às “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria”. Ou seja, as competências comuns do enfermeiro especialista referem-se a competências que são partilhadas por todos os profissionais com o título de enfermeiro especialista, independentemente da área de especialização de enfermagem.

Assim sendo, e tendo em conta os quatro domínios contemplados pelo referido regulamento, constituem competências comuns do enfermeiro especialista:

- Responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Melhoria contínua da qualidade: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro;
- Gestão dos cuidados: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Atendendo à primeira competência comum – responsabilidade profissional, ética e legal – pode dizer-se que a intervenção realizada no bloco de urgência e no BO de ortopedia implicou a prestação de cuidados de enfermagem, onde foi necessário agir em profundo respeito pelo doente, assegurando o cumprimento de princípios éticos e a deontologia profissional. Até porque, “o exercício profissional da enfermagem centra-se na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas (família ou comunidades). Quer a pessoa enfermeiro, quer as pessoas clientes dos cuidados de enfermagem, possuem quadros de valores, crenças e desejos da natureza individual – fruto das diferentes condições ambientais em que vivem e se desenvolvem” (Conselho de Enfermagem, 2001, p. 10). Além disso, tal como expresso no Regulamento n.º 613/2022, o qual define o ato do enfermeiro, em particular, o artigo 4.º, este profissional atua com responsabilidade e autonomia, sendo que:

- O enfermeiro, no seu exercício profissional, adota uma conduta responsável, ética e deontológica, atuando com a dignidade e autonomia técnico-científica da profissão;
- No seu exercício profissional, o enfermeiro atua com vista à promoção da saúde, prevenção da doença, tratamento, reabilitação e reinserção social dos destinatários de cuidados
- O enfermeiro é responsável pelas decisões que toma, pelos atos próprios da profissão necessários para o exercício profissional que pratica e pelas tarefas que delega;
- O enfermeiro, quando integrado em equipas multiprofissionais, atua em cooperação, articulação, complementaridade e, ou coordenação de outros profissionais, cuja atuação seja funcionalmente interdependente ou complementar à sua;
- A relação de subordinação hierárquica e dependência funcional, no exercício profissional, só existe entre enfermeiros, inexistindo em relação a qualquer outro profissional ou grupo profissional;
- Na sua responsabilidade individual, encontra-se vedada ao enfermeiro a participação, ou qualquer outra forma de envolvimento, em ações de formação, estágio ou acompanhamento de outros profissionais que não enfermeiros, destinadas a viabilizar a utilização de práticas, técnicas e competências próprias da profissão a profissionais não enfermeiros.

Também foi possível, através do estágio, desenvolver competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, já que se desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente

terapêutico. Estas competências, foram adquiridas através do desenvolvimento de atividades como a atualização da *checklist* do carro pediátrico (Apêndice 1). Esta atividade foi realizada individualmente, considerando-se que esta é de extrema importância para a instituição de estágio, entendendo-se que se trata de uma iniciativa na área da governação clínica, mas também uma iniciativa que contribui para práticas de qualidade e também para um ambiente terapêutico e seguro. Isto porque, a realização da *checklist*, também designada de lista de verificações, é um instrumento valioso de controlo da relação de materiais e fármacos e respetivas quantidades (Bowden, & Smith, 2017).

Outra atividade, também ela realizada individualmente, e que contribuiu para a melhoria contínua da qualidade na instituição onde se realizou o estágio foi o mapeamento instrumental cirúrgico do bloco central e a respetiva listagem (Apêndice 2). O mapeamento instrumental cirúrgico constitui uma ferramenta muito importante para a gestão das organizações, permitindo conhecer, avaliar, controlar, aplicar à prática e melhorar, de forma contínua, os processos de trabalho (Guimarães et al., 2016). Por estas razões, acredita-se que esta atividade também contribuiu para a gestão da qualidade da instituição. Além disso, ainda a respeito da competência *gestão dos cuidados*, impera acrescentar que se teve oportunidade de Observar/cooperar na coordenação do BO no bloco central e no bloco de urgência.

Por fim, mas não menos importante, também foi possível desenvolver e consolidar as aprendizagens profissionais e as quais vão permitir atuar e desenvolver uma práxis clínica assente na evidência científica, através da participação em vários congressos. De facto, não só se participou em vários congressos, como também se realizaram várias comunicações orais, o que, por um lado, permitiu desenvolver competências ao nível da investigação e da apresentação de estudos, como, por outro lado, foi possível trocar experiências com outros colegas e tomar conhecimento do trabalho realizado por outros colegas e da produção de conhecimento que tem sido realizada e que é essencial para atualizar, de forma contínua, o conhecimento.

Deste modo, importa referir que se participou no(a):

- Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2022 (Anexo 1) e no qual se realizou uma comunicação livre na forma de Poster (Anexo 2), sob o tema: *Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória* (Apêndice 3);
- CMIN Summit'21 – Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI (Anexo 3), tendo-se apresentado, sob a forma de comunicação oral, várias comunicações científicas sob os temas (Anexos 4, 5, 6, 7 e 8): *Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care* (Apêndice 4), *ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to in patient*

*services* (Apêndice 5), *CyberBullying in Children and Youth*, *MOANS and LEMON Methods to Help Predict a Difficult Airway* e um E-Póster sobre: *Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia* (Apêndice 6);

- Congresso O Norte da Anestesia 2021 (Anexo 9);
- VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos (Anexo 10);
- V Conferência Internacional de Investigação em Saúde (Anexo 11), tendo-se apresentado o Póster *Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000 – 2020* (Apêndice 7);
- V Jornadas de Enfermagem Perioperatória de Leiria – *Enfermagem Perioperatória 2030, pensar o futuro, construir o presente* (Anexo 12), tendo-se apresentado um Póster Científico sob o tema *ISBAR como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem* (Anexo 13 e Apêndice 8).

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

---

Hoje, constata-se que os enfermeiros, na maioria dos sistemas de saúde, compõem o maior número de profissionais, pelo que a enfermagem assume uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e enquanto disciplina (Regulamento nº 613/2022).

Ora, o enfermeiro perioperatório, como referido anteriormente, é um enfermeiro especialista e, mais precisamente, é um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especializado na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, de quem se espera um conjunto de competências específicas.

Tal, demonstra, precisamente, a evolução da enfermagem como disciplina, quer como profissão.

Por um lado, “enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

Por outro lado, enquanto profissão, a enfermagem “tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, as competências específicas estão associadas ao campo de intervenção de cada área de especialidade. Ou seja, trata-se de competências que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745). Neste sentido, para dar resposta a todas as necessidades das pessoas, sejam necessidades fisiológicas, sejam necessidades psicológicas, ambientais e/ou sociais, é fundamental cuidar do doente através de uma abordagem holística, baseada num plano de cuidados individualizados (Hofhuis, 2008; Samuelson, 2011).

A grande finalidade da enfermagem é cuidar, no entanto, esta tarefa não é fácil, pelo que o enfermeiro deve atuar adotando uma conduta responsável e ética, onde a enfermagem se afigura uma profissão que requer um agir profissional com características, princípios e valores próprios (Deodato, 2014).

Dada a complexidade do cuidar em enfermagem e que o enfermeiro deve agir através de uma abordagem holística, global, que compreende a pessoa como um todo, entende-se que este profissional deve possuir um conjunto de competências e as quais não se subordinam, meramente, às competências técnicas (*hard skills*). Isto é, competências que são “adquiridas por meio de formação profissional, académica ou pela experiência adquirida ou competências relacionadas com a profissão ou atividade exercida, procedimentos administrativos relacionados com a área de atividade da organização, tais como: saber operar/manusear máquinas, aparelhos e equipamentos, conhecimento de normas de segurança, conhecimentos de informática/programas, habilidades financeiras/contabilísticas, experiência profissional e técnica” (Swiatkiewicz, 2014, p. 678).

Este profissional deve, também, possuir competências não técnicas (*soft skills*, ou competências transversais) (Swiatkiewicz, 2014), as quais são essenciais para a entrada no mercado de trabalho, para assegurar o trabalho e para o desenvolvimento da carreira (Klaus, 2007).

Neste sentido, é importante que o enfermeiro possua competências técnicas, as quais se focam no saber-fazer (Ramos, & Bento, 2016) como, por exemplo, o grau de formação académica, os conhecimentos adquiridos ao longo do seu percurso, a formação complementar e a experiência profissional (Robles, 2012). Mas também, e porque a enfermagem é uma profissão que exige o contacto e a interação com pessoas, seja através da relação interpessoal do enfermeiro e uma pessoa ou do enfermeiro e um grupo de pessoas (como a família ou a comunidade), seja através da sua intervenção num contexto de atuação multiprofissional (pois trabalha em conjunto com outros profissionais de saúde) (Conselho de Enfermagem, 2001), é essencial que este possua competências não técnicas e as quais se traduzem em competências interpessoais. Estas competências traduzem-se em “habilidades universais/transversais, não académicas e não relacionadas com a formação ou desempenho de funções técnicas, traços de personalidade, objetivos, preferências e motivações, atributos de carreira, tais como: capacidade de comunicar, de diálogo, de resposta, cooperação com os outros, trabalho em equipa/grupo, capacidade de resolver problemas/conflitos, motivar, estimular, incentivar, facilitar, apoiar, saber adaptar-se, criatividade, iniciativa, saber comportar-se, etiqueta” (Swiatkiewicz, 2014, p. 678).

Assim sendo, é fundamental que o enfermeiro seja detentor de habilidades técnicas, mas, e igualmente importantes, de habilidades humanas como a capacidade de comunicar, de ser sensível às necessidades físicas, psicológicas e emocionais do doente, considerando-se que quando o cuidar não tem em conta o doente, facilmente surgem desafios ao nível do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos e, portanto, no desenvolvimento de competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011, p. 16). A comunicação é extremamente importante, sendo uma competência crucial para a relação terapêutica estabelecida com o doente, bem como com a sua família e com a equipa multidisciplinar que o enfermeiro perioperatório integra, já que este não atua de forma isolada (DGS, 2010).

Perante isto, considera-se que o profissional de enfermagem deve possuir as sete competências para o profissional e as quais foram identificadas, tendo como referência os contributos de LeBoterf, por Fleury e Fleury (2001):

- saber agir (saber o que e por que faz, saber julgar, escolher, decidir);
- saber mobilizar recursos (criar sinergia e mobilizar recursos e competências);
- saber comunicar (compreender, trabalhar, transmitir informações, conhecimentos);
- saber aprender (trabalhar o conhecimento e a experiência, rever modelos mentais, saber desenvolver-se);
- saber envolver-se e comprometer-se (saber empreender, assumir riscos, comprometer-se);
- saber assumir responsabilidades (ser responsável, assumindo os riscos e consequências das suas ações e sendo por isso reconhecido);
- ter visão estratégica (conhecer e entender o negócio da organização, o seu ambiente, identificando oportunidades e alternativas).

De facto, todas as competências supramencionadas são importantes para o enfermeiro que cuida da pessoa em situação perioperatória. E, independentemente do tipo de situação de cuidado ou do local onde ocorre, o cuidar é sempre uma tarefa complexa, mas que deve partir de uma abordagem ética (Hesbeen, 2004). Além disso, a ética no contexto de saúde tem como principal finalidade a qualidade dos cuidados prestados, pelo que todas as intervenções realizadas devem ter em vista a promoção do bem-estar da pessoa que carece de cuidados, bem como da sua família e/ou comunidade (Pires, 2008).

Desta forma, e perante tudo o que foi exposto, considera-se que “o enfermeiro especialista deve por isso munir-se de competências pessoais e profissionais com base nos princípios da relação de ajuda da ética e da deontologia profissional e da gestão de cuidados de forma a resolver situações imprevistas e complexas perante diversos contextos e perante

situações problemáticas inerentes às suas funções, como é o caso das perturbações do foro emocional (ansiedade, medo da morte e dos processos de luto) decorrentes da situação crítica de saúde/doença e ou falência orgânica” (Ponte, 2017, p. 45).

No que diz respeito às competências do enfermeiro médico-cirúrgico, é da sua responsabilidade:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018).

Contudo, e tendo em linha de conta as diversas áreas de especialidade da enfermagem médico-cirúrgica, é da responsabilidade do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória:

- Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa;
- Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

Atendendo às competências específicas do enfermeiro perioperatório e tendo em linha de conta as atividades realizadas ao longo do estágio, é importante referir que, através das intervenções de enfermagem realizadas no bloco de urgência e no BO de ortopedia, foi possível consolidar e aprofundar competências relativas ao cuidar da pessoa em situação perioperatória e da sua família. Isto é, nas intervenções de enfermagem realizadas, e procurando-se desenvolver uma abordagem holística e humanista, não só se mobilizaram e aprofundaram competências técnicas, como também foram necessárias competências interpessoais, por forma a:

- capacitar a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica;
- promover cuidados à pessoa em situação perioperatória;
- desenvolver a intervenção através de uma abordagem interprofissional.

Em relação à competência *maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica*, importa referir as

atividades realizadas individualmente como a atualização da *checklist* do carro pediátrico (Apêndice 1), o mapeamento do instrumental cirúrgico (Apêndice 2) e o desenvolvimento do Manual de Bolso para Atuação do Enfermeiro de Anestesia no Período Intraoperatório (Apêndice 9).

Entende-se que estas atividades maximizaram e contribuíram para a segurança do doente e da equipa multidisciplinar, pois contribuem para uma maior qualidade dos cuidados prestados. E no que diz respeito ao Manual de Atuação do Enfermeiro de Anestesia no Período Intraoperatório, em particular, esta iniciativa não só contribui para melhores cuidados de saúde prestados ao doente, como também contribui para uma maior qualidade dos serviços de saúde da instituição, pois esta depende do desempenho dos profissionais que nela trabalham, e uma melhor prática de enfermagem, já que “o desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados aos dispor do profissional, são fatores potenciadores do risco” (OE, 2008, p. 1).

Este manual não só aborda o bloco operatório, apresentando-o como um contexto de atuação do profissional de enfermagem, particularmente, do enfermeiro perioperatório, como faz referência à sua complexidade. E uma vez que se trata de um manual direcionado para o enfermeiro de anestesia e que visa a sua integração, este caracteriza o bloco operatório do CHUPorto e apresenta:

- as práticas recomendadas para o bloco operatório, já que estas pretendem orientar o enfermeiro relativamente a aspetos importantes a considerar na sua atuação e como estas devem ser utilizadas;
- as funções do enfermeiro de anestesia do bloco operatório;
- a lista de verificação de segurança cirúrgica;
- a classificação do risco anestésico – ASA;
- a classificação da *Mallampati*;
- a função do enfermeiro de anestesia em caso de incêndio;
- conceitos de anestesia;
- tipos de anestesia;
- o material necessário para entubação traqueal no adulto;
- o material para bloqueio do plexo;
- o material para anestesia epidural/bloqueio subaracnoídeo/sequencial;
- o material para linha arterial;
- o material para cateter central e pressão venosa central;
- a monitorização perioperatória.

Além das atividades acima referidas, também se realizaram outras atividades, em colaboração com mais três colegas do curso de mestrado, e as quais procuraram contribuir para uma maior segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica, bem como da equipa pluridisciplinar. Estas atividades traduziram-se em formações dadas a enfermeiros e a assistentes operacionais que trabalham no bloco operatório.

No que concerne às formações direcionadas para os enfermeiros, estas abordaram temas como:

- As competências não técnicas do enfermeiro perioperatório, isto porque, a enfermagem perioperatória caracteriza-se por uma crescente complexidade de procedimentos e tecnologia que caracteriza o cenário de BO. Neste contexto, as competências técnicas do enfermeiro perioperatório são fundamentais para uma atuação num cenário complexo como o do BO. Contudo, as competências não técnicas deste profissional são igualmente importantes, constituindo um fator decisivo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contexto de BO e para a segurança do doente (Apêndice 10);
- Guia de acolhimento no bloco operatório (Apêndice 11);
- Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória, pois a higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infeções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infeções nosocomiais (Apêndice 12);
- Metodologia ISBAR como melhoria na transição de cuidados do intraoperatório para UCPA (Apêndice 13);
- Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no bloco operatório (Apêndice 14);
- Uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório – recomendações (Apêndice 15).

Relativamente às formações direcionadas para os assistentes operacionais do bloco operatório, além de se terem reformulado os quadros das funções dos assistentes operacionais no bloco operatório central, no bloco operatório de neurocirurgiae no bloco operatório de ortopedia (Apêndice 16), com a colaboração da Assistente Operacional responsável em conjunto com as várias coordenadoras dos diferentes blocos, estas abordaram temas como:

- A avaliação de risco e seleção das luvas PBCI (Apêndice 17);
- Higiene das mãos e uso de luvas (Apêndice 18);
- Orientações para limpeza do bloco operatório central (Apêndice 19);

- Compromisso para a higienização hospitalar (Apêndice 20):
- Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no bloco operatório (Apêndice 21);
- Procedimentos de descontaminação– resíduos de risco (Apêndice 22).

Para a realização das várias formações, foi concebido um plano de formação, o qual contempla e discrimina a ação a desenvolver, os destinatários, a calendarização e a descrição da formação a desenvolver e respetivos objetivos. Este plano de formação é apresentado no Apêndice 23.



#### 4. Considerações finais

---

A realização do estágio é extremamente importante em qualquer formação e no âmbito da enfermagem é ainda mais, pois é crucial que os alunos tenham contacto com a realidade que vão enfrentar e que tenham a oportunidade de aplicar o conhecimento adquirido a uma realidade concreta. Até porque, “tendo em vista a necessidade da prática de estágio em campo hospitalar, o favorecimento de vivências em situação cotidianas é de extrema importância para o académico, pois o coloca frente a frente com a realidade concreta, e assim o prepara para lidar em atuações de diversas competências, enxergando o homem em sua integralidade, complexidade e singularidade” (Negreiros, & Lima, 2018, p. 3).

No exercício da sua prática profissional, os enfermeiros lidam com a saúde das pessoas, no fundo, com a sua vida, pelo que é fundamental que estes tenham a oportunidade de intervir num contexto real, sendo acompanhados e orientados. Neste sentido, concorda-se com Negreiros e Lima (2018, p. 1), quando afirmam que “o estágio supervisionado é de fundamental importância para o académico de enfermagem, pois esta é uma oportunidade de estabelecer certo vínculo profissional sem que este esteja anulado ao vínculo educacional, tornando-se, portanto, a última oportunidade, durante a graduação, de avaliar os conhecimentos adquiridos, favorecendo e desenvolvendo as habilidades obtidas”.

De facto, entende-se que o estágio proporciona uma experiência pedagógica e, concomitantemente, proporciona também uma experiência profissional. Pois, não só se assume como um período de aprendizagem, onde é permitido, ao aluno, aplicar o conhecimento adquirido num cenário de atuação real, como também permite que este tenha contacto com a realidade profissional, permitindo-lhe adquirir, desenvolver e consolidar várias competências, sejam elas competências técnicas, sejam elas competências interpessoais, humanistas, as quais são igualmente importantes, nomeadamente, quando se trabalha diretamente com pessoas e o objetivo é ajuda-las (no caso dos doentes) e quando se trabalha e integra uma equipa multidisciplinar que deve trabalhar numa ótica de cooperação, visando o bem-estar do doente e uma prestação de cuidados de saúde de qualidade. Nesta ordem de ideias, considera-se que o estágio foi crucial para adquirir competências, consolidar as já adquiridas, perceber quais os aspetos a melhorar e onde se sentiu mais dificuldades, pois este “favorece a formação do aluno enquanto vínculo educativo-profissionalizante, sendo considerado uma experiência relevante nas situações de aprendizagem por relacionar teoria e prática” (Negreiros, & Lima, 2018, p. 2).

O BO, pelas características que lhe assistem, assume-se um contexto de atuação do enfermeiro bastante particular e altamente complexo, considerando-se que a formação base em enfermagem (a Licenciatura) descarta este contexto. Contudo, a frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória e a realização do estágio no CHUPorto, em particular, no bloco central/urgência e ortopedia, constituíram-se espaços e oportunidades de grande aprendizagem e enriquecimento. Isto porque, tanto os conhecimentos transmitidos pelo corpo docente do curso de mestrado, como os conhecimentos transmitidos pelos profissionais com quem se teve contacto e se teve a oportunidade de trabalhar ao longo do estágio no CHUPorto, contribuíram para a aquisição de um maior conhecimento e que, no futuro, se repercutirão numa prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade. Estas experiências, no fundo, não só permitiram a aquisição de conhecimentos fundamentais para a atuação do enfermeiro no BO, como também concorreram para uma maior sensibilização dos riscos a que o doente e o próprio profissional de enfermagem estão expostos. Tal permitiu uma tomada de consciência que, na prática, se repercutiu e repercutirá na assunção de atitudes mais seguras e que visam o conforto e a segurança do doente, mas também a segurança do próprio enfermeiro.

Assim sendo, considera-se que através do estágio realizado se aplicou, desenvolveu e consolidou, em contexto clínico, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória adquiridas; que se desenvolveram práticas de enfermagem alicerçadas numa consciência cirúrgica, visando a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período intraoperatório (pessoa, profissionais de saúde/enfermeiros), com base na melhor evidência científica disponível; que se contribuiu para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória, centradas no empoderamento da mesma; e que se contribuiu para a produção de conhecimento científico e disciplinar de enfermagem, na área da enfermagem Perioperatória, aumentando a visibilidade da profissão.

Portanto, entende-se que através do percurso traçado ao longo do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória e do estágio realizado se vivenciou uma experiência enriquecedora e gratificante, que enalteceu a importância das competências técnicas e, em igual medida, das competências não técnicas, isto é, interpessoais. Até porque, não se trata apenas da aquisição de saberes teóricos e práticos, trata-se também de se adotar uma postura humanista, ética e responsável.

Através desta experiência adquiriram-se competências fundamentais para a intervenção do enfermeiro em contexto perioperatório e as quais contribuirão para uma intervenção e desempenho mais eficazes que, em última instância, se traduzirão numa prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade.

Por isso mesmo, entendo que todo o percurso percorrido contribuiu para a formação de um profissional de enfermagem mais completo, competente e responsável e o qual, independentemente da instituição ou do serviço em que atuar, irá ser uma mais-valia e contribuirá para um melhor desempenho da instituição e para uma prestação de cuidados de enfermagem de excelência.



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

---

### Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório



## 1. Resumo

---

**Enquadramento:** A segurança do doente é, atualmente, um assunto de elevada importância e quando a sua segurança está assegurada, a qualidade dos cuidados de saúde, neste caso em particular, dos cuidados de enfermagem, também está garantida. O BO é o contexto de atuação do enfermeiro perioperatório e dadas as suas especificidades e propósitos para o qual foi concebido, a segurança do doente torna-se fundamental, até porque este se encontra numa situação de grande vulnerabilidade.

**Objetivos:** Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne à percepção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa, no período perioperatório.

**Metodologia:** Trata-se de uma *scoping review*, que segue as recomendações do Joanna Briggs Institute e a pesquisa em bases de dados eletrónicas: CINAHL Complete e MEDLINE Complete (através da EBSCOhost), Scielo e RCAAP. Esta *scoping review* contempla 14 artigos publicados entre 2013 e 2022.

**Resultados:** Os enfermeiros têm noção de que a segurança do doente tem de ser assegurada aquando da prestação dos cuidados de enfermagem prestados no período perioperatório e que esta segurança, é extremamente relevante para a qualidade dos cuidados prestados. Contudo, nem sempre estes profissionais de saúde têm ao seu dispor as devidas condições para assegurar a segurança do doente.

**Conclusão:** É necessário que a formação de base em enfermagem contemple a qualidade e a segurança do doente, sendo igualmente importante que as instituições promovam uma formação contínua sobre qualidade e segurança do doente no BO, bem como sobre a importância do trabalho em equipa e da comunicação, num contexto tão complexo e peculiar como o é o do BO e onde apenas o trabalho de uma equipa multidisciplinar possibilita os resultados desejados.

**Palavras-chave:** Percepção; Enfermeiro Perioperatório; Qualidade da Assistência em Saúde; Segurança do Paciente; Salas Cirúrgicas.



## 2. Abstract

---

**Background:** Patient safety is currently a matter of high importance and when their safety is assured, the quality of health care, in this particular case, nursing care, is also guaranteed. The OR is the perioperative nurse's context of action and, given its specificities and purposes for which it was designed, patient safety becomes fundamental, even because he is in a situation of great vulnerability.

**Aims:** To map the best available scientific evidence regarding nurses' perception of the quality and safety of care for the person in the perioperative period.

**Methodology:** This is a scoping review, which follows the recommendations of the Joanna Briggs Institute and a search in electronic databases: CINAHL Complete and MEDLINE Complete (through EBSCOhost), Scielo and RCAAP. This scoping review includes 14 articles published between 2013 and 2022.

**Results:** Nurses are aware that patient safety must be ensured when providing nursing care in the perioperative period and that this safety is extremely relevant to the quality of care provided. However, these health professionals do not always have the right conditions at their disposal to ensure patient safety.

**Conclusion:** It is necessary that basic training in nursing consider the quality and safety of the patient, and it is equally important that institutions promote continuous training on quality and patient safety in the OR, as well as on the importance of teamwork and communication, in a context as complex and peculiar as that of the BO and where only the work of a multidisciplinary team allows the desired results.

**Keywords:** Perception; Perioperative Nurse; Quality of Health Care; Patient Safety; Operating Room.



### 3. Fundamentação/enquadramento teórico

---

Neste capítulo do trabalho, o objetivo é construir um quadro teórico-conceitual que fundamente o tema subjacente à investigação realizada. Desta forma, é feita uma abordagem ao conceito de qualidade em saúde e segurança dos doentes, à área de enfermagem em que o trabalho se foca, isto é, a enfermagem perioperatória e por fim, mas não menos importante, aos cuidados de enfermagem prestados à pessoa submetida a intervenção cirúrgica.

#### 3.1. *A qualidade em saúde e a segurança dos doentes*

O conceito de qualidade, apesar de já ter sido abordado anteriormente, assumiu uma nova importância a partir de 1957, devido ao destaque dado por Feigenbaum (1986) ao termo *qualidade*.

A partir daqui várias foram as definições de qualidade que surgiram, nomeadamente, as de autores como:

- Juran (1974, como citado em Landesberg, 1999) que, orientando a sua abordagem para o potencial do utilizador, definiu qualidade como se tratando da adequação de um produto/serviço à utilização pretendida (*“qualidade é adequação ao uso”*);
- Crosby (1979) que assumiu que a qualidade é gratuita, desde que exista uma gestão eficaz dos RH e que se crie uma consciência coletiva de qualidade (Zairi, & Baidoun, 2003);
- Deming (1986, como citado em Landesberg, 1999), o qual considera a qualidade como uma atividade estratégica que deve ter início nos órgãos de gestão, enfatizando o papel da gestão de topo no incentivo de esforços individuais que contribuam para a qualidade dos serviços (Deming, 1986, citado por Landesberg, 1999).

Atualmente, assume-se a qualidade em saúde como universal e o seu impacto, tanto para os utentes, como para a organização, é extremamente positivo (Gomes, 2004). Por isso mesmo, e numa perspetiva organizacional, a qualidade é um processo estratégico e obrigatório (Marshall Junior, 2003; Oliveira, 2009).

No âmbito da área da saúde, o conceito de qualidade surge através dos estudos de Donabedian (1986), o fundador do conceito de *“Quality Assurance”*. Contudo, até meio da década de 80, a discussão sobre a qualidade em saúde apenas se focava na qualidade técnica (Couto, & Pedrosa, 2003) e só na década de 90 é que o setor começa a contemplar, em termos

de qualidade, e em termos organizacionais e da gestão de processos de saúde, a qualidade em saúde voltada para a satisfação das expectativas dos utentes (Giarelli, 2002). Nesta ordem de ideias, como explica o Instituto Português de Qualidade [IPQ] (2005), a qualidade traduz-se no “grau de satisfação de necessidades ou expectativas expressas dadas por um conjunto de características”.

A qualidade em saúde começou a ser desenvolvida tendo por base os preceitos da qualidade aplicada ao setor industrial e as estratégias desenvolvidas para assegurar a qualidade em saúde decorreram da ineficiência e dos elevados custos associados a tecnologias e procedimentos clínicos, extensas listas de espera, insatisfação dos utentes, acesso desigual aos serviços de saúde e à ineficaz realização de práticas (Shaw, & Kalo, 2002). Neste sentido, a qualidade em saúde é pró-ativa para prevenir e dar resposta, procurar satisfazer e diminuir as necessidades e reunir, de forma integrada, atributos como a efetividade, a eficiência, a aceitabilidade e a equidade (Pisco, & Biscaia, 2001). E, para se garantir uma prestação de cuidados com qualidade, é necessário que exista: qualidade técnica; uso eficiente dos recursos; controlo de riscos; acessibilidade da atenção; aceitabilidade por parte dos utentes (Organização Mundial da Saúde [OMS], 1986 como citado em Roemer, & Aguilar, 1988). Deste modo, concorda-se com Mezomo (2011), quando refere que prestar cuidados de saúde de qualidade é uma tarefa complexa, pois esta pode ser influenciada por diferentes fatores – internos e externos –, acabando por colocar em causa os objetivos e os resultados dos serviços de saúde.

Apresentar uma definição concreta e precisa de qualidade em saúde é uma tarefa complexa, uma vez que a literatura que versa sobre o assunto evidencia múltiplas abordagens e definições do conceito qualidade em saúde (Vuori, 1991). Na base desta multiplicidade de conceitos e abordagens, está a grande variedade de atores que intervêm no sistema de saúde e, conseqüentemente, a grande variedade de perspetivas (diretores, utentes, profissionais de saúde com formação distinta e com diferentes qualificações, administradores de serviços, indústrias farmacêuticas, entre outros) (Serapioni, 1999); e a diferença ao nível cultural, social, histórico, político e institucional, a par de diferentes normas de adequação e da dissonância face à disponibilidade de recursos, dos critérios de avaliação da qualidade, bem como das preferências dos utentes e das suas crenças (Donabedian, 1990).

Segundo Pereira (2003), é crucial que o utente percecionasse a qualidade em saúde, até porque este conceito, provavelmente, é aquele que é mais valorizado na área da saúde, uma vez que está em causa um bem essencial e que é a vida do ser humano. Contudo, Sale (1998) sublinha a falta de conhecimento necessário, por parte dos utentes, para julgar a qualidade técnica dos cuidados de saúde.

Como se referiu há momentos atrás, a noção de qualidade em saúde emergiu por meio das investigações de Donabedian (1986) e o qual definiu, em 1990, a tríade base da qualidade em saúde – estrutura, processo e resultado (Donabedian, 1990) – e que se encontra discriminada na tabela que se segue.

Tabela 2: Tríade base da qualidade em saúde (Donabedian, 1990)  
Engloba os recursos físicos, humanos, materiais e financeiros necessários

<b>Estrutura</b>	para a assistência médica. Inclui financiamento e disponibilidade de mão-de-obra qualificada.
<b>Processo</b>	Engloba atividades que envolvam profissionais de saúde e utentes. A sua análise pode ser sob o ponto de vista técnico ou administrativo. Entre outros fatores, no processo aparecem os aspetos éticos e da relação médico/profissional/equipa de saúde – utente.
<b>Resultado</b>	Refere-se ao produto final dos cuidados prestados, considerando a saúde, satisfação de padrões e de expectativas.

Ainda no âmbito da qualidade em saúde, Donabedian (1990 como citado em Silva, 2017, p. 38) estabeleceu os sete pilares da qualidade dos cuidados prestados e os quais se elencam em seguida:

1. Eficácia: O melhor que se pode fazer nas condições mais favoráveis;
2. Efetividade: Grau em que a qualidade do cuidado é maximizada nas condições disponíveis;
3. Eficiência: Medida do custo com o qual determinada melhoria na saúde é atingida;
4. Otimização: Relação do aumento de benefícios com os custos acrescidos;
5. Aceitabilidade: Adaptação do cuidado aos desejos, expectativas e valores dos utentes e das suas famílias;
6. Legitimidade: Aceitabilidade do cuidado da forma em que é visto pela comunidade ou sociedade em geral;
7. Equidade: Princípio pelo qual se determina o que é justo ou razoável na distribuição do cuidado e dos seus benefícios entre os membros de uma população.

Mediante o exposto, e concordando-se com Biscaia (2000, p. 10), entende-se que prestar um serviço de qualidade em saúde consiste em “assegurar em tempo útil, aos utilizadores, os melhores serviços a custos adequados, devendo para tal, os cuidados de saúde ser efetivos, eficientes, aceitáveis, equitativos e igualmente acessíveis a todos os cidadãos”. Assim, a qualidade em saúde é alcançada por meio de uma “prestação de cuidados acessíveis e

equitativos, com um nível profissional ótimo, que tem em conta os recursos disponíveis e consegue a adesão e satisfação do cidadão, pressupõe a adequação dos cuidados às necessidades e expectativas do cidadão” (Despacho nº 5613/2015). Logo, os serviços de saúde de qualidade devem ser: “Eficazes: prestando cuidados de saúde baseados na evidência a todos aqueles que necessitam. Seguros: evitando prejudicar as pessoas a quem os cuidados se destinam. Centrados nas pessoas: prestar cuidados que respondam às preferências, necessidades e valores dos indivíduos” (OMS, 2020, p. 13). Estes devem também ser oportunos, o que se traduz na redução dos tempos de espera e, em alguns casos, em demoras que prejudicam os utentes e os profissionais de saúde; equitativos, pelo que a prestação de cuidados de qualidade deve ser sempre igual e não variar em função da idade, do sexo, do género, da etnia, da religião, entre outros; integrados, devendo existir uma prestação de cuidados que são coordenados em todos os níveis e por todos os prestadores de cuidados; eficientes, otimizando e maximizando os recursos disponíveis e evitando desperdício (OMS, 2020).

A qualidade e a segurança têm andado lado a lado, nomeadamente, na área da saúde e ambos foram contemplados pela Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS) 2015-2020, que estabeleceu como prioridades estratégicas para a qualidade em saúde:

- Enfoque nas intervenções locais, nos serviços, unidades prestadores e instituições;
- Melhoria da qualidade clínica e organizacional;
- Aumento da adesão a normas de orientação clínica;
- Reforço da segurança dos doentes;
- Reforço da investigação clínica;
- Monitorização permanente da qualidade e segurança;
- Divulgação de dados comparáveis de desempenho;
- Reconhecimento da qualidade das unidades de saúde;
- Informação transparente ao cidadão e aumento da sua capacitação (Despacho nº 5613/2015).

Como se pode constatar, a questão da segurança dos doentes é crucial em matéria de qualidade em saúde, sendo um aspeto fulcral da prática clínica e um elemento-chave na garantia de sistemas de saúde eficientes (Ramos, Sales, & Barroso, 2021). Além disso, a segurança dos doentes é um dos temas foco quando se fala de cuidados de saúde (Azevedo,

Sousa, & Coelho, 2020), porque a falta dela, não só compromete a vida dos próprios utentes, como também afeta os profissionais de saúde e as próprias organizações. A ocorrência de incidentes pode verificar-se em diferentes momentos da prestação de cuidados, como por exemplo na administração de medicação, na utilização de equipamentos médicos e nas falhas do sistema organizacional e além de comprometerem a saúde dos doentes, os incidentes também comprometem e acarretam encargos para os países e organizações (Azevedo, Sousa, & Coelho, 2020).

Segundo a OMS, por ano e a nível mundial, são realizadas mais de 281 milhões de cirurgias, o que resulta em 7 milhões de complicações significativas e 1 milhão de mortes (Mota et al., 2021a). Sendo um ambiente complexo e imprevisível, o BO é o local onde se registam mais eventos adversos, sendo que 50% deles poderiam ser evitáveis. De enfatizar que as complicações dos cuidados cirúrgicos constituem uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo, transformando-se a segurança cirúrgica num problema central de saúde pública (Mota, & Castilho, 2019). Por esta razão, questões associadas à qualidade dos cuidados de saúde prestados no BO e à segurança do doente, tornam-se capitais para a Enfermagem em geral e para os enfermeiros do perioperatório, em particular. Conforme a OMS, “...a incidência de efeitos adversos é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa importante de sofrimento humano, que poderia ser evitável, e instrumento de perda financeira e custos dos serviços de saúde, relevando-se que um incremento importante do desempenho dos sistemas de saúde pode decorrer da prevenção de eventos adversos, em particular, e do desenvolvimento da segurança dos clientes e da qualidade dos cuidados em geral” (OE, 2006, p. 1).

Primar pela segurança dos doentes, é evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de saúde (Ribeiro et al., 2014), não se podendo descurar o facto de que a ocorrência de incidentes de segurança no decorrer da prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos e muitos deles podem ser evitados, através da implementação de políticas e estratégias (Despacho nº 9390/2021). Assim sendo, “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” (Despacho nº 9390/2021).

No cenário português, torna-se imperativo fazer referência ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2016, aprovado pelo Despacho nº 9390/2021, na medida em que se assume um instrumento de fundamental importância de promoção da segurança dos doentes. Isto porque, a sua finalidade passa por “consolidar e promover a segurança na

prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos” (p. 97).

Reconhecendo que a segurança do doente é um desafio interrupto dos sistemas de saúde, o PNSD está alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da OMS, e encontra-se estruturado em cinco pilares que contemplam 14 objetivos estratégicos e que visam a promoção da segurança dos doentes (Despacho nº 9390/2021, pp. 99-102):

- Pilar 1 – Cultura de Segurança: a cultura de segurança traduz-se no conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação face às questões de segurança do doente;
- Pilar 2 – Liderança e Governança: ao dar prioridade, desenvolver e criar condições que assegurem uma cultura focada na segurança, as lideranças e os gestores orientam a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antever as fragilidades e lacunas do sistema, assim como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis e, ao mesmo tempo, para responder, com transparência, aos desafios da complexidade que subjaz à prestação dos cuidados de saúde;
- Pilar 3 – Comunicação: pilar que enfatiza a comunicação efetiva, assumindo que esta é fundamental ao longo de todo o ciclo de cuidados, especialmente, nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde;
- Pilar 4 – Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente: este pilar, após recomendações da OMS e da Comissão Europeia, remete para a necessidade de se desenvolverem sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua e de proteção do notificador;
- Pilar 5 – Práticas Seguras em Ambientes Seguros: este pilar reconhece o facto de que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde influenciam a segurança e a efetividade dos mesmos. Nesta ordem de ideias, os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os

percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

Na tabela que se segue, apresentam-se os objetivos de cada pilar do PNSD e que visam a segurança do doente.

Tabela 3: Os cinco pilares do PNSD e respetivos objetivos estratégicos (Despacho nº 9390/2021)

Pilar	Objetivos
Pilar 1 – Cultura de Segurança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a formação dos profissionais de saúde no âmbito da segurança do doente.</li> <li>- Avaliar a Cultura de Segurança.</li> <li>- Aumentar a literacia e a participação do doente, família, cuidador e da sociedade na segurança da prestação de cuidados.</li> </ul>
Pilar 2 – Liderança e Governança	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garantir o envolvimento dos órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições, na implementação do PNSD 2021-2026.</li> <li>- Consolidar a articulação das estruturas de governança da segurança do doente, a nível nacional, regional e local.</li> <li>- Otimizar a comunicação Intra e interinstitucional.</li> </ul>
Pilar 3 – Comunicação	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados.</li> <li>- Adequar a comunicação da informação clínica ao doente, família e cuidador.</li> </ul>
Pilar 4 – Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA.</li> <li>- Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no Sistema NOTIFICA</li> <li>- Implementar e consolidar práticas seguras em ambiente de prestação de cuidados de saúde.</li> </ul>
Pilar 5 – Práticas Seguras em Ambientes Seguros	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Monitorizar a implementação de práticas seguras.</li> <li>- Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM).</li> <li>- Promover a telessaúde segura.</li> </ul>

O erro merece especial atenção no âmbito da qualidade em saúde, pois a sua ocorrência coloca em causa a qualidade em saúde e pode colocar em causa a vida do utente. Segundo Fragata (2010) explica, fazendo referência ao *Harvard Medical Practice Study* e à publicação *To Err is Human*, nos EUA havia entre 44.000 e 98.000 mortes por ano devido a erros evitáveis no sistema de saúde, erros estes que eram, na sua maioria, o resultado de erros de profissionais honestos e cumpridores, mas que atuavam em sistemas com muitas falhas. O autor explica que, “em termos gerais, estima-se que, em cada 100 internamentos hospitalares, 10 sejam evitados de qualquer erro, erros que em 2/3 dos casos não provocam acidentes, 1/3 causam danos ligeiros ou moderados e em cerca de 5% provocam danos irreversíveis. Mais de metade seria, contudo, evitável e ocorrem em todas as áreas da atividade, nomeadamente a prescrição de medicamentos e os ambientes de alta tecnologia como os blocos operatórios e as unidades intensivas” (Fragata, 2010, p. 564). Também Uva, Sousa e Serranheira (2010) referem que no contexto da prestação de cuidados de saúde em hospitais há uma grande complexidade e que por isso, não é surpreendente que as taxas de incidência de eventos adversos em hospitais alcancem valores que oscilam entre os 4% e os 16% (com respetivo impacto clínico, económico e social), onde cerca de 50% a 70% destes eventos adversos são considerados preveníveis.

A respeito do erro em termos de segurança do doente, Carneiro (2010) refere que existem várias definições, mas segundo o Institute of Medicine (IOM), pode fazer-se a distinção entre:

- Erro: um falhanço de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), bem como a utilização de um plano errado para o alcance de um determinado fim (erro de planeamento);
- Evento adverso: refere-se a uma lesão provocada no doente devido à intervenção médica e si e não à condição clínica inerente ao doente;
- Evento adverso não-prevenível: é um evento adverso inesperado, em que não houve nenhum erro;
- Evento adverso prevenível: é um evento adverso provocado por um erro;
- Evento adverso negligente: é um subgrupo de eventos adversos preveníveis devido a cuidados que não seguiram os padrões de cuidados médicos que se esperam de um clínico médico habilitado a tratar o doente em específico;
- *Near misses*: erros que não induzem qualquer efeito adverso no doente.

Embora os erros sejam frequentes, os eventos adversos por eles provocados são mais raros, no entanto, estima-se que 10 em cada 100 internamentos hospitalares possam ser evitados de erro, ainda que 60% destes não provoquem nenhum dano devido ao facto de não terem impacto ou de terem sido recuperados atempadamente (Fragata, 2010). Já 35% dos erros provocam danos ligeiros ou moderados e 5% causam danos graves (Fragata, 2010).

Como se pode constatar, a ocorrência de erro coloca em causa a segurança do doente que, por sua vez, coloca em causa a qualidade em saúde e por isso, é que a qualidade está associada à segurança, pois não há qualidade sem segurança (Fragata, 2010). Contudo, é importante esclarecer que a segurança do doente não só depende de características individuais, como por exemplo, características relacionadas com a experiência profissional dos prestadores de cuidados de saúde, mas também com aspetos relacionados com a própria organização e aspetos técnicos, como, por exemplo, o clima organizacional e o ambiente de trabalho que existem na realidade em que decorre a prestação de cuidados de saúde (Uva, Sousa, & Serranheira, 2010). Aliás, Mota, Castilho e Martins (2021b), num estudo em que focam o ambiente de prática e a segurança do doente no BO, salientam que é evidente “a influência do ambiente de prática na segurança do doente no contexto perioperatório e a necessidade de introdução de melhorias”.

Neste sentido, considera-se fundamental promover uma cultura de segurança, onde a ocorrência de erro não sirva para punir, mas sim para detetar falhas e melhorar a qualidade dos cuidados e da saúde em si. Assim sendo, concorda-se com Uva, Sousa e Serranheira (2010), quando sublinham a necessidade de se reinventar o paradigma da prestação de cuidados de saúde, evidenciando as questões que contribuem para a diminuição do risco e para a melhoria da segurança do doente, numa abordagem sistémica e integrada. Além disso, torna-se fundamental o desenvolvimento de uma cultura de qualidade e a qual deve fazer parte da cultura da organização e onde a conceção dos sistemas de trabalho deve ter presente a ideia de que os profissionais de saúde são parte integrante, pois, na verdade, a prestação de cuidados de saúde acarreta riscos e o importante é conhecê-los para os anular ou, no mínimo, para os reduzir (Uva, Sousa, & Serranheira, 2010). Por isso, para melhorar a qualidade em saúde e a segurança do doente, é essencial investir na conceção de todos os elementos do sistema de prestação, nomeadamente: a arquitetura/*design* hospitalar; suportes à prestação de cuidados; desenvolvimento, aplicação e avaliação de soluções inovadoras, com a finalidade de reduzir ou evitar a ocorrência de eventos adversos (Uva, Sousa, & Serranheira, 2010).

### 3.2. *A enfermagem perioperatória*

A enfermagem é uma profissão com um longo percurso, mas nos últimos anos esta sofreu uma grande evolução, seja em relação à profissão base, seja em relação à complexificação e dignificação do seu exercício profissional (OE, 2015). Atualmente, é uma profissão centrada em interações, onde cada pessoa, através do seu projeto de saúde, se torna única, indivisível e singular em todos os momentos do cuidado (Serrano, Costa, & Costa, 2011).

Portanto, a enfermagem centra-se na pessoa e nos cuidados de enfermagem, os quais se traduzem, segundo o REPE, em “intervenções autónomas ou interdependentes a realizar pelo enfermeiro no âmbito das suas qualificações profissionais” (OE, 2015, p. 99). E, através de uma abordagem global e humanista, possibilita uma prestação de cuidados ao indivíduo, ao longo de todo o seu ciclo vital, bem como aos grupos sociais em que o mesmo está inserido, por forma a que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, contribuindo para que estes alcancem a máxima capacidade funcional o mais brevemente possível (OE, 2015).

No que diz respeito, em particular, à enfermagem perioperatória, esta designa a atuação do enfermeiro no BO, e tendo sido referido, pela primeira vez, em 1978, também esta área de especialidade de enfermagem foi sofrendo alterações ao longo do tempo (Cabral, 2004). E segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a enfermagem perioperatória é definida como o “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (AESOP, 2012, p. 107). Ou seja, o alvo de intervenção da enfermagem perioperatória é a pessoa e a sua família, que se encontram a vivenciar uma experiência cirúrgica e/ou anestésica (Regulamento nº 429/2018).

De acordo com Cabral (2004), a enfermagem perioperatória é uma área de especialidade da enfermagem que tem por base três padrões:

- Interligação entre os períodos pré, intra e pós-operatório, a qual visa a prestação de cuidados ao doente cirúrgico;
- A continuidade dos períodos pré, intra e pós-operatório é garantida pela coordenação e pelas diretrizes que permitem considerar as necessidades das normas técnicas, visando a uniformização da informação e a aceitação das práticas para todos os doentes cirúrgicos;
- A combinação dos conhecimentos teóricos, científicos e humanísticos, é da competência de quem processa as tomadas de decisão.

Por seu lado, o enfermeiro perioperatório é um enfermeiro especialista, sendo “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019). E enquanto enfermeiro especialista, o enfermeiro perioperatório atua com vista à minimização dos riscos e possíveis complicações que possam ter origem no processo cirúrgico e/ou anestésico e no internamento, disponibilizando uma assistência sistematizada ao doente (Gotardo, Silveira, & Galvão, 2008). Na senda desta assistência sistematizada, é crucial que se desenvolva um processo individualizado, holístico, contínuo, planeado, documentado e avaliado (Piccolli, & Galvão, 2001), uma vez que esta, ao reconhecer que o doente está em constante interação com o ambiente, assume o processo de assistência como um ciclo contínuo: assistência, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação (Piccoli, & Galvão, 2001). Pois, tal como Barreto e Barros (2009) referem, é esta assistência que permite planear e concretizar um cuidado global, tendo em vista a promoção, manutenção e recuperação da saúde do doente, tendo por base uma série de conhecimentos técnicos e evidências empíricas de enfermagem.

Na tabela que se segue, discriminam-se os domínios das competências comuns e as respetivas competências do enfermeiro especialista, entendendo-se que as competências comuns dizem respeito às “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019).

Tabela 4: Competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento nº 140/2019)

<b>Domínios</b>	<b>Competências</b>
Responsabilidade profissional, ética e legal	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;</li> <li>- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.</li> </ul>
Melhoria contínua da qualidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;</li> <li>- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;</li> </ul>

Gestão dos cuidados	- Garante um ambiente terapêutico e seguro. - Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; - Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.
Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; - Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

Voltando o eixo da atenção para o enfermeiro perioperatório, importa salientar que este é o profissional de saúde que presta cuidados e assistência ao doente e respetiva família, ao longo do período pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório, isto é, é quem presta cuidados de enfermagem ao doente que vai ser sujeito a uma intervenção cirúrgica ou a um procedimento invasivo no serviço do BO (Cabral, 2004; Christóforo, & Carvalho, 2009). O período pré-operatório inicia-se a partir do momento em que o doente e o cirurgião optam pela cirurgia e termina quando este é transferido para a mesa operatória; o período intraoperatório inicia-se com a transferência do doente para a mesa operatória e termina quando este é transferido para a Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA); e por fim, mas não menos importante, o período pós-operatório inicia-se com a entrada do doente na UCPA, terminando quando este recuperou do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento nº 429/2018).

Na sua atuação, o enfermeiro perioperatório deve orientar a sua prática por uma abordagem holística e global da pessoa, tendo em linha de conta as suas dimensões física, psicológica, espiritual e social (AESOP, 2012). Não se pode esquecer que o doente é um ser único, com as suas especificidades, com sentimentos e com necessidades únicas que diferem de doente para doente, devendo ter uma participação ativa no seu processo de assistência, pautada por uma abordagem global do ser humano (Piccoli, & Galvão, 2001).

No que concerne às competências do enfermeiro perioperatório, interessa, antes de mais, fazer referência ao conceito de competência. As competências podem ser entendidas como um “conjunto de conhecimentos, destrezas e atitudes necessários para exercer uma determinada tarefa, e para resolver problemas de forma autónoma e criativa” (Rosário, González-Pienda, & Pérez, 2006, p. 109). No mesmo sentido, a AESOP (2012) define competência como um conjunto de conhecimentos, capacidades de ação e comportamentos estruturados em função de uma finalidade e numa situação concreta. Relativamente às competências do enfermeiro, Alarcão (1996, p. 19), acrescenta que estas abrangem “um

conhecimento situado na ação, holístico, criativo, pessoal, construído, um conhecimento que depende, entre outras coisas, da capacidade do profissional para apreciar o valor das suas decisões e as consequências que delas decorrem”.

Sendo o enfermeiro perioperatório um enfermeiro especialista, urge a necessidade de fazer referência ao Regulamento nº 429/2018, o qual define as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, entre outras, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Estas competências específicas, “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento nº 140/2019). Por outro lado, apraz esclarecer que a pessoa que se encontra em situação perioperatória “é qualquer pessoa, que ao longo de todo o seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos. A pessoa aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos e ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida” (OE, 2017, p. 26).

O referido regulamento, não só discrimina as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como também define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória. No âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, compete ao enfermeiro especialista:

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018).

Por outro lado, e diferenciando as competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas diferentes áreas de especialidade de enfermagem, compete ao enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória:

- Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa;

- Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

Na tabela que se segue, são discriminadas as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória e as respetivas unidades de competência, isto é, o “segmento maior da competência, tipicamente representado como uma função major ou conjunto de elementos de competência afins que representam uma realização concreta, revestindo-se de um significado claro e de valor reconhecido no processo” (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

Tabela 5: Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018)

<b>Competências</b>	<b>Descritivo</b>	<b>Unidades de competência</b>
Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa	Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica;</li> <li>- Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória;</li> <li>- Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.</li> </ul>
Maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório;</li> <li>- Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios;</li> <li>- Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.</li> </ul>

Atendendo à abordagem que hoje se defende na prestação de cuidados de saúde, e de enfermagem em particular, uma abordagem global e holística, é essencial que o enfermeiro possua, não só, habilidades técnicas, mas também habilidades humanas. Até porque é um “profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana

para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (OE, 2015, p. 99).

Ou seja, o enfermeiro tem, obrigatoriamente, que ser detentor de conhecimentos e competências técnicas, mas, e sendo igualmente importante, deve também ser detentor de competências humanas como a capacidade de comunicar, de ser sensível às necessidades físicas do doente, mas também às necessidades psicológicas e emocionais do mesmo. Isto porque, quando o processo de cuidar não contempla o doente, facilmente surgem desafios ao nível do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos e, portanto, no desenvolvimento de competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011, p. 16). A capacidade de comunicar, não só é importante na sua intervenção junto do doente, como também é importante para o trabalho que desenvolve no seio da equipa multidisciplinar em que está inserido, pois o enfermeiro perioperatório não atua isoladamente e faz parte de uma equipa que, em termos científicos e da sua experiência, é sólida, coesa, coordenada e organizada (DGS, 2010). Desta forma, uma comunicação eficaz e eficiente entre o enfermeiro perioperatório e os membros da equipa multidisciplinar que integra é fundamental, até porque a qualidade e a humanização dos cuidados têm por base o conceito de equipa e o enfermeiro, na posse das suas capacidades, fornece conhecimentos científico, técnico e relacional por meio de um desempenho inovador, envolvente e específico, apropriado ao contexto perioperatório (Oliveira, 2011). Este profissional de saúde é detentor de um conhecimento específico que concorre para resultados da tão almejada qualidade em saúde, pelo que uma avaliação individual do doente é crucial para a identificação de diagnósticos de enfermagem, bem como para a seleção de uma intervenção de enfermagem ajustada a cada situação e, por isso, a cada doente (AssociationofPeriOperativeRegisteredNurses [AORN], 2015).

O enfermeiro perioperatório possui conhecimentos e habilidades que pretendem auxiliar o doente no BO, podendo dizer-se que “a área de especialidade de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória inclui um conjunto de competências especializadas adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença, que necessite de procedimentos cirúrgicos e anestésicos. Tem como objetivo cuidar a pessoa no período perioperatório, que decorre desde a consulta pré-operatória, até à consulta pós-operatória, com qualidade e segurança de forma a manter, melhorar e recuperar a saúde” (OE, 2017, p. 26).

Portanto, o enfermeiro perioperatório, possuindo competências científicas, práticas e éticas (Gillespie, & Hamlin, 2009), é responsável por uma abordagem individual e humanista e, simultaneamente, pela realização de ações interdisciplinares que procuram assistir o doente

(Feu, & Maciel, 2008). Nesta ordem de ideias, e considerando o contexto específico em que atua, o BO, espera-se que este possua “consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress” (AESOP, 2012, p. 8).

### 3.3. *Os cuidados para com a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica*

O BO emerge como um contexto de atuação do profissional de enfermagem com características muito peculiares, sendo o principal contexto de atuação do enfermeiro perioperatório (Bilbao, & Fragata, 2006).

Conforme alude o Ministério da Saúde (MS, 2015, p. 33), tendo por base a DGS (2015), o BO é descrito como uma “unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia”. A conceção do BO tem um grande impacto na sua governação, uma vez que existe a possibilidade de adaptar os espaços às necessidades dos doentes, da sua família e dos profissionais de saúde, garantindo, em simultâneo, a qualidade e a segurança assistencial (Bilbao, & Fragata, 2006). Por isso mesmo, o BO constitui um serviço bastante diferenciado, mas que é utilizado por diferentes especialidades cirúrgicas (Administração Central do Sistema de Saúde [ACSS], 2011), daí que esteja ligado, de forma direta ou indireta, a quase todos os serviços de um hospital e especialidades médicas (Saadani, Guinet, & Chaabane, 2006).

O BO é uma unidade extremamente importante no quotidiano de uma organização hospitalar, assumindo-se como o centro de desenvolvimento da mesma e do controlo de custos, onde se almeja otimizar a capacidade instalada e os seus recursos (materiais e humanos) ao máximo (Martins, 2003). Isto porque, está em causa “um serviço de grande produção, numa visão economicista dos serviços de saúde, e que se repercute como um serviço de forte impacto no resultado final de um hospital, devendo ser um serviço que impõe grande atenção no processo de planeamento, controle, gestão e avaliação” (Gomes et al., 2018, p. 354). Esta importância é sustentada por várias razões:

- a qualidade e o nível de resultados nele obtidos, são fundamentais para o processo de desenvolvimento e de afirmação da própria organização (Bilbao, & Fragata, 2006);
- é o serviço mais caro de um hospital, na medida em que exige custos de investimento e exploração muito significativos, devido ao material de consumo clínico e à tecnologia que requer, assim como aos recursos humanos que nele desempenham funções e os quais

devem possuir uma formação especializada (salários dos funcionários e respetivas vantagens) e ao dispêndio que o funcionamento do próprio BO exige (Denton, Viapiano, & Vogl, 2007; Lamiri, Dreo, & Xiaolan, 2007; Park, & Dickerson, 2009);

- trata-se de um serviço produtivo para os resultados económicos da organização, pelo que a sua atividade tem um forte impacto na organização devido ao grande volume de interações existentes com a restante organização (Bilbao, & Fragata, 2006; Gomes et al., 2018).

O BO é um serviço que se destaca pela sua complexidade, o que se deve às suas características e objetivos para o qual foi concebido (intervenções cirúrgicas), implicando grandes exigências técnicas no que concerne às instalações, aos procedimentos e aos técnicos que os executam, pelo que todos os profissionais de saúde que desempenham funções no BO devem ter uma maior diferenciação e qualificação (ACSS, 2011; Nunes, 2012). Além disso, decorrente da complexa intervenção que se realiza no BO, é importante que os profissionais de saúde, e os enfermeiros perioperatórios em particular, tenham “uma consciencialização dos riscos elevados a que estão expostos uma vez que no BO se realizam atividades de instrumentação cirúrgica, com uma crescente utilização de equipamentos, procedimentos e tecnologias de alta densidade, e existe exposição dos profissionais da saúde a fluídos corporais portadores de microrganismos, substâncias orgânicas e inorgânicas contaminadas. Os profissionais estão, ainda, expostos a aerossóis, radiações, alteração de temperatura, ruídos, posições incómodas prejudiciais ao bem-estar e esforço físico excessivo, entre outros agentes de risco presentes” (Nunes, 2012, p. 10).

Sendo um ambiente complexo e imprevisível, o BO é o local onde mais eventos adversos ocorrem e por esta razão, questões associadas à qualidade dos cuidados de saúde prestados no BO e à segurança do doente tornam-se capitais para a enfermagem em geral e para os enfermeiros em particular. Neste sentido, concorda-se com Gomes et al. (2020, p. 1) que, no seu estudo, concluíram que “a avaliação da qualidade do bloco operatório assume extrema importância pelo papel preponderante que o enfermeiro pode desempenhar a este nível, designadamente planeando ações de correção e melhoria para a qualidade e segurança dos cuidados”.

Vários estudos ressaltam a importância da qualidade em saúde e da segurança do doente no BO. Mota, Castilho e Martins (2021a) procuraram caracterizar a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a segurança do doente no BO e constataram que a maioria das dimensões de segurança do doente tem um baixo nível de implementação e que só as dimensões referentes às boas práticas na identificação inequívoca dos doentes e da prevenção

e controlo de infeção e resistência aos antimicrobianos apresentam um nível de implementação elevado.

A este respeito, importa esclarecer que a infeção hospitalar consiste em toda a infeção que é adquirida ou transmitida no espaço hospitalar (Pereira, 2019), sendo que hoje se utiliza um termo mais abrangente – infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) – e o qual designa todas as infeções adquiridas no meio hospitalar e durante o internamento (DGS, 2009). Por outras palavras, as IACS decorrem da prestação de cuidados de saúde, “tais como tratamentos médicos ou intervenções cirúrgicas, ou como consequência do contacto com locais onde se prestam esses cuidados; direto de cuidados prestados na comunidade (atenção primária, cuidados continuados); de transmissão de uma infeção adquirida na comunidade e introduzida em instituições de saúde por pacientes, profissionais ou visitantes” (Pina, Ferreira, & Uva, 2014, pp. 137-138).

Segundo a DGS (2009), as IACS acarretam várias consequências, nomeadamente, um maior tempo de internamento, um aumento dos custos para o Serviço Nacional de Saúde (SNS) e aumento da morbimortalidade. Estas são encaradas como um problema de saúde e dadas as suas características, as IACS traduzem-se numa componente crítica de um programa de segurança do doente (Pina et al., 2010). Face ao impacto das IACS, não só na saúde dos doentes, bem como a nível socioeconómico, a DGS (2013) desenvolveu um conjunto de recomendações de boas práticas traduzido na implementação de Precauções Básicas de Controlo de Infeção (PBCI), com a finalidade de prevenir a transmissão cruzada de microrganismos através da adoção de estratégias básicas, de eficácia comprovada, visando garantir a segurança dos doentes e, ao mesmo tempo, dos profissionais de saúde. Além disso, em 2017, a DGS implementou o Programa Nacional para a Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PCIRA) e no qual apresenta a estratégia de prevenção e controlo das IACS e da resistência das bactérias aos antibióticos (DGS, 2017).

De facto, neste ponto, interessa sublinhar o importante papel do enfermeiro perioperatório no que concerne à prevenção e controlo de infeção. Isto porque, tendo em conta o grande risco de ocorrência de eventos adversos, a vulnerabilidade do doente, os procedimentos realizados e a complexidade que caracteriza o ambiente perioperatório, é exigida, ao enfermeiro perioperatório, a mobilização de conhecimentos e competências que assegurem a segurança do doente, bem como a dos profissionais e do ambiente (AESOP, 2012). Até porque, o enfermeiro perioperatório é aquele profissional especializado em cuidar da pessoa em contexto perioperatório, que protege o doente ao longo de todo o percurso que se apresenta como agressivo e intimidante (Silva, 2014).

Mediante o exposto, entende-se que “a atividade em um bloco operatório é uma prática complexa interdisciplinar, na qual os fatores das equipas e os fatores organizacionais desempenham um papel fundamental, em uma constante interação entre pessoas, máquinas e equipamentos. A atividade envolve tarefas complexas, plenas de variação e de incerteza, exercidas em ambientes dominados pela pressão e pelo stress, que requerem do enfermeiro liderança e habilidades para gerenciar conflitos” (Sousa, &Turrini, 2013, p. 6290).

Além da complexidade inerente à prática de enfermagem no BO, interessa também fazer a ressalva à importância que a equipa multidisciplinar, e da qual o enfermeiro perioperatório faz parte, tem no BO. De facto, o trabalho que é realizado no BO é difícil e complexo, exigindo a colaboração entre diferentes profissionais de saúde, colocando em evidência a importância do trabalho em equipa, uma equipa que, por sua vez, é multidisciplinar e que atua numa ótica de complementaridade (Fragata, & Martins, 2005). Por estes motivos, “o BO é local de reunião de saberes, numa dinâmica de equipa multidisciplinar, onde, mais do que tarefas individuais, são perceptíveis múltiplas ações interdependentes e comportamentos de apoio frequente que, no seu conjunto, fazem dos vários profissionais do BO uma verdadeira equipa” (Pereira, 2010, p. 51).

No BO intervém uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro perioperatório, e onde não há margem para erro, até porque um pequeno erro pode transformar-se numa ocorrência fatal, que pode culminar na morte do paciente. Por isso mesmo, uma equipa multidisciplinar torna-se fundamental, na medida em que numa intervenção cirúrgica cada profissional desempenha uma função e realiza as respetivas tarefas, sendo o trabalho de equipa e de colaboração que permite a obtenção do desejado resultado (Pereira, 2010). Trata-se, pois, de um trabalho que exige dos profissionais de saúde “uma grande capacidade de relacionamento interpessoal e de responsabilidade partilhada entre os seus membros (cirurgiões, anestesistas, ajudantes, enfermeiros, técnicos) sob pena de ocorrerem problemas de comunicação e surgirem conflitos que poderão pôr em causa o trabalho de equipa e a qualidade dos cuidados prestados aos doentes” (Pereira, 2014, p. 34).

Nesta equipa, onde a multidisciplinaridade está em evidência, persiste a “conjugação dos vários saberes disciplinares na compreensão dos problemas de saúde e na parceria nos processos decisórios” (Neves, 2012, p. 126). Até porque, num BO são prestados cuidados de elevada complexidade e a equipa multidisciplinar direciona a sua ação para “restabelecer ou conservar a saúde ou o bem-estar do indivíduo, antes, durante e após a cirurgia” (Bilbao & Fragata, 2006, p. 281).

Trata-se de um dos contextos mais complexos da área da saúde, onde as equipas que nele desempenham funções são altamente qualificadas e treinadas e onde diferentes

profissionais atuam numa ótica de complementaridade, recorrendo a tecnologia avançada, defrontando-se com situações de alto risco, tendo a responsabilidade de responder às necessidades do paciente (MS, 2015). Deste modo, “o trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração, mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros, visando o desenvolvimento de capacidades de entrelaçamento multidisciplinar na construção de uma interdisciplinaridade pensada e executada na práxis de saúde e no cuidado ao ser humano. Esta interdisciplinaridade pressupõe um olhar transversal capaz de revelar aspetos antes inexplorados que se tornam presentes na interligação entre as disciplinas que compõem o mesmo «todo» de conhecimentos” (Neves, 2012, pp. 126-127).

Neste contexto, o enfermeiro perioperatório assume um papel fulcral na equipa que integra, mas, e principalmente, para o doente, já que é este profissional que cuida do doente na sua globalidade, pelo que este se afigura numa garantia de qualidade e de segurança dos cuidados de saúde prestados, ou a enfermagem perioperatória não se focasse na prestação de cuidados à pessoa que necessita de cuidados cirúrgicos e/ou anestésicos (Lourenço, 2004; Silva, 2006).

De facto, os cuidados de enfermagem no âmbito da área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento nº 429/2018). Logo, a intervenção do enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos (Regulamento nº 429/2018). O mesmo é sublinhado pela OE (2017, p. 27), que refere que os cuidados de enfermagem perioperatórios implicam a “identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos, nas áreas complementares entre si: anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-anestésicos e consultas perioperatórias. O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência”.

Assim sendo, é de todo o interesse acrescentar que os cuidados de enfermagem perioperatórios, cuidados estes prestados durante o período pré, intra e pós-operatório, assentam em cinco pilares centrais, os quais se passam a citar (OE, 2017, p. 27):

- O Reconhecimento do Outro e a Capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem. O enfermeiro perioperatório, estabelece uma relação interpessoal e

reconhece a pessoa como ser único, complexo e aprendente, capaz de desenvolver o conhecimento e a autoconsciência. Faz um plano conjunto do projeto de cuidados, reconhecendo a liberdade de escolha da pessoa, fomentando a sua autonomia e comportamentos ajustados à situação, atua promovendo, assim, a sua capacitação;

- A Vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a um procedimento cirúrgico e anestésico. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa, exigindo que a pessoa em situação perioperatória, vulnerável e quando exposta a riscos, seja protegida por outra pessoa em sua substituição;
- A Responsabilidade de cuidado – o enfermeiro especialista na área da enfermagem perioperatória tem a responsabilidade de promover resultados positivos e ajudar a pessoa a atingir o seu melhor nível de função e bem-estar. Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória;
- A Prudência e a gestão de risco – o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências que dele podem decorrer. Atua com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou à equipa;
- A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado.

O trabalho realizado no período perioperatório e os cuidados nele prestados acarretam elevados riscos, “pois a pessoa que necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, aceita submeter-se a um estado de consciência alterado, e aos riscos inerentes a esses procedimentos e aceita ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional, tendo geralmente a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida” (Regulamento nº 429/2018, p. 19366). Assim, exige-se do enfermeiro perioperatório competências especializadas no cuidado à pessoa em

situação perioperatória, assim como na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

A vulnerabilidade a que a pessoa em situação perioperatória é sujeita, pode ser definida como a impossibilidade de esta responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está exposta, pelo que a vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e a impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa (Regulamento nº 429/2018) e, que neste caso, é o enfermeiro perioperatório. Por outro lado, a consciência cirúrgica assume-se como um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, orientando a sua intervenção em benefício da mesma, e em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (Regulamento nº 429/2018). Esta consciência cirúrgica, exigida aos profissionais que atuam no BO e, por isso, também ao enfermeiro perioperatório, concretiza-se através do comportamento profissional assente no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, seja com o doente, seja com a equipa que integra, pelas quais cada profissional é responsável (Regulamento nº 429/2018).

A propósito dos cuidados para com a pessoa submetida a uma intervenção cirúrgica, considera-se que é importante abordar a importância da implementação de normas pelo enfermeiro circulante para uma prática segura, bem como a importância do processo de integração do enfermeiro circulante e do enfermeiro anestesista no BO.

No que diz respeito à implementação de normas para uma prática segura pelo enfermeiro circulante, importa, antes de mais, referir que o enfermeiro circulante deve ser um enfermeiro sénior, ou seja, um enfermeiro com uma vasta experiência e detentor de competências científicas e técnicas atualizadas, por forma a conseguir intervir mediante qualquer situação urgente e/ou emergente no BO (AESOP, 2012). Isto porque, “os seus conhecimentos e competências, o seu olhar atento e perspicaz, a sua técnica de controlo, o seu conhecimento sobre dispositivos médicos, ativos e não ativos, fazem do enfermeiro circulante um perfeito gestor da sala de operações e o garante da segurança do doente e de toda a equipa multidisciplinar” (AESOP, 2012, p. 128).

O enfermeiro circulante é, de facto, um profissional de saúde que desempenha um papel crucial no que concerne às normas para uma prática segura, pois é ele o responsável pela averiguação e reconhecimento da lista de verificação, a realizar antes da cirurgia; e é também ele que procede às verificações de segurança antes do doente sair do BO; que faz a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes; que confirma a rotulagem correta de qualquer material obtido no decorrer do procedimento de leitura (OMS, 2009). Além do

referido, o enfermeiro circulante desempenha ainda um vasto conjunto de funções, seja no período que antecede a cirurgia, durante a realização da própria cirurgia e depois da cirurgia (Teixeira, 2018, pp. 52-53):

- Antes da cirurgia: consultar o programa operatório; realizar a visita pré-operatória ao doente; preparar o material necessário ao ato cirúrgico; acolher o doente no bloco operatório; transferir o doente para a marquesa operatória; acompanhar o doente até à sala de indução / operatória; apoiar o enfermeiro de apoio à anestesia; algaliar o doente; colaborar no posicionamento do doente; colocar o eletrodo neutro no equipamento de electrocirurgia; verificar o funcionamento dos equipamentos; verificar as condições ambientais da sala operatória;
- Durante a cirurgia: apoiar o enfermeiro instrumentista e a restante equipa cirúrgica a vestir-se com indumentária estéril; colaborar na colocação das mesas cirúrgicas; conectar os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis; fazer o direcionamento dos focos de luz operatórios; colaborar na desinfeção da pele e na colocação dos campos cirúrgicos; providenciar novos dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia; colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, tampões, agulhas e instrumentos; adicionar e registar as peças para anatomopatologia, citologia e microbiologia; manter a disciplina na sala; adequar os gastos às necessidades do procedimento cirúrgico; manter a sala limpa e organizada; prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica; desligar os equipamentos utilizados; cumprir e faz cumprir as regras de assepsia; atuar em situações de urgência; realizar a triagem de resíduos; providenciar a chamada do próximo doente;
- Depois da cirurgia: colaborar na elaboração do penso cirúrgico; proporcionar um despertar confortável ao doente; colaborar no transporte do doente para a unidade de cuidados pós-anestésicos / unidade de cuidados intensivos / internamento; efetuar todos os registos em instrumentos próprios de modo a permitir o acompanhamento do ato anestésico-cirúrgico; supervisionar o cumprimento do protocolo de higienização da sala e equipamentos, nas diferentes fases do processo cirúrgico; providenciar e colaborar na reposição e reorganização da sala operatória para o doente seguinte; efetuar pedidos de reposição de dispositivos médicos.

Também na sua tese, Ângelo (2015, p. 47) faz uma abordagem bastante completa da implementação de normas para uma prática segura pelo enfermeiro circulante, referindo que na:

- Manutenção de um ambiente operatório seguro, reduzindo o risco de infecção intraoperatória, o enfermeiro circulante deve: verificar “se as condições de limpeza da SO são adequadas, cumprindo o protocolo do serviço e se todo o equipamento necessário está disponível e pronto a ser utilizado; se o sistema de ar condicionado é eficaz (20 renovações por hora), a temperatura (20º a 24ºC) e a humidade (60%) são as adequadas; se o sistema de exaustão de gases anestésicos está ligado; se o pavimento, o mobiliário e todas as superfícies horizontais da SO estão livres de poeiras e resíduos orgânicos e se encontram secos”;
- Descontaminação da pele antes da desinfecção cirúrgica, o enfermeiro circulante “escolhe o soluto para descontaminação de acordo com a base do antisséptico para a desinfecção cirúrgica e com o local a intervencionar; determina a área de descontaminação suficientemente alargada, tendo em consideração o procedimento cirúrgico; faz a descontaminação da pele usando movimentos circulares partindo do local da incisão para a periferia; termina a descontaminação da pele com lavagem com soro ou água secando a pele no final”;
- Realização de procedimentos para manter a técnica asséptica cirúrgica, o enfermeiro circulante deve basear-se nas práticas recomendadas pela AESOP face à “Técnica Asséptica Cirúrgica”, “Utilização de Campos Cirúrgicos no Bloco Operatório” e “Manipulação e Armazenamento de Material Estéril no Bloco Operatório”, por forma a diminuir o risco de infecção cirúrgica, promovendo medidas corretivas mediante a quebra de assepsia com consciência cirúrgica. Além disso, este promove a ordem no BO, é responsável pelo posicionamento seguro do doente, devendo seguir as normas recomendadas pela AESOP face à eletrocirurgia e à utilização de garrotes.

Tanto o enfermeiro circulante, como o enfermeiro anestesista desempenham um papel fundamental no BO, sendo que o enfermeiro anestesista “é aquele que realiza a administração e a manutenção do processo anestésico. Trata-se de uma prática avançada e especializada, exercida há mais de um século em vários países, hoje com supervisão do anesthesiologista, e respaldada legalmente” (Curi, & Peniche, 2004, p. 9).

A integração do enfermeiro circulante e do enfermeiro anestesista no BO é fundamental, isto porque, este processo de integração favorece a sua adaptação à função para a qual foram designados (Teixeira, 1997). Além disso, um processo de integração, quando estruturado corretamente, “beneficiará a gestão de diversas formas. Se a integração se processar o mais rápido e adequadamente possível, o novo profissional dará o seu contributo mais efetivo na consecução dos objetivos, haverá menos absentismo, menos substituições,

menos fugas a responsabilidade e haverá uma continuidade de cuidados” (Frederico, & Leitão, 1999, p. 135).

Considera-se que o processo de integração no serviço é também importante para a qualidade em saúde, bem como para a segurança do doente. Pois, conforme expresso no Parecer CJ 75/2008, “a adequada integração dos profissionais aos serviços onde irão prestar cuidados, de forma a poderem responder cabalmente às especificidades dos mesmos, é parte importante e intrínseca a essa segurança. O desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados ao dispor do profissional, são fatores potenciadores do risco” (OE, 2008, p. 1). Outro aspeto que importa salientar é apontado por Benner (2001), ao referir que, por muito tempo que um enfermeiro tenha desempenhado funções num serviço, da sua experiência profissional, em BO ou não, quando vai para um serviço novo é um iniciado (isto num *continuum* de iniciado a perito), o que justifica a sua integração e acompanhamento pelo integrador (a ser atribuído pelo enfermeiro chefe), até que este tenha autoconfiança e autonomia para prestar cuidados de forma individual. E neste processo de integração, o enfermeiro integrador assume um papel fulcral, sendo o mediador entre o enfermeiro em integração e o serviço, devendo ser selecionado entre os enfermeiros especialistas e os enfermeiros peritos, pois possui capacidades que lhe permitem criar um clima saudável e de confiança, adequado para o enfermeiro que está a ser integrado se sentir à vontade para colocar dúvidas e expor dificuldades sentidas (AESOP, 2012). Assim sendo, é crucial que o enfermeiro integrador selecionado apresente características, tais como (AESOP, 2012):

- Motivação para aplicar o programa de integração;
- Favoráveis relações humanas;
- Nobreza profissional;
- Conhecimentos técnicos e científicos atualizados;
- Capacidade de planeamento e de orientação;
- Disponibilidade e responsabilidade;
- Conhecimento da estrutura organizacional;
- Capacidades pedagógicas;
- Compreender competências necessárias ao processo de ensino-aprendizagem;
- Possuir conhecimentos e competências na área da enfermagem perioperatória.

Por norma, este processo é complexo e demorado pois, por um lado, a formação académica em enfermagem quase não abrange estes conteúdos e, por outro, porque o BO é

um serviço altamente específico, equipado com novas tecnologias e instrumentos, implicando que o profissional que nele atua possua um conhecimento técnico-científico ampliado e atualizado (Paula, 2019).

A este respeito, a AESOP (2012) propôs um programa de integração e o qual decorre ao longo de três fases:

- 1.<sup>a</sup> fase – Acolhimento/Observação: decorre ao longo de um mês e visa a socialização e adaptação do enfermeiro ao BO, onde esta toma conhecimento da dinâmica organizacional do serviço, protocolos e normas de procedimentos e funções a desempenhar. Nesta primeira fase, decorre a entrevista inicial com o enfermeiro chefe/coordenador do serviço e o enfermeiro integrador; visita ao serviço para reconhecimento da organização do serviço e apresentação do novo enfermeiro à restante equipa; entrega do plano de integração; visita à Central de Esterilização e aos circuitos do material (saída do BO até à sua reentrada depois do reprocessamento e esterilização); a observação é o objetivo da primeira fase, no sentido da tomada de conhecimento, de todos os protocolos, normas, procedimentos, circuitos e atividades desenvolvidas dentro do BO;
- 2.<sup>a</sup> fase – Enfermeiro de anestesia: tem uma duração de dois meses, visando o desenvolvimento das competências enquanto enfermeiro de apoio à anestesia e todos os procedimentos com ela relacionados. Esta fase implica a concretização do acolhimento da pessoa no BO, domínio do funcionamento de todo o equipamento necessário à anestesia, cooperação com o anestesista e realização de procedimentos de enfermagem durante a anestesia, conhecimento da ação e interação dos fármacos usados, domínio das várias técnicas anestésicas, concretização dos registos de enfermagem, participação na transferência do paciente para a UCPA/UCI (Unidade de Cuidados Intensivos), transmissão de informações orais e escritas com vista à continuidade dos cuidados, reorganização do BO e procedimento da sua organização, e realização da visita pré-operatória;
- 3.<sup>a</sup> fase – enfermeiro circulante: fase que se prolonga ao longo de três meses com a finalidade de desenvolver competências como enfermeiro circulante, implicando a verificação do plano operatório e o planeamento dos cuidados, o controlo e a garantia das condições ambientais do BO, preparação e teste de todo o equipamento necessário para a intervenção cirúrgica, participação no acolhimento do doente, cooperação na preparação das mesas cirúrgicas, participação no posicionamento do doente, colaboração na desinfeção do campo operatório, cooperação com o enfermeiro instrumentista e restante equipa, manter a disciplina no BO, responder a situações de urgência no decorrer da cirurgia, concretização da contagem de compressas, corto-perfurantes e dispositivos médicos, conforme o protocolo, preparação material de penso e drenagem; assegurar a

segurança do doente e da equipa pluridisciplinar, realização dos registos dos dispositivos médicos implantados e de cuidados intraoperatórios, colaboração na saída do doente para a UCPA/UCI e reorganização e reposicionamento do BO, em colaboração com o enfermeiro de anestesia.

A propósito da aquisição da perícia pelos enfermeiros, Benner et al. (2009) mencionam a importância de o enfermeiro utilizar experiências concretas do passado, que o seu pensamento analítico dê lugar ao pensamento intuitivo, para depois conseguir perceber uma situação como um todo, focando-se no que é mais importante e por fim, que faça parte da situação. Tal como, Meleis (2010) refere, o conhecimento consiste em capacitar os que o desenvolvem e os que o usam, neste caso, os enfermeiros, e os que dele beneficiam, ou seja, os pacientes. Deste modo, a teoria das transições também adquire relevância, na medida em que ela pode constituir-se como um “guia” para cuidados de enfermagem eficazes, antes, durante e depois da transição (Meleis, 2015). Por isso, estas teorias são tão importantes, na medida em que a aquisição e o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, deve assegurar a qualidade e a segurança na prestação de cuidados de enfermagem, e estas suas competências e o conhecimento de que são detentores, devem auxiliar os doentes nas transições que experienciam, por exemplo, durante o período perioperatório, o que contribui para a melhoria dos cuidados prestados.

Atualmente torna-se cada vez mais relevante e premente a preparação dos profissionais de saúde, nomeadamente dos Enfermeiros, aumentando o seu repertório teórico-prático, para que possam ter um papel mais pró-ativo, tomando decisões mais informadas, livres e esclarecidas, impactando na qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

## 4. Finalidade e objetivos

---

A finalidade deste trabalho é apresentar uma *scoping review* (ScR) acerca da perceção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa no período perioperatório.

Para a definição dos objetivos, ou seja, das metas que se pretendem alcançar e que guiaram todo o estudo realizado, adotou-se a metodologia SMART (acrónimo de *Specific, Measurable, Attainable, Realistic/Relevante Time-bound*) (Centro de Apoyo al Desempeño Académico, Universidad del Desarrollo, 2018; SEBRAE, s.d.):

- **Specific (específico):** o objetivo deve ser o mais específico possível, pelo que a meta precisa explicar exatamente o que se procura alcançar, de modo a que qualquer pessoa que o leia, perceba exatamente o que se pretende fazer e como;
- **Measurable (mensurável):** quando se define uma meta a alcançar, é necessário avaliá-la para se perceber se esta foi ou não alcançada, por isso mesmo, é importante que o objetivo seja mensurável, isto é, que seja uma meta quantificável, delimitando o resultado esperado quantitativamente e em quanto tempo a meta deve ser atingida;
- **Attainable (atingível):** deve ser ambiciosa, mas definir uma meta inacessível pode gerar frustração, desmotivação e prejuízos a longo prazo e por isso mesmo, é importante definir metas alcançáveis, que sejam possíveis;
- **Realistic/Relevant (realístico/relevante):** é importante definir metas realísticas, que possam ser alcançadas e que sejam relevantes, isto é, que tenham interesse, que tenham um efeito significativo dentro do projeto e que sejam importantes, neste caso, para a comunidade científica, em particular, para a comunidade de enfermeiros;
- **Time-bound (temporal):** é necessário definir prazos para se atingirem as metas, pois tal ajudará a marcar as diferentes etapas que permitirão atingir a meta definida, até porque sem a estipulação de um prazo, o objetivo permanece firme no início, mas depois é esquecido.

A opção por esta metodologia, deve-se ao facto de ajudar o investigador a concentrar-se nos objetivos a alcançar e, concomitantemente, permitir monitorar os objetivos e realizar ações que contribuem para o seu alcance (Centro de Apoyo al Desempeño Académico, Universidad del Desarrollo, 2018).

Além disso, a escolha pela metodologia SMART na definição dos objetivos a alcançar com a presente ScR é justificada por vários motivos, nomeadamente, devido ao facto de (SEBRAE, s.d.):

- se tratar de uma metodologia para o delineamento de metas, as quais permitem o desenvolvimento de objetivos devidamente estruturados;
- contribuir para a definição dos passos necessários para a concretização desses alvos;
- ser uma metodologia que faculta parâmetros para que o objetivo seja definido de modo coerente, envolvendo desafio, mas também sendo possível;
- contribuir para uma melhor sistematização dos objetivos da investigação.

Mediante o exposto, definiram-se como objetivos a alcançar com a realização da presente ScR:

- Identificar as evidências científicas disponíveis para promover a qualidade e a segurança em saúde, no bloco operatório, através do acesso a informação qualificada;
- Demonstrar a utilidade de novos projetos e ferramentas que acrescentem valor às boas práticas já existentes;
- Desenvolver competências acrescidas para a elaboração de projetos em saúde que promovam a qualidade e segurança dos cuidados no BO;
- Promover as capacidades e as habilidades dos enfermeiros do perioperatório que fomentem a mudança de atitudes e comportamentos em saúde.

## 5. Metodologia

---

Neste capítulo, a finalidade é explicar o método de estudo seguido, bem como a estratégia de pesquisa adotada, não só para a formulação da pergunta de investigação, mas também para a pesquisa de evidência científica, apresentando-se os critérios de seleção dos estudos contemplados na presente ScR, explicando-se a pesquisa dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS/MeSH, *Medical SubjectHeadings*), o processo de extração de dados, a avaliação da qualidade e o processo de análise de dados.

### 5.1. Desenho do estudo

O problema de investigação é o ponto de partida de qualquer investigação, isto porque se parte para a realização de uma investigação quando existe uma situação considerada problemática (Fortin, 2003). Assim sendo, o problema de investigação refere-se à situação, ao acontecimento ou ao fenómeno que o investigador pretende investigar e, simultaneamente, que necessita ser estudado, que carece de esclarecimento, permitindo descrever, explicar e prever factos, acontecimentos ou fenómenos (Fortin, 2003). Nesta ordem de ideias, o problema de investigação em foco prende-se em perceber qual a perceção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa no período perioperatório.

Para a formulação da pergunta de investigação, e considerando-se que se pretende realizar uma ScR, recorreu-se à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), porque auxilia na identificação de tópicos-chave e na formulação da questão de investigação, seguindo-se as recomendações do *Joanna BriggsInstitute* (JBI) (Aromataris, & Munn, 2020; Cordeiro, & Soares, 2019; JBI, 2015). Nesta ordem de ideias, considera-se:

- **População:** enfermeiros perioperatórios;
- **Conceito:** perceção da qualidade e segurança dos cuidados;
- **Contexto:** bloco operatório.

Assim sendo, e assumindo-se que a pergunta de investigação se traduz num “enunciado interrogativo claro e não equívoco que precisa os conceitos-chave, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica” (Fortin, 2003, p. 51), sendo a questão

para a qual se procura uma resposta por via da realização da investigação realizada, formulou-se a seguinte questão de investigação e à qual, findo todo o processo de investigação, se pretende dar uma resposta: *Qual a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a qualidade e a segurança dos cuidados no bloco operatório?*

O tipo de estudo realizado é uma *ScR*, a qual emergiu como uma nova abordagem para revisar a literatura, tendo ganho um novo destaque mundial a partir de 2012, pelo que tem sido bastante utilizada na área de síntese de evidências em saúde (Cordeiro, & Soares, 2019; Salvador et al., 2021).

Pretende-se que seja uma revisão de escopo exploratória, com o objetivo de identificar a produção científica relevante e mapear a literatura do tema em estudo, nomeadamente, quando ainda não estão publicadas revisões sobre o tema (Cordeiro, & Soares, 2019). A opção por este tipo de revisão de literatura prende-se com o facto da *ScR* primar pela abordagem de tópicos amplos, permitindo a reunião de diferentes tipos de evidências, como estas foram produzidas, tendo como principais objetivos (Cordeiro, & Soares, 2019, p. 38):

- examinar a extensão e a natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam determinada área;
- identificar a viabilidade ou a relevância de se realizar uma revisão sistemática, configurando-se como um exercício preliminar à revisão sistemática que apura a pergunta de revisão;
- sistematizar e disseminar resultados que podem contribuir para as práticas, políticas e investigação;
- identificar falhas na literatura existente e perceber como a pesquisa é conduzida em determinada área.

A sistematização proporcionada pela *ScR* tem por base o referencial teórico-metodológico do JBI for *Scoping Reviews*, sendo uma revisão que auxilia a recolha de informação ampla e focada, sem distinguir tipos de estudo e os métodos utilizados (Salvador et al., 2021). Além disso, permite que seja realizada a avaliação da extensão, da variedade e da natureza da investigação, ao integrar várias investigações, não discriminando a qualidade da sua avaliação metodológica e o desenho de estudo utilizado (Grant, & Booth, 2009; Rumrill, Fitzgerald, & Merchant, 2010).

Após a formulação da pergunta de investigação com o recurso à estratégia PCC, uma vez que auxilia a pesquisa de evidência científica (Peters et al., 2020; Tricco et al., 2018) e

reconhecendo-se que os critérios de seleção da evidência empírica são cruciais, na tabela que se segue são discriminados os critérios de inclusão e os critérios de exclusão.

Tabela 6: Critérios de seleção

<b>Critérios de inclusão</b>	<b>Critérios de exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários, que enfatizam a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre a qualidade e a segurança em saúde, no bloco operatório;</li><li>• artigos publicados na íntegra;</li><li>• artigos de acesso gratuito;</li><li>• artigos publicados nos idiomas português, inglês e espanhol.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• artigos que enfatizam a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre outros temas que não a qualidade e a segurança em saúde no bloco operatório;</li><li>• artigos que não se encontrem disponíveis na íntegra;</li><li>• artigos que se encontrem publicados noutros idiomas como, por exemplo, francês e alemão.</li></ul>

Após a definição dos critérios de seleção, procedeu-se à pesquisa dos DeCS/MeSH no website <https://decs.bvsalud.org/>, pois o objetivo era utilizar uma terminologia que é autorizada e reconhecida a nível mundial, possibilitando: a utilização de termos comuns para a pesquisa em diferentes idiomas (neste caso, espanhol, inglês e português), o que por sua vez permitiu, por via única e consistente, o acesso e a recuperação de informação; e a facilitação do processo de pesquisa bibliográfica e o acesso a investigações diversas (Araújo, 2017; Pellizzon, 2004).

Assim sendo, no que diz respeito à pesquisa dos DeCS, importa referir que:

- Dos 38 descritores que surgiram na pesquisa da palavra *percepção*, escolheu-se o descritor 8 – Percepção / Perception / Percepción;
- Ao pesquisar-se a palavra *enfermeiro*, dos 9 descritores que surgiram, não se encontrou um que se referisse ao enfermeiro perioperatório. Assim, procedeu-se à pesquisa da palavra *enfermagem* e dos 101 descritores que surgiram, selecionou-se o descritor 53 *enfermagem perioperatória*, sendo que se usará o termo enfermeiro perioperatório / perioperative nurse / enfermera perioperatoria;
- Dos 53 descritores que surgiram aquando da pesquisa da palavra *qualidade*, selecionou-se o descritor 40 - Qualidade da Assistência em Saúde / Quality of Health Care / Calidad de la Atención de Salud;

- Dos 40 descritores que surgiram da pesquisa da palavra *segurança*, entendeu-se que o descritor 29 era o mais adequado: Segurança do Paciente / Patient Safety / Seguridad del Paciente;
- A pesquisa do termo *bloco operatório* não evidenciou nenhum resultado, pelo que se pesquisou o termo *cirurgia* e dos 63 descritores obtidos nos resultados, selecionou-se o descritor 58 - Salas cirúrgicas / Operating Room / Quirófanos. Tendo em conta que este descritor abrange também termos como sala de cirurgia, sala operatória, sala de cirurgia, entendeu-se que este se enquadrava melhor no estudo.

Mediante o exposto, formulou-se uma frase booleana de pesquisa em dois idiomas:

- Português: (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Qualidade da Assistência em Saúde)) OU (Segurança do Paciente)) E (Salas Cirúrgicas);
- Inglês: (((Perception) AND (Perioperative Nurse) AND (Quality of Health Care)) OR (Patient Safety)) AND (Operating Room).

Quanto às plataformas e bases de dados onde se procedeu à pesquisa bibliográfica, importa referir que esta foi realizada na CINAHL Complete e na MEDLINE Complete através da plataforma EBSCOhost e na Scielo. Por fim, também foi procurada literatura cinzenta através de uma pesquisa livre no Google Académico e no Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAAP).

Quanto à extração de dados, esta decorreu da seguinte forma:

- Inicialmente, através da EBSCOhost procedeu-se à pesquisa na CINAHL Completee MEDLINE Complete, tendo-se inserido a frase booleana – (((Perception) AND (Perioperative Nurse) AND (Quality of Health Care)) OR (Patient Safety)) AND (Operating Room). Obtiveram-se 4012 resultados e após a seleção da opção *texto completo* ficaram 1268 resultados, que ficaram reduzidos a 1216 resultados após a seleção de revistas: CINAHL 758 resultados e Medline 510 resultados;
- CINAHL complete: Dos 758 resultados, selecionaram-se para esta ScRnove artigos, publicados entre 2013 e 2021;
- MEDLINE Complete: Dos 510 resultados, selecionaram-se cinco artigos publicados entre 2014 e 2022.

Já a pesquisa na Scielo, implicou a pesquisa de várias frases booleanas, devido à inexistência de resultados:

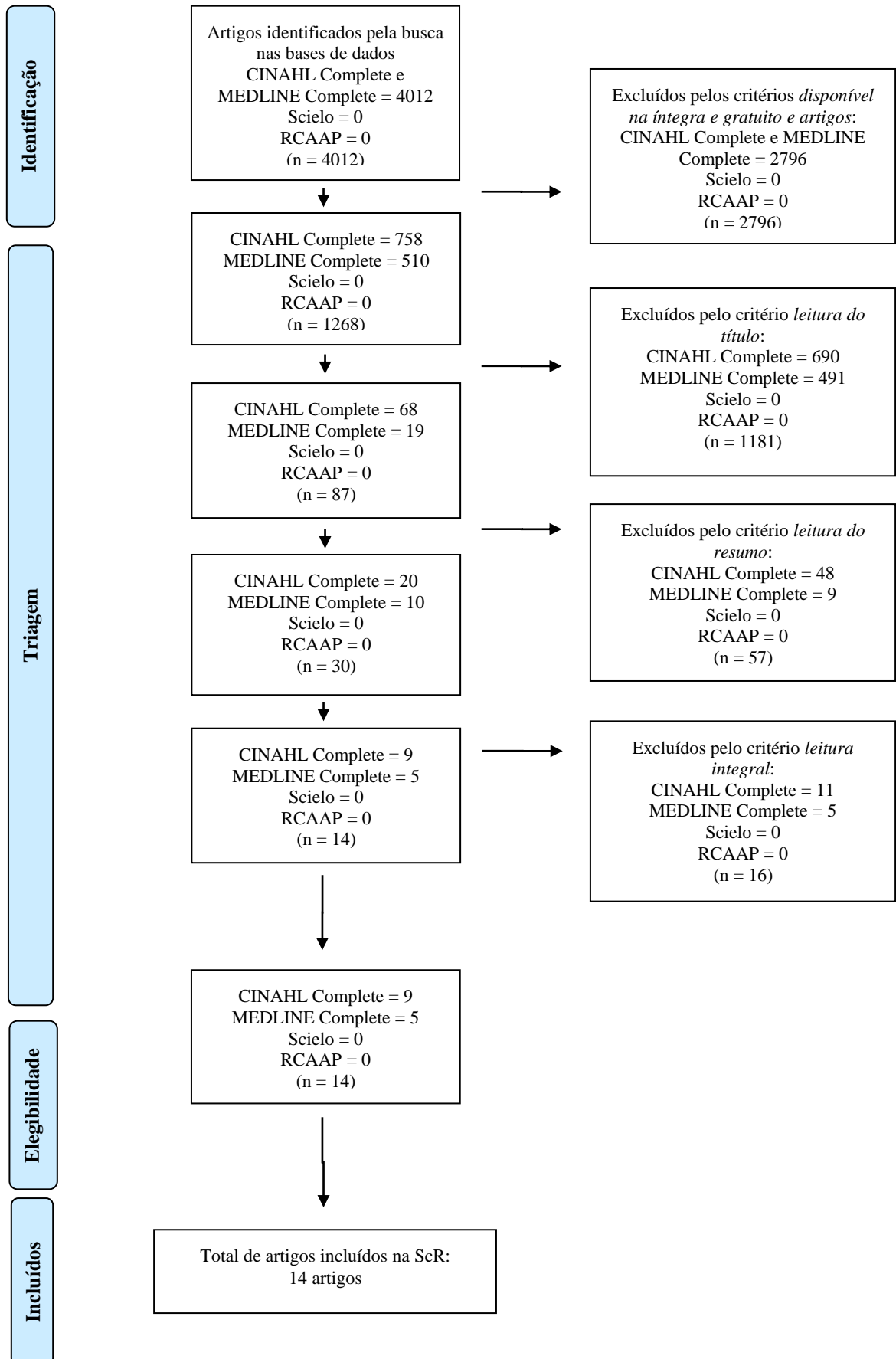
- 1.ª pesquisa – (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Qualidade da Assistência em Saúde)) OU (Segurança do Paciente)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 2.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse) AND (Quality of Health Care)) OR (Patient Safety)) AND (Operating Room): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 3.ª pesquisa - (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Qualidade da Assistência em Saúde)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 4.ª pesquisa - (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Segurança do Paciente)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 5.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse)) AND (Quality of Health Care)) AND (Operating Room): 0 resultados;
- 6.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse)) AND (Patient Safety)) AND (Operating Room): 0 resultados.

A pesquisa bibliográfica no RCAAP, à semelhança do que aconteceu na base de dados Scielo, também exigiu várias pesquisas:

- 1.ª pesquisa – (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Qualidade da Assistência em Saúde)) OU (Segurança do Paciente)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 2.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse) AND (Quality of Health Care)) OR (Patient Safety)) AND (Operating Room): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 3.ª pesquisa - (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Qualidade da Assistência em Saúde)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 4.ª pesquisa - (((Percepção) E (Enfermeiro Perioperatório)) E (Segurança do Paciente)) E (Salas Cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo);
- 5.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse)) AND (Quality of Health Care)) AND (Operating Room): 0 resultados;
- 6.ª pesquisa – (((Perception) AND (Perioperative Nurse)) AND (Patient Safety)) AND (Operating Room): 0 resultados.

Em seguida, apresenta-se o fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), o qual elenca todos os passos efetuados ao longo da pesquisa bibliográfica de evidência científica realizada entre 13 e 26 de junho, sendo que no total se elegeram 14 artigos publicados entre 2013 e 2022.

Figura 2: Fluxograma PRISMA



Por fim, para a análise dos dados recolhidos teve-se em linha de conta os principais componentes dos estudos, integrando-se a identificação dos autores e ano de publicação do estudo, bem como o(s) objetivo(s), a amostra, o método e tipo de estudo, os resultados e as conclusões do estudo.

## 5.2. Considerações éticas

Conforme afirma Nunes (2013, p. 6), “os enfermeiros têm a obrigação de salvaguardar os direitos humanos em todo o tempo e em todas as situações. O que inclui assegurar que cuidados adequados são prestados, com os recursos disponíveis, de acordo com a ética”.

Nesta ordem de ideias, interessa referir que os riscos e os custos associados ao presente estudo foram reduzidos, na medida em que apenas se necessitou ter acesso a bases de dados para seleção de artigos gratuitos disponíveis (*open source*).

No tocante às considerações éticas, tal como Nunes (2020, p. 5) salienta, “o olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores”. Desta forma, importa referir que o trabalho realizado faz a correta referência de todos os autores que foram utilizados e que todas as referências bibliográficas utilizadas constam na lista final do trabalho. Trata-se de um trabalho realizado com informação fidedigna e com dados extraídos de bases de dados adequadas.

Relativamente à revisão de literatura, concorda-se com Nunes (2013, p. 10), que afirma que “seja qual for o formato da revisão, visa apresentar o “*estado da arte*”. Inevitável a evocação do princípio da integridade académica - materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor”.

Considera-se que a investigação obedece aos requisitos básicos que se devem ter em consideração na avaliação ética de um estudo, nomeadamente: “a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente (...)” (Nunes, 2020, p. 5).

Além disso, na elaboração desta ScR foram tidos em consideração os princípios éticos que devem guiar a investigação e que segundo Nunes (2013, p. 6) são a:

- Beneficência - fazer o bem, concomitantemente aos profissionais de saúde – enfermeiros e à pessoa no período perioperatório;
- Avaliação da maleficência - princípio de não causar dano;

- Veracidade - princípio ético de dizer a verdade, não deturpando as informações e conclusões dos estudos encontrados;
- Justiça - princípio de proceder com equidade, valorizando de igual modo todos os estudos, desde que, cumpram os critérios de inclusão.

Por fim, mas não menos importante, interessa referir que, tratando-se de uma ScR, é expectável a ausência de conflitos de interesses dos investigadores.

## 6. Resultados

Como já referido anteriormente, foram seleccionados 14 estudos para esta ScR e os quais foram publicados no espaço temporal de 2013 a 2022. Em seguida, apresenta-se uma síntese dos resultados obtidos.

Tabela 7: Síntese dos resultados

Autores	Objetivo	Amostra	Método e Tipo de Estudo	Resultados	Conclusão
<b>E1: Arli (2020) – International Journal of Caring Sciences</b>	Identificar o conhecimento dos membros da equipa do BO sobre a segurança do fumo cirúrgico.	62 profissionais de saúde.	Estudo de natureza transversal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade média = 29,11±5,94 anos;</li> <li>- 66,1% eram enfermeiros cirúrgicos e 74,2% trabalhavam no turno noturno e diurno;</li> <li>- 83,9% da amostra não participou em nenhum programa de formação sobre segurança do fumo cirúrgico;</li> <li>- A pontuação média total da resposta correta do pessoal da sala de cirurgia foi de 5,19 ± 1,46 (mínimo = 2, máximo = 10).</li> </ul>	São necessárias políticas institucionais, supervisão e programas de educação devidamente elaborados para levar o conhecimento do pessoal do BO a um nível suficiente e aumentar a sua consciencialização sobre a saúde ocupacional e exposição ocupacional.
<b>E2: Bahar, &amp;Önler (2020) – Nigerian Journal of Clinical Practice</b>	Avaliar as atitudes de segurança do paciente de enfermeiros cirúrgicos turcos.	231 enfermeiros que trabalham no BO, cuidados intensivos, enfermarias cirúrgicas de quatro hospitais do oeste da	Estudo descritivo transversal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os <i>scores</i> de trabalho em equipa e clima de segurança dos enfermeiros do BO foram superiores aos <i>scores</i> de terapia intensiva cirúrgica e enfermeiras da enfermaria;</li> <li>- Os <i>scores</i> de reconhecimento de <i>stress</i> dos enfermeiros da enfermaria cirúrgica foram os mais altos, seguidos pelos <i>scores</i> do BO e enfermeiros de terapia intensiva cirúrgica;</li> </ul>	É fornecida uma avaliação das atitudes de segurança dos enfermeiros cirúrgicos e os resultados obtidos podem fornecer informações valiosas para os gestores de saúde com vista à melhoria da cultura de segurança.

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

		Turquia.		<p>- A percepção dos <i>scores</i> de gestão dos enfermeiros do BO foi maior do que a dos enfermeiros da ala cirúrgica e os enfermeiros de 18 a 30 anos foram maiores do que os de 31 a 40 anos;</p> <p>- Nenhum dos seis domínios da cultura de segurança, incluindo a satisfação no trabalho, o trabalho em equipa, o clima de segurança, a percepção da gestão, o reconhecimento do <i>stress</i> e as condições de trabalho, obteve pontuação média positiva acima de 75.</p>	
<b>E3: Bohomol, &amp; Tartali (2013) – Acta Paulista de Enfermagem</b>	Verificar o conhecimento da equipa de enfermagem sobre eventos adversos em pacientes que se encontram no BO, apontar possíveis causas, identificar de quem é a responsabilidade e de quem é a necessidade de notificação.	31 enfermeiros do BO de um hospital privado.	Estudo descritivo.	<p>- As causas mais frequentes foram a rotina na programação de procedimentos eletivos e comunicação ineficaz entre a equipa de enfermagem e a equipa médica;</p> <p>- Todos os cenários foram identificados como eventos adversos e com necessidade de notificação;</p> <p>- A segurança do paciente não é vista como responsabilidade de toda a equipa multiprofissional.</p>	A enfermagem deve defender os interesses dos pacientes, conhecer os riscos inerentes ao processo cirúrgico e alertar os integrantes da equipa sobre os possíveis problemas que possam ocorrer.
<b>E4: Cauduro, Sarquis, Sarquis, &amp; Cruz (2015) – Cogitare</b>	Avaliar a percepção da segurança.	185 profissionais de saúde de dois BO de um hospital de ensino do sul do Brasil, a	Estudo quantitativo, transversal, tipo <i>survey</i> .	<p>- Baixa percepção da cultura de segurança foi evidenciada por <i>scores</i> &lt;75 pontos entre 73,5% dos participantes;</p> <p>- O <i>score</i> médio foi de 62,7 e entre os domínios variou de 55,4 para a Gestão da Unidade a 76,9 para a</p>	Necessidade de ações que fortaleçam a cultura de segurança do paciente considerando a complexidade da assistência prestada no BO.

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>Enfermagem</b>		maior parte enfermeiros e médicos.		Satisfação no Trabalho; - Observou-se diferença estatística entre as categorias profissionais em diversos aspetos da cultura de segurança.	
<b>E5: Fajemilehin, Oyediran, Faronbi, &amp; Ajibade (2016) – International Journal of Caring Sciences</b>	Avaliar as práticas de segurança empregadas por enfermeiros para garantir a segurança do doente no BO.	211 enfermeiros.	Estudo transversal descritivo.	- A identificação do doente na linha vermelha como medida para garantir a segurança do paciente no BO teve a maior média (2,45 ± 1,42); - O uso do cronograma de operação para enviar o doente da enfermagem teve as maiores médias 6,91 ± 0,28, enquanto apenas 57% dos entrevistados usaram a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica da OMS; - As características sociodemográficas e profissionais são preditores de boas práticas de segurança (F4,196 = 5,047, p< 0,001).	- Os enfermeiros perioperatórios têm um bom conhecimento sobre práticas de segurança e estão envolvidos em práticas de segurança padrão no BO; - A segurança cirúrgica da OMS não foi totalmente adotada nas salas selecionadas.
<b>E6: Göras, Nilsson, Ekstedt, Unbeck, &amp; Ehrenberg (2020) – BMC Health Services Research</b>	Explorar como a complexidade é gerida, expressa por enfermeiros do BO, enfermeiros anestesiistas e cirurgiões e como esses profissionais se adaptam para criar um cuidado seguro no BO.	Três grupos de profissionais da equipa cirúrgica: enfermeiros do BO, enfermeiros anestesiistas e cirurgiões operacionais e assistentes.	Estudo exploratório qualitativo.	- Foram evidenciadas três categorias genéricas que abrangem formas de criar um cuidado seguro na sala de cirurgia: pré-condições e recursos, planeamento e preparação para o esperado e inesperado e adaptação ao inesperado; - Em cada categoria genérica, emergiu uma subcategoria comum às três profissões: coordenar e reafirmar informações, criar um plano para o paciente e preparar-se mentalmente e priorizar e resolver problemas futuros.	- A criação de um cuidado seguro no BO deve ser entendida como um processo de planeamento e preparação para gerir processos de trabalho desafiadores e complexos; - O pessoal do BO precisa de pré-condições e recursos, como ter experiência e coordenar e reafirmar informações, para dar sentido a diferentes situações. Isso requer um modelo mental, que é criado por meio de planeamento e preparação de diferentes maneiras; - Algumas situações são repetitivas e mais fáceis

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

					de planejar, mas planejar o inesperado requer antecipação da experiência; - Os principais resultados reforçam que as habilidades descritas na teoria da resiliência são utilizadas pela equipa do BO como estratégia para gerir a complexidade no BO.
<b>E7: Gutierrez, Santos, Peiter, Menegon, Sebold, &amp; Erdmann (2018) – Revista Brasileira de Enfermagem</b>	Descrever as recomendações de enfermeiros para boas práticas de segurança do paciente em centro cirúrgico.	220 enfermeiros do BO de diferentes regiões do Brasil.	Pesquisa quantitativa, do tipo descritiva e exploratória.	Obtiveram-se oito recomendações: (1) Envolvimento da equipa multiprofissional e dos gestores da instituição; (2) Estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente; (3) Utilização da <i>checklist</i> de cirurgia segura; (4) Melhoria da comunicação interpessoal; (5) Ampliação da atuação do enfermeiro; (6) Disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; (7) Procura individual por atualização profissional; e, (8) Desenvolvimento de ações de formação contínua.	O estudo conclui que as recomendações apresentadas, podem ser utilizadas como estratégias de gestão de cuidado pelos enfermeiros para a segurança do paciente no BO.
<b>E8: Habahbeh, &amp; Alkhalaleh (2020) – British Journal of Nursing</b>	Avaliar o efeito de um programa educacional de segurança cirúrgica nas atitudes dos enfermeiros em relação à segurança do paciente no BO.	66 enfermeiros do BO que trabalham em seis hospitais do Royal Medical Service em Amã, Jordânia.	Estudo com desenho intervencionista de pré e pós testes.	- As atitudes dos enfermeiros do BO em relação à cultura de segurança do paciente eram originalmente negativas, mas após o programa assistiu-se a uma melhoria significativa ( $3,3 \pm 0,20$ versus $3,8 \pm 0,30$ ); - Existe uma correlação negativa entre os anos de experiência e as atitudes dos enfermeiros em relação à segurança do paciente.	- A incorporação de cursos de cultura de segurança em programas de formação contínua pode melhorar as atitudes dos enfermeiros em relação à segurança do paciente; - Os enfermeiros devem estar qualificados para desempenhar um papel importante na criação de uma cultura de segurança do paciente.
<b>E9: Hwang (2015) – International</b>	Avaliar as competências de segurança do	459 enfermeiros de unidades de cuidados gerais	Estudo quantitativo, transversal.	- O <i>score</i> médio de competência de segurança do paciente foi de 3,3 (DP = 0,4) em 5,0; - 396 enfermeiros (86,3%) classificaram a sua	- A competência de segurança dos enfermeiros foi classificada como moderada. Em particular, os enfermeiros não tinham confiança no

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<p><b>Journal of Quality Health Care</b></p>	<p>paciente de enfermeiros hospitalares e a associação entre estas competências e o clima de segurança.</p>	<p>de enfermagem, unidades de cuidados intensivos e BO.</p>		<p>competência como acima da média;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Entre as subescalas, as pontuações de “gestão de riscos de segurança” foram as mais altas e as pontuações de “trabalho em equipa” foram as mais baixas;</li> <li>- A competência de segurança do paciente diferiu significativamente pela idade dos participantes, nível educacional, experiência clínica e posição;</li> <li>- A competência em segurança do paciente foi maior em enfermeiros mais velhos, com mestrado ou nível superior e experiência clínica de maior duração;</li> <li>- As pontuações dos gestores de enfermagem foram maiores do que as dos enfermeiros da equipa;</li> <li>- O clima de segurança foi percebido como moderado. Após ajuste para outras características individuais e organizacionais, a competência em segurança do paciente foi positivamente associada à percepção do clima de segurança.</li> </ul>	<p>trabalho em equipa;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Enfermeiros com maior competência em segurança perceberam o clima de segurança de forma mais positiva;</li> <li>- Devem ser priorizados os esforços que enfatizam o trabalho em equipa para aprimorar a competência de segurança do enfermeiro, contribuindo assim para a melhoria dos climas de segurança.</li> </ul>
<p><b>E10: Kwon, Kim, Kim, Jeon, Lee, Kang, Nam, &amp; Kim (2019) – Journal of International Medical Research</b></p>	<p>Investigar e comparar as atitudes de enfermeiros e médicos do BO em relação à segurança do paciente, realização do tempo cirúrgico e reconhecimento do</p>	<p>95 enfermeiros e 76 médicos.</p>	<p>Estudo quantitativo transversal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Existem diferenças entre médicos e enfermeiros quanto ao clima de trabalho em equipa, condições de trabalho, percepção da gestão e reconhecimento do <i>stress</i>;</li> <li>- Na realização do tempo de espera cirúrgico, os enfermeiros apresentaram maior pontuação na forma de contagem, enquanto os médicos apresentaram maior pontuação no procedimento de tempo de espera propriamente dito;</li> </ul>	<p>As diferenças de percepção entre médicos e enfermeiros precisam ser minimizadas para a segurança do paciente no BO.</p>

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

	erro de contagem.			<ul style="list-style-type: none"> <li>- Os médicos acreditavam que cooperavam ativamente com os enfermeiros, enquanto os enfermeiros acreditavam que não recebiam cooperação;</li> <li>- Os <i>scores</i> para o reconhecimento do erro de contagem foram maiores nos enfermeiros do que nos médicos. Os funcionários mais experientes da sala de cirurgia apresentaram pontuações mais altas do que os funcionários mais jovens e menos experientes.</li> </ul>	
<b>E11: Poveda, Lemos, Lopes, Pereira, &amp; Carvalho (2021) – Revista Brasileira de Enfermagem</b>	Identificar o processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da Organização Mundial da Saúde em hospitais brasileiros.	531 participantes de um Congresso de Enfermagem Perioperatória.	Estudo quantitativo transversal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 84,27% relatou a implementação da <i>checklist</i> no ambiente de trabalho;</li> <li>- Em relação à aplicação diária na etapa <i>Sign-in</i>, 79,65% dos profissionais confirmaram a identificação do paciente com dois indicadores;</li> <li>- Na etapa <i>Time-out</i>, 51,36% das cirurgias foram iniciadas independentemente da confirmação de um dos itens;</li> <li>- Na etapa <i>Sign-out</i>, 69,34% dos profissionais não contaram ou, ocasionalmente, contaram os instrumentos cirúrgicos e agulhas de sutura. Apenas 36,36% revisaram preocupações sobre a recuperação pós-operatória.</li> </ul>	Identificou necessidades de melhoria na aplicação da <i>checklist</i> na realidade brasileira para garantir procedimentos cirúrgicos mais seguros.
<b>E12: Prati, &amp; Pietrantonio (2014) – Work</b>	Avaliar as atitudes sobre o trabalho em equipa e a segurança entre cirurgiões italianos e enfermeiros do BO.	55 cirurgiões e 48 enfermeiros do BO.	Estudo quantitativo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram encontradas várias discrepâncias nas atitudes sobre trabalho em equipa e a segurança entre cirurgiões e enfermeiros do BO;</li> <li>- Os cirurgiões tiveram visões mais positivas sobre a qualidade da liderança cirúrgica, comunicação, trabalho em equipa e clima organizacional no BO do</li> </ul>	- As diferenças enfatizam a influência da cultura nacional, bem como o sistema de saúde particular, ficando evidentes discrepâncias em muitos aspetos das atitudes em relação ao trabalho em equipa e à segurança entre cirurgiões e enfermeiros do BO;

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

				<p>que os enfermeiros do BO;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Os enfermeiros do BO relataram que as regras e procedimentos de segurança foram mais frequentemente desrespeitados do que os cirurgiões.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Salienta-se a necessidade da implementação e o uso de intervenções em equipa e formação do fator humano;</li> <li>- As pesquisas de atitude fornecem um método para avaliar a cultura de segurança em cirurgia, avaliar a eficácia das iniciativas de formação e recolher dados para o programa de garantia de qualidade de um hospital.</li> </ul>
<p><b>E13: Sundler, Johansson, Johansson, &amp; Hedén (2018) – Journal of Interprofessional Care</b></p>	<p>Explorar o conteúdo e a frequência dos incidentes relatados por enfermeiros anestesistas no BO e os riscos envolvidos nesses incidentes.</p>	<p>220 episódios de incidentes relatados por enfermeiros.</p>	<p>Estudo descritivo, retrospectivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Foram evidenciadas cinco categorias: comunicação e trabalho em equipa; rotinas e orientações; cuidados para o paciente; ambiente de trabalho do enfermeiro; dispositivos, materiais e tecnologias;</li> <li>- Em 184 incidentes (73%), houve risco de dano ou dano real aos pacientes ou enfermeiros;</li> <li>- De todos os incidentes, apenas 23 (10%) causaram danos a pacientes ou enfermeiros. Poucos desses incidentes envolveram danos ao paciente (n=6), enquanto um número maior envolveu danos aos enfermeiros (n=17); - Ficou perceptível a falta de comunicação e do trabalho em equipa interprofissional como as duas áreas mais comuns para os incidentes relatados, seguidos por problemas relacionados com a falta de cumprimento de orientações e rotinas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- São necessárias estratégias para melhorar as áreas da comunicação e do trabalho em equipa;</li> <li>- Os sistemas de notificação de segurança do paciente podem ser importantes para identificar riscos na prevenção de danos a pacientes e profissionais de saúde;</li> <li>- Verificou-se que os enfermeiros procuraram prevenir danos relativos aos pacientes e não a si mesmos, sendo que uma maior atenção aos ambientes de trabalho no BO dos enfermeiros, e muito provavelmente de outros profissionais, pode ser necessária para evitar que os profissionais de saúde sejam prejudicados.</li> </ul>
<p><b>E14: Zeynep, Ayfer, Ikbal, Gozde, Tuluha,</b></p>	<p>Determinar o nível de cultura de segurança do paciente entre os</p>	<p>82 enfermeiros que trabalham no BO.</p>	<p>Estudo quantitativo e descritivo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A média de idade dos enfermeiros que participaram no estudo foi de 35,19±6,83 anos;</li> <li>- 84,1% dos enfermeiros possuía o bacharelato e a</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O nível da cultura de segurança do paciente e seus componentes estavam um pouco acima do moderado, mas ainda não está no nível</li> </ul>

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<p><b>Nuray, &amp; Suna (2020)</b> – <b>International Journal of Caring Sciences</b></p>	<p>enfermeiros que desempenham um papel ativo no BO na Turquia.</p>			<p>média de anos de trabalho na mesma instituição foi de 11,07±7,44. 58,5% dos enfermeiros tiveram formação em segurança do paciente e 42,7% tiveram formação na área da qualidade;</p> <p>- A pontuação média do PSCS (<i>PatientSafetyCultureScale</i>, em português, Escala de Cultura de Segurança do Paciente) dos enfermeiros foi de 2,38±0,36;</p> <p>- O maior <i>score</i> médio foi relativo ao comportamento da equipa (2,53±0,40), enquanto o menor foi relativo ao ambiente de cuidado (2,19±0,49).</p>	<p>desejado;</p> <p>- Os enfermeiros devem continuar a assumir a responsabilidade pela segurança do paciente no BO, melhorando a sua base de conhecimento e incorporando a mesma no seu quotidiano profissional;</p> <p>- A segurança do paciente deve ser abordada em detalhe nos programas de formação em serviço dos hospitais.</p>
--	---	--	--	--	--

## 7. Discussão

---

Tendo em conta que a presente ScR pretende aferir a percepção dos enfermeiros sobre a qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa no período perioperatório, interessa referir que, segundo os estudos contemplados, os enfermeiros têm noção de que a segurança do doente tem de ser assegurada aquando da prestação dos cuidados de enfermagem realizados no período perioperatório e que esta segurança é extremamente relevante para a qualidade dos cuidados prestados.

Contudo, nem sempre estes profissionais de saúde têm ao seu dispor as devidas condições para assegurar a segurança do doente e fica evidente a necessidade de uma formação, que se almeja contínua, sobre a qualidade e a segurança do doente. A este respeito, Arli (2020), no seu estudo onde procurou identificar o conhecimento dos membros da equipa do BO sobre a segurança do fumo cirúrgico, sendo que mais de metade dos participantes eram enfermeiros cirúrgicos, constatou que a grande maioria não frequentou nenhum programa de formação sobre segurança do fumo cirúrgico. Este estudo coloca em destaque a necessidade de existirem políticas institucionais, supervisão e programas de educação devidamente concebidos para levar o conhecimento do pessoal do BO a um nível suficiente e aumentar sua conscientização sobre saúde ocupacional e exposição ocupacional (Arli, 2020). De facto, tal como Habahbeh e Alkhalailah (2020) salientam, a incorporação de cursos de cultura de segurança em programas de formação contínua pode melhorar as atitudes dos enfermeiros em relação à segurança do paciente, onde os enfermeiros devem estar qualificados para desempenhar um papel importante na criação de uma cultura de segurança do paciente. Estas evidências vão ao encontro dos resultados obtidos por Hwang (2015), os quais demonstram que a competência de segurança do paciente diferiu significativamente pela idade dos participantes, nível educacional, experiência clínica e posição, onde a competência em segurança do paciente foi maior em enfermeiros mais velhos, com mestrado ou nível superior e experiência clínica de maior duração. Estas evidências demonstram como é importante que a formação de enfermeiros, nomeadamente, dos que atuam no BO, contemple e aborde a cultura de segurança e que estes invistam na sua formação ao longo do tempo. Conforme Zeynepet al. (2020) concluíram no seu estudo, onde procuraram determinar o nível de cultura de segurança do paciente entre os enfermeiros que desempenham um papel ativo no BO na Turquia, apesar de vários programas de formação terem sido realizados, o nível da cultura de segurança do paciente e seus componentes estavam um pouco acima do moderado, mas ainda

não estavam no nível desejado. Para estes autores, os enfermeiros devem continuar a assumir a responsabilidade pela segurança do paciente no BO, melhorando a sua base de conhecimento e incorporando a mesma na sua vida diária de trabalho, sublinhando a importância de a segurança do paciente ser abordada em profundidade nos programas de formação em serviço dos hospitais (Zeynepet al., 2020).

No mesmo sentido, Cauduroet al. (2015), ao avaliarem a perceção da segurança de enfermeiros e médicos, defrontaram-se com uma baixa perceção da cultura de segurança, realçando a necessidade de se realizarem ações que fortaleçam a cultura de segurança do paciente considerando a complexidade da assistência prestada no BO. Neste sentido, interessa referir o estudo de Habahbeh e Alkhalaileh (2020), o qual realça a importância da formação relativa à segurança do doente. Isto porque, ao avaliarem o efeito de um programa educacional de segurança cirúrgica nas atitudes dos enfermeiros em relação à segurança do paciente no BO, Habahbeh e Alkhalaileh (2020) constataram que este programa educacional teve um impacto positivo nas atitudes dos enfermeiros do BO face à cultura de segurança do doente, assistindo-se a uma melhoria significativa.

Outro aspeto que importa realçar e que foi evidenciado pelos artigos contemplados na presente ScR, é a importância que o trabalho em equipa e que a comunicação tem na garantia da segurança do doente e da qualidade dos cuidados prestados. Conforme Kwonet al. (2019), ao investigarem e compararem as atitudes de enfermeiros e médicos do BO em relação à segurança do paciente, realização do tempo cirúrgico e reconhecimento do erro de contagem, constataram que existem diferenças entre médicos e enfermeiros quanto ao clima de trabalho em equipa, condições de trabalho, perceção da gestão e reconhecimento do *stress*. Os resultados deste estudo revelam que na realização do tempo de espera cirúrgico, os enfermeiros apresentaram maior pontuação na forma de contagem, enquanto os médicos apresentaram maior pontuação no procedimento de tempo de espera propriamente dito. O mesmo é salientado por Prati e Pietrantonio (2014), que encontraram grandes diferenças nas atitudes sobre trabalho em equipa e segurança entre cirurgiões e enfermeiros do BO. Os cirurgiões tiveram visões mais positivas sobre a qualidade da liderança cirúrgica, comunicação, trabalho em equipa e clima organizacional no BO do que os enfermeiros do BO. Os enfermeiros do BO relataram que as regras e procedimentos de segurança foram mais frequentemente desrespeitados do que os cirurgiões.

No que diz respeito à contagem, torna-se evidente a necessidade de se implementar uma *checklist* no ambiente de trabalho, por forma a assegurar procedimentos cirúrgicos mais seguros (Povedaet al., 2021).

O estudo de Kwonet al. (2019), demonstrou ainda uma diferença na perceção dos médicos e dos enfermeiros, já que os médicos acreditavam que cooperavam ativamente com os enfermeiros e, por outro lado, os enfermeiros acreditavam que esta cooperação não existia. Assim, fica evidente a necessidade de se reduzirem as diferenças de perceção entre médicos e enfermeiros relativamente à segurança do paciente no BO, sendo necessária a implementação e uso de intervenções em equipa e formação do fator humano (Kwonet al., 2019; Prati, & Pietrantoni, 2014).

Além disso, uma vez que no BO prevalece o trabalho em equipa, além de se defender a diminuição das diferenças de perceção entre médicos e enfermeiros relativamente à segurança do paciente no BO, também a comunicação é importante. O mesmo é salientado por Sundleret al. (2018), que sublinham a necessidade de existirem estratégias para melhorar as áreas da comunicação e do trabalho em equipa.

O BO é um dos contextos mais complexos da área da saúde, as equipas que nele desempenham funções são altamente qualificadas e estão altamente treinadas e onde diferentes profissionais atuam numa ótica de complementaridade, recorrendo a tecnologia avançada, defrontando-se com situações de alto risco, tendo a responsabilidade de responder às necessidades do paciente (MS, 2015). Deste modo, “o trabalho em equipa multidisciplinar exige não só colaboração, mas sobretudo interação e negociação entre os seus membros, visando o desenvolvimento de capacidades de entrelaçamento multidisciplinar na construção de uma interdisciplinaridade pensada e executada na práxis de saúde e no cuidado ao ser humano. Esta interdisciplinaridade pressupõe um olhar transversal capaz de revelar aspetos antes inexplorados que se tornam presentes na interligação entre as disciplinas que compõem o mesmo «todo» de conhecimentos” (Neves, 2012, pp. 126-127).

O trabalho realizado num BO, onde trabalham vários profissionais de saúde pertencentes a diferentes categorias profissionais, entre os quais, se ressaltam os enfermeiros perioperatórios, coloca em destaque a importância do trabalho em equipa para que se alcance o resultado desejado (salvar o doente ou proporcionar-lhe o máximo possível de qualidade de vida). Até porque, no BO intervém uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro perioperatório, e onde não há margem para erro, pois um pequeno erro pode transformar-se numa ocorrência fatal, que pode culminar na morte do paciente. Deste modo, uma equipa multidisciplinar torna-se fundamental, na medida em que numa intervenção cirúrgica cada profissional desempenha uma função e realiza as respetivas tarefas, sendo o trabalho de equipa e de colaboração que permite a obtenção do desejado resultado (Pereira, 2010).

Neste sentido, a criação de um cuidado seguro no BO deve ser entendida como um processo de planeamento e preparação para gerir processos de trabalho desafiadores e

complexos (Göraset al., 2020). Portanto, os profissionais de saúde que desempenham funções no BO precisam de pré-condições e recursos, como ter experiência e coordenar e reafirmar informações, para dar sentido a diferentes situações. Isso requer um modelo mental, que é criado por meio de planejamento e preparação de diferentes maneiras (Göraset al., 2020). E o estudo de Bahar e Önler (2020) evidencia isto mesmo, ou seja, ao constatar que os *scores* de trabalho em equipa e clima de segurança dos enfermeiros do BO foram superiores aos *scores* de terapia intensiva cirúrgica e enfermeiras da enfermaria. Estes resultados demonstram que os enfermeiros do BO têm noção da importância de se garantir uma cultura de segurança, sendo que se concorda com Bohamol e Tartali (2013) quando afirmam que a enfermagem deve defender os interesses dos pacientes, conhecer os riscos inerentes ao processo cirúrgico e alertar os integrantes da equipa sobre os possíveis problemas que possam ocorrer. Também os resultados obtidos por Fajemilehinet al. (2016) revelam que os enfermeiros perioperatórios possuem um bom conhecimento sobre práticas de segurança e estão envolvidos em práticas de segurança padrão no BO, contudo, a segurança cirúrgica da OMS não foi totalmente adotada nas salas selecionadas. A este respeito, Gutierrez et al. (2018) elencam um conjunto de recomendações de enfermeiros para boas práticas de segurança do paciente em centro cirúrgico: envolvimento da equipa multiprofissional e dos gestores da instituição; estabelecimento de uma cultura de segurança do paciente; utilização da *checklist* de cirurgia segura; melhoria da comunicação interpessoal; ampliação da atuação do enfermeiro; disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; procura individual por atualização profissional e desenvolvimento de ações de formação contínua.

## **8. Conclusão**

---

Findo todo o trabalho de investigação, conclui-se que os enfermeiros perioperatórios reconhecem a importância da qualidade e da segurança dos cuidados à pessoa no período perioperatório. Contudo, a partir desta ScR constatou-se que ainda existem muitos aspetos que podem ser melhorados para se promover a qualidade e a segurança do doente.

Antes de mais, é importante que a formação dos enfermeiros perioperatórios contemple esta temática, investindo na importância que o trabalho em equipa e que a comunicação entre os diferentes profissionais que trabalham no BO têm para a qualidade em saúde e para a segurança do doente. É igualmente importante que a sua formação lhes dê a conhecer todas as normas que promovem a qualidade e a segurança do doente.

Por outro lado, denota-se que é igualmente crucial que estes profissionais tenham ao seu dispor todas as condições para puderem realizar todos os procedimentos e seguirem as normas recomendadas com vista à segurança do doente, o que nem sempre se verifica.



## CONSIDERAÇÕES FINAIS

---

A realização deste trabalho foi extremamente benéfica, estimulante e opulenta e por vários motivos.

Por um lado, e sublinhando a ideia já anteriormente referida, a realização do estágio permitiu ter contacto com uma realidade profissional – a do BO – e aplicar o conhecimento adquirido ao longo de todo o percurso formativo a uma realidade concreta, ou seja, aplicar a teoria à prática. Além disso, possibilitou a aquisição, o desenvolvimento e a consolidação de competências, sejam elas competências técnicas (*hard skills*), sejam elas competências humanas e comportamentais (*soft skills*), mais direccionadas para a forma como o profissional lida com o outro e consigo mesmo, quando confrontado com diferentes situações, pessoas e problemas. Até porque, em primeiro lugar, o BO, em específico, o BO de urgência, é um contexto de atuação do enfermeiro imprevisível e complexo, que exige deste profissional competências e conhecimentos para lidar com situações complexas. Não só pela gravidade e complexidade do estado clínico em que os doentes se encontram, como pela exigência de conhecimento técnico dos equipamentos e da tecnologia avançada que existe neste contexto. Além disso, é exigida uma grande capacidade de reação, onde decisões têm de ser tomadas de forma célere e urgente, tendo sempre em linha de conta o bem-estar do doente, a sua segurança, o seu conforto e, acima de tudo, que doente obtenha o máximo possível de qualidade de vida.

Neste sentido, pode-se dizer que o estágio constituiu uma experiência pedagógica e por isso mesmo, um momento de aprendizagem e, concomitantemente, possibilitou um processo de crescimento profissional e, ao mesmo tempo, pessoal.

Quanto à realização da investigação, esta também se assumiu um momento de aprendizagem, nomeadamente, em relação ao modo como se realizar uma investigação, quais os passos a seguir, entendendo-se que também é importante que o enfermeiro saiba como iniciar e desenvolver uma investigação.

Uma investigação parte sempre de uma inquietude, exigindo reflexão e a adoção de uma postura crítica, pelo que se pode referir que a realização desta investigação também contribuiu para o desenvolvimento de uma atitude mais reflexiva, mais crítica e o conhecimento dela derivado, contribuiu para uma prática assente na evidência científica.

Para além do mais, o facto de se ter realizado um estudo, neste caso, uma ScR, também se teve a oportunidade de aprofundar o conhecimento em matéria da qualidade e da

segurança do doente, o que é importante para a prática profissional e o que também realçou a importância que o enfermeiro assume na segurança e conforto do doente em situação perioperatória.

Por fim, mas não menos importante, os resultados obtidos através do estudo realizado, realçam-nos a importância da formação contínua dos enfermeiros perioperatórios, bem como a necessidade da sua formação contemplar a segurança e o conforto do doente perioperatório.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório*. ACSS.
- Alarcão, I. (1996). Reflexão crítica sobre o pensamento de D. Schön e os programas de formação de professores. In I. Alarcão (Org.), *Formação Reflexiva de Professores* (pp. 10-39). Porto Editora.
- Ângelo, S. (2015). *Segurança do Doente no Intraoperatório. Competências do Enfermeiro Circulante*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.
- Araújo, L. (2017). A Arte de Pesquisar: estratégias de busca e fontes de informação (BIREME, Portal Capes, etc.). [https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22802/2/va\\_Danielli\\_Luciana\\_ICICT\\_Portal-Bireme\\_2017.pdf](https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/22802/2/va_Danielli_Luciana_ICICT_Portal-Bireme_2017.pdf).
- Arli, S. (2020). Knowledge of the Operating Room Team Members about Surgical Smoke Safety. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 489-496.
- Aromataris, E., & Munn, Z. (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2015). *Standards of Perioperative Nursing*. AORN.
- Azevedo, L., Sousa, A., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12-22.
- Bahar, S., & Önlü, E. (2020) Turkish Surgical Nurses' Attitudes Related to Patient Safety: A Questionnaire Study. *Nigerian Journal of Clinical Practice*, 23, 470-475.
- Barreto, R., & Barros, A. (2009). Conhecimento e promoção de assistência humanizada no centro cirúrgico. *Revista SOBECC*, 14(1), 42-50.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado A Perito: Excelência E Poder Na Prática Clínica De Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Benner, P., Tanner, C., & Chesla, C. (2009). *Expertise in nursing practice: caring, clinical judgment and ethics*. Springer.

- Bilbao, M., & Fragata, I. (2006). Gestão do Bloco Operatório. In J. Fragata (Ed.), *Risco clínico, Complexidade e performance*. Almedina.
- Biscaia, L. (2000). Qualidade em Saúde: uma perspectiva conceptual. *Qualidade em Saúde*, 0, 6-10.
- Bohomol, E., & Tartali, J. (2013). Eventos adversos em paciente cirúrgicos: conhecimento dos profissionais de enfermagem. *Acta Paulista de Enfermagem*, 26(4), 376-381.
- Bowden, T., & Smith, D. (2017). An overview of adult cardiopulmonary resuscitation equipment. *Nursing Standard*, 31(23), 54-63.
- Cabral, D. (2004). *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória: contributos para a sua implementação*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático (10), 3-10.
- Cauduro, F., Sarquis, L., Sarquis, L., & Cruz, E. (2015). Safety Culture Among Surgical Center Professionals. *Cogitare Enfermagem*, 20(1), 128-137.
- Centro de Apoyo al Desempeño Académico, Universidad del Desarrollo. (2018). Guía para definir objetivos basada en el método SMART. <https://cada.udd.cl/files/2018/11/2.-B-.pdf>.
- Christóforo, B., & Carvalho, D. (2009). Cuidados de enfermagem realizados ao paciente cirúrgico no período pré-operatório. *Revista Escola de Enfermagem USO*, 43(1), 14-22.
- Conselho de Enfermagem. (2001). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento Conceptual, Enunciados Descritivos. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Cordeiro, L., & Soares, C. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 20(2), 37-43.
- Couto, R., & Pedrosa, T. (2003). *Hospital, gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade. Viabilizando a sobrevivência*. Editora Médica e Científica.
- Crosby, P. (1979). *Quality is free*. Mentor/New American Library.
- Curi, C., & Peniche, A. (2004). Enfermeiro Anestesiologista: Uma Verticalização do Enfermeiro Perioperatório. *Revista SOBECC*, 9(3), 9-13.
- Decreto-Lei nº 104/98 de 21 de abril (1998). Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o respetivo Estatuto. Diário da República I-A Série, Nº 93 (21-04-1998) (1739-1757).

- Decreto-Lei nº 161/96 de 4 de novembro (1996). Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República I-A Série, Nº 205 (04-11-1996) (2959-2962).
- Decreto-Lei nº 326/2007 de 28 de setembro (2007). Cria o Centro Hospitalar do Porto, E. P. E., e o Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E. P. E., e aprova os respectivos Estatutos. Diário da República I Série, Nº 188 (28-09-2007) (6996-6998).
- Denton, B., Viapiano, J., & Vogl, A. (2007). Optimization of surgery sequencing and scheduling decisions under uncertainty. *HealthCare Management Science*, 10(1), 13-24.
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.
- Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). Aprova a Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde 2015-2020. Diário da República II Série, Nº 102 (27-05-2015) (13550-13553).
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II Série, Nº 187 (24-09-2021) (96-103).
- Direção-Geral da Saúde. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência da Infeção*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma nº 029/2012 de 28/12/2012 atualizada a 31/10/2013 – Precauções Básicas do Controlo da Infeção (PBCI)*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2017). *Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos*. DGS. [https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS\\_PCIRA\\_V8.pdf](https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/12/DGS_PCIRA_V8.pdf)
- Donabedian, A. (1986). La investigación sobre la calidad de la atención médica. *Salud Publica de Mexico*, 29, 324-332.
- Donabedian, A. (1990). The Seven pillars of quality. *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 114(11), 1115-1118.
- Fajemilehin, B., Oyedirán, O., Faronbi, J., & Ajibade, B. (2016). Safety Practices Employed By Perioperative Nurses In Selected Tertiary Health Institutions In South Western Nigeria. *International Journal of Caring Sciences*, 9(2), 579-595.
- Feigenbaum, A. (1986). *Total Quality Control*. McGraw-Hill.
- Feu, R., & Maciel, A. (2008). A visita sistematizada de enfermagem pré e pós-operatória no atendimento das necessidades do paciente. *Revista SOBECC*, 13(2), 24-31.

- Fleury, M., & Fleury, A. (2001). Construindo o conceito de competência. *Revista de Administração Contemporânea*, 5(Esp.), 183-196.
- Fortin, M. (2003). *O Processo de Investigação – Da Concepção à Realização*. Lusociência.
- Fragata, J. (2010). A segurança dos doentes – Indicador de Qualidade em Saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26, 564-570.
- Fragata, J., & Martins, L. (2005). *O erro em Medicina*. Edições Almedina.
- Frederico, M., & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. Editora FORMASAU.
- Garrido, A. (2004). *A Supervisão clínica e a qualidade de vida dos enfermeiros*. [Dissertação de Mestrado]. Departamento de Didática e Tecnologia Educativa da Universidade de Aveiro.
- Giarelli, G. (2002). Le connessioni possibili: i sistemi di miglioramento della qualità. In C. Cipolla et al. (Orgs.), *Valutare la qualità in sanità* (pp. 430-437). Angeli.
- Gillespie, B., & Hamlin, L. (2009). A synthesis of the literature on "competence" as it applies to perioperative nursing. *AORN Journal*, 90(2), 245-58.
- Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2018). Processos de qualidade assistencial no bloco operatório – validação de uma escala. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 352-367.
- Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2020). Percepção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, V (1), 1-19.
- Gomes, P. (2004). A evolução do conceito de qualidade: dos bens manufaturados aos serviços de informação. *Cadernos BAD*, 2, 6-18.
- Göras, C., Nilsson, U., Ekstedt, M., Unbeck, M., & Ehrenberg, A. (2020). Managing complexity in the operating room: a group interview study. *BMC Health Services Research*, 20, 1-12.
- Gotardo, J., Silveira, R., & Galvão, C. (2008). Hipotermia no perioperatório: análise da produção científica nacional de enfermagem. *Revista SOBECC*, 13(2), 40-8.
- Grant, M., & Booth, A. (2009). A typology of reviews: an analysis of 14 review types and associated methodologies. *Health Information & Libraries Journal*, 26(2), 91-108.
- Guimarães, M., Freire, E., Silva, D., Pereira, M., & Alves, M. (2016). Mapeamento de processo: fluxo instrumental de cirurgias vídeo assistidas. *Revista de Enfermagem UFPE Online*, 10(3), 1162-1169.
- Gutierrez, L., Santos, J., Peiter, C., Menegon, F., Sebold, L., & Erdmann, A. (2018). Boas práticas para segurança do paciente em centro cirúrgico: recomendações de enfermeiros. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(Supl. 6), 2940-2947.

- Habahbeh, A., & Alkhalailah, M. (2020). Effect of an educational programme on the attitudes towards patient safety of operation room nurses. *British Journal of Nursing*, 29(4), 222-228.
- Hesbeen, W. (2004). *Cuidar neste mundo: contribuir para um universo mais cuidador*. Lusociência.
- Hofhuis, J., Spronk, P., Stel, H., Schrijvers, A., Rommes, J., & Bakker, J. (2008). Experiences of critically ill patients in the ICU. *Intensive and Critical Care Nursing*, 24(5), 300-313.
- Hwang, J.-I. (2015). What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. *International Journal of Quality in Health Care*, 27(3), 232-238.
- Instituto Português de Qualidade. (2005). NP EN ISO 9000: 2005 – Sistemas de gestão da qualidade. Fundamentos e Vocabulário. <https://www.forma-te.com/mediateca-de-formacao/viewdownload/65-qualidade/19216-norma-portuguesa-en-iso-9000-2005>.
- Joanna Briggs Institute. (2015). *Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015*. JBI.
- Klaus, P. (2007). *The hard truth about soft skills*. Harper Collins.
- Kwon, E., Kim, Y., Kim, S., Jeon, S., Lee, E., Kang, H.-Y., Nam, S., & Kim, M. (2019). A comparative study on patient safety attitude between nurses and doctors in operating rooms. *Journal of International Medical Research*, 48(4), 1-12.
- Lamiri, M., Dreoj, J., & Xiaolan, X. (2007). Operating Room Planning with Random Surgery Times. In *IEEE International Conference on Automation Science and Engineering*. <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.331.768&rep=rep1&type=pdf>.
- Landesberg, P. (1999). In the beginning, there were Deming and Juran. *The Journal for Quality & Participation*, 58-61.
- Lourenço, M. (2004). Cuidar no Bloco Operatório. *Nursing*, 15(187), 25-28.
- Margato, C., Oliveira, D., & Leite, L. (2006). *Um novo paradigma de desenvolvimento profissional: valorização de percursos e competências*. II Congresso da Ordem dos Enfermeiros. Ordem dos Enfermeiros.
- Marshall Junior, I. (2003). *Gestão da Qualidade*. Editora FGV.
- Martins, M. (2003). *Identificação e aplicação a blocos operatórios de Key Performance Indicators*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Nacional de Saúde Pública da Universidade Nova de Lisboa.
- Matos, I. (2011). *Aplicação de técnicas Lean Services no bloco operatório de um hospital*. [Dissertação de Mestrado]. Escola de Engenharia da Universidade do Minho.

- Meleis, A. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company.
- Meleis, A. (2015). Transitions theory. In M. Smith, & M. Parker, *Nursing Theories and Nursing Practice* (pp. 361-380). F. A. Davis Company.
- Mezomo, J. (2001). *Gestão da Qualidade na Saúde: Princípios Básicos*. Manole.
- Ministério da Saúde. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios – Relatório Final*. Ministério da Saúde.
- Mota, A., & Castilho, A. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência, IV* (21), 67-78.
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021a). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, V* (6), e20134.
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021b). Ambiente de Prática e a Segurança do Doente no Bloco Operatório: Dimensões Preditoras. *Cogitare Enfermagem, 26*, e82289.
- Negreiros, R., & Lima, V. (2018). Importância do Estágio Supervisionado para o Académico de Enfermagem no Hospital: compartilhando experiências vivenciadas com a equipe de trabalho. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, 16*(2), 1-7.
- Neves, M. (2012). O papel dos enfermeiros na equipa multidisciplinar em Cuidados de Saúde Primários – Revisão sistemática da literatura. *Revista de Enfermagem Referência, III* (8), 125-134.
- Nunes, P. (2012). *Riscos no Bloco Operatório. Realidades que podem Influenciar a Gestão*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Lisboa.
- Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Nunes, L. (2020). *Aspetos Éticos na Investigação de Enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Oliveira, O. (2009). Gestão da Qualidade: Introdução à História e Fundamentos. In O. Oliveira (Ed.). *Gestão da Qualidade: tópicos avançados* (pp. 3-20). Cengage Learning.
- Oliveira, J. (2011). *Na Conquista da Especialização em Enfermagem*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Católica Portuguesa; Instituto de Ciências da Saúde.
- Ordem dos Enfermeiros. (2006). Tomada de Posição sobre Segurança do Cliente. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao\\_2Maio2006.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/TomadaPosicao_2Maio2006.pdf)

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Parecer CJ 75/2008. Processo de Integração no Serviço. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer75\\_2008\\_processo\\_integracao\\_servi%C3%A7o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer75_2008_processo_integracao_servi%C3%A7o.pdf)
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf).
- Organização Mundial da Saúde. (2009). *Manual de implementação. Lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS*. OMS.
- Organização Mundial da Saúde. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde. Uma abordagem prática para formular políticas e estratégias destinadas a melhorar a qualidade dos cuidados de saúde*. OMS.
- Park, K., & Dickerson, C. (2009). Can efficient supply management in the operating room save millions? *Current Opinion in Anaesthesiology*, 22(2), 242-248.
- Paula, M. (2019). *O Processo de Integração do Enfermeiro Circulante em Contexto Perioperatório*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
- Pellizon, R. (2004). Pesquisa na área da saúde: 1 – base de dados DeCS (Descritores em Ciências da Saúde). *Acta Cirúrgica Brasileira*, 19(2), 153-163.
- Pereira, A. (2019). Conceito de Infecção Hospitalar. In A. Duarte & O. Martins (Orgs.), *Controlo da Infecção Hospitalar* (pp. 15-20). Lidel.
- Pereira, L. (2003). Qualidade: ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde. *Qualidade em Saúde*, 7, 3-8.
- Pereira, H. (2014). *Modelo de Gestão do Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade Autónoma de Lisboa.
- Pereira, M. (2010). *Dinâmicas e Perceções sobre Trabalho de Equipa: Um Estudo em Ambiente Cirúrgico*. [Dissertação de Mestrado]. Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade da Beira Interior.
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). *Chapter 11: Scoping Reviews (2020 version)*. In E. Aromataris, & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. The Joanna Briggs Institute.

- Piccoli, M., & Galvão, C. (2001). Enfermagem Perioperatória: Identificação do Diagnóstico de Enfermagem Risco para Infecção Fundamentada no Modelo Conceitual de Levine. *Revista Latino-Americana*, 9(4),37-43.
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático (10), 27-39.
- Pina, E., Ferreira, E., & Uva, M. (2014). *Infecções associadas aos cuidados de saúde*. [https://www.researchgate.net/publication/303550615\\_Infecoes\\_associadas\\_aos\\_cuidados\\_de\\_saude](https://www.researchgate.net/publication/303550615_Infecoes_associadas_aos_cuidados_de_saude)
- Pires, A. (2008). Ética e Cuidar em Enfermagem. *Sinais Vitais*, 72. <https://www.forumenfermagem.org/dossier-tecnico/revistas/sinais-vitais/item/3419-etica-e-cuidar-em-enfermagem#.YHFBdTKSIPY>
- Pisco, L., & Biscaia, L. (2001). Qualidade de cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 2, 43-51.
- Ponte, C. (2017). *Cuidados Integrals à Pessoa em Situação Crítica: dos cuidados emergentes aos cuidados ao doente submetido a cirurgia cardíaca*. [Relatório de Estágio]. Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny.
- Poveda, V., Lemos, C., Lopes, S., Pereira, M., & Carvalho, R. (2021). Implementação de checklist de segurança cirúrgica no Brasil: estudo transversal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2), e20190874.
- Prati, G., & Pietrantonio, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, 49, 669-677.
- Ramos, E., & Bento, S. (2016). As competências: quando e como surgiram. In M. Ceitil (Ed.), *Gestão e desenvolvimento de competências* (pp. 87-118). Edições Sílabo.
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coord.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 3-10). Lidel.
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II, Nº 26 (06-02-2019) (4744-4750).
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. Diário da República II, Nº 135 (16-07-2018) (19359-19368).

- Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República II, Nº 131 (08-07-2022) (179-182).
- Ribeiro, O., Cunha, M., Duarte, J., Ferreira, A., Ferreira, A., Venício, D., Fernandes, S., Carrulo, S., & Pina, G. (2014). A Segurança do Doente em Cuidados Paliativos: Perceção dos Profissionais de Saúde. *Millenium*, 47, 173-189.
- Robles, M. (2012). Executive perceptions of the top 10 soft skills needed in today's workplace. *Business Communication Quarterly*, 75(4), 453-465.
- Roemer, M., & Aguilar, C. (1988). *Evaluación y garantía de la calidad en la atención primaria de salud*. Organización Mundial da Saúde.
- Rosário, P., González-Pienda, J., & Pérez, J. (2006). *Cartas do Gervásio ao seu Umbigo. Comprometer-se com o estudar na Universidade*. Almedina.
- Rumrill, P., Fitzgerald, S., & Merchant, W. (2010). Using scoping literature reviews as a means of understanding and interpreting existing literature. *Work*, 35, 399-404.
- Saadani, N., Guinet, A., & Chaabane, S. (2006). Ordonnancement des blocs opératoires. In *Mosim: Conference Francophone de Modélisation et Simulation – Actes*. Rabat.
- Sale, D. (1998). *Garantia da Qualidade nos Cuidados de Saúde: para os profissionais da equipa de saúde*. Principia, Publicações Universitárias e Científicas.
- Salvador, P., Alves, K., Costa, T., Lopes, R., Oliveira, L., & Rodrigues, C. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção da Saúde*, 6, 01-08.
- Samuelson, K. (2011). Un pleasant and pleasant memories of intensive care in adult mechanically ventilated patients – Findings from 250 interviews. *Intensive and Critical Care Nursing*, 27(2), 76-84.
- SEBRAE (s.d.). Guia completo para definir metas SMART pós-pandemia. [https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0kcfs\\_rf4AhUBQ\\_EDHVlzDc8QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Ftreinamento.alfatransportes.com.br%2Fpluginfile.php%2F473%2Fmod\\_glossary%2Fattachment%2F28%2FEbook%2520-%2520Guia-completo-para-definir-metas-SMART-pos-pandemia.pdf&usg=AOvVaw0N57VL90wkiqu9UPKU0R3w](https://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwj0kcfs_rf4AhUBQ_EDHVlzDc8QFnoECAUQAQ&url=https%3A%2F%2Ftreinamento.alfatransportes.com.br%2Fpluginfile.php%2F473%2Fmod_glossary%2Fattachment%2F28%2FEbook%2520-%2520Guia-completo-para-definir-metas-SMART-pos-pandemia.pdf&usg=AOvVaw0N57VL90wkiqu9UPKU0R3w).
- Serapioni, M. (1999). Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais. *Saúde em Debate*, 53, 81-92.
- Serra, M. (2008). Aprender a ser enfermeiro. Identidade profissional em estudantes de enfermagem. *Revista de Ciências da Educação*, 5, 69-80.

- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, 3, 15-23.
- Shaw, C., & Kalo, I. (2002). *A Background for National Quality Policies in Health Systems*. WHO Regional Office for Europe.
- Silva, A. (2017). *Avaliação da Satisfação e Fidelização de Clientes da Unidade de Saúde Oral dos Serviços de Assistência Médico Social (SAMS)*. [Dissertação de Mestrado]. ISCTE Instituto Universitário de Lisboa.
- Silva, M. (2006). Acolhimento do doente no Bloco Operatório. *Nursing*, 16(208), 36-41.
- Silva, T. (2014). Intervenções do Enfermeiro Perioperatório para a prevenção da Infecção do Local Cirúrgico durante o período intraoperatório. *Percursos*, 30, 41-52.
- Sousa, C., & Turrini, R. (2013). Avanços no papel do enfermeiro de centro cirúrgico. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 7(esp), 6288-6293.
- Sundler, A., Johansson, E., Johansson, L., & Hedén, L. (2018). Incidents reported by nurse anaesthetists in the operating room. *Journal of Interprofessional Care*, 32(6), 699-705.
- Swiatkiewicz, O. (2014). Competências transversais, técnicas ou morais: um estudo exploratório sobre as competências dos trabalhadores que as organizações em Portugal mais valorizam. *Cadernos EBAPE.BR*, 12(3), 663-687.
- Teixeira, C. (1997). Projeto de um Guia de Integração para Enfermeiros Chefes de um Hospital Distrital. *Revista Servir*, 21-33.
- Teixeira, M. (2018). *Integração de Enfermeiros no Bloco Operatório: criação de um dispositivo de formação*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto de Educação da Universidade de Lisboa.
- Tricco, A., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M., Garrity, C., Lewin, S., Godfrey, C., Macdonald, M., Langlois, E., Soares Weiser, K., Moriarty, J., Clifford, T., Tunçalp, Ö., & Straus, S. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467-473.
- Uva, A., Sousa, P., & Serranheira, F. (2010). A segurança do doente para além do erro médico ou do erro clínico. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. Temático (10), 1-2.
- Vuori, H. (1991). A qualidade da saúde. *Divulgação em saúde para debate*, 3, 17-25.
- Zairi, M., & Baidoun S. (2003). Understanding the essentials of total quality management: a best practice approach. *Bradford University School of Management*, 3(3), 1-28.

Zeynep, T., Ayfer, O., Ikbal, C., Gozde, T., Tuluha, A., Nuray, A., &Suna, O. (2020). Determining the Patient Safety Culture of Operating Room Nurses in Turkey. *InternationalJournalofCaringSciences*, 13(1), 708-715.



## **ANEXOS**

---



## Anexo 1: Certificado de Participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022



### Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

**Cláudia Vanessa da Silva Brás**

Participou no **Congresso Internacional de Controlo de Infecção 2022**

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 31 de Março e 01 de Abril de 2022,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 04 de abril de 2022

A Presidente do Congresso  
**Margarida Ferreira**

O Diretor da Entidade Formadora  
**Josué Morais**





**Anexo 2: Certificado de Apresentação da Comunicação Livre em forma de Poster:  
*Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e  
Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória***





### Anexo 3: Certificado de Participação no CMIN Summit'21: Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI





## Anexo 4: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: *Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care*



### Certificado

Certifica-se, para os devidos efeitos, que a comunicação científica

**Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care**

De que são autores:

**Raquel Moreira; Cláudia Brás**

Foi apresentada sob a forma de **Comunicação Oral** no **CMIN Summit'21 – Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI**, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de outubro de 2021 em formato híbrido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Porto, 15 de outubro de 2021

Prof. Doutor Caldas Afonso  
Diretor do CMIN

Prof. Doutor António Tomás Pereira  
(Diretor Departamento Mulher e da  
Medicina Reprodutiva)

Maria Luísa Tavares  
Referência Gestora CMIN (CHUP)





## Anexo 5: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: *ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services*



### Certificado

Certifica-se, para os devidos efeitos, que a comunicação científica

**ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services**

De que são autores:

**Cláudia Brás; Raquel Moreira; Daniel Cunha; Liliana Moreira; Sara Valente; Isabel Ribeiro; Fernanda Cardoso**

Foi apresentada sob a forma de **Comunicação Oral** no **CMIN Summit'21 – Nascere Crescer Saudável no Séc. XXI**, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de outubro de 2021 em formato híbrido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Porto, 15 de outubro de 2021

Prof. Doutor Caldas Azeite  
Diretor do CMIN

Prof. Doutor António Tomás Pereira  
[Diretor Departamento Mulher e da  
Medicina Reprodutiva]

Maria João Tinoco  
[Enfermeira Gestora CMIN (CHUP)]





## Anexo 6: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: *CyberBullying in Children and Youth*



### Certificado

Certifica-se, para os devidos efeitos, que a comunicação científica

#### **CyberBullying in Children and Youth**

De que são autores:

**Ribeiro, Isabel;** Cardoso, Fernanda; Moreira, Raquel; Moreira, Lilliana; Brás, Claudia; Valente, Sara; Cunha, Daniel

Foi apresentada sob a forma de **Comunicação Oral** no **CMIN Summit'21 – Nascere Crescer Saudável no Séc. XXI**, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de outubro de 2021 em formato híbrido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Porto, 15 de outubro de 2021

  
Prof. Doutor Caldas Afonso  
Diretor do CMIN

  
Prof. Doutor António Tomás Pereira  
(Diretor Departamento Mulher e da  
Medicina Reprodutiva)

  
Maria Joana Tavares  
Professora Gestora CMIN (CHUP)





## Anexo 7: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral: *MOANS and LEMON Methods to Help Predict a Difficult Airway*



### Certificado

Certifica-se, para os devidos efeitos, que a comunicação científica

#### **MOANS and LEMON Methods to Help Predict a Difficult Airway**

De que são autores:

**Ribeiro, Isabel;** Cardoso, Fernanda; Moreira, Raquel; Moreira, Liliana; Brás, Cláudia; Valente, Sara; Cunha, Daniel

Foi apresentada sob a forma de **Comunicação Oral** no **CMIN Summit'21 – Nascer e Crescer Saudável no Séc. XXI**, que decorreu nos dias 13, 14 e 15 de outubro de 2021 em formato híbrido no Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, no Porto.

Porto, 15 de outubro de 2021

  
Prof. Doutor Caldas Afonso  
Diretor do CMIN

  
Prof. Doutor António Tomás Pereira  
(Diretor Departamento Mulher e da  
Medicina Reprodutiva)

  
Mirta Joana Tavares  
Enfermeira Gestora CMIN (CHUP)





## Anexo 8: Certificado de Apresentação do E-Poster: *Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia*





## Anexo 9: Certificado de Participação no Congresso *O Norte da Anestesia 2021*



Certifica-se que

**Claudia Vanessa Da Silva Bras**

Esteve presente no congresso *O Norte da Anestesia 2021*,  
que se realizou online nos dias 19 de 20 de novembro.

13-05-2022

Dra. Carla Bentes  
Presidente do Congresso  
Diretora do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de V.N.Gaia/Spinho, EPE

Dr. Fernando Abelho  
Diretor do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar de S. João, EPE

Dr. Humberto Machado  
Diretor do Serviço de Anestesiologia  
Centro Hospitalar do Porto, EPE



**Anexo 10: Certificado de Participação no VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**



**VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**  
**XXIV Congresso APNEP**  
**VII Simpósio Internacional de Enfermagem**

**CERTIFICADO**  
**PARTICIPAÇÃO**  
**Cláudia Vanessa da Silva Brás**

Certifica-se para os devidos efeitos que **Cláudia Vanessa da Silva Brás**, esteve presente no **VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos**, realizado Online, nos dias a 19 e 20 de fevereiro de 2022. (Duração: 20 horas).

**19 e 20 Feb 2022**

**ORGANIZAÇÃO:**





## Anexo 11: Certificado de Apresentação do Póster: *Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000-2020*



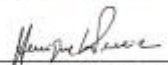
V CONFERÊNCIA INTERNACIONAL  
DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE  
das tecnologias à disseminação científica  
V International Conference of Health Research  
V Conferencia Internacional de Investigación en Salud

### Certificado

Certifica-se que o Póster "Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000 - 2020" da autoria de Maribel Lei; Cláudia Vanessa Brás; Liliana Santos; Maria Goreti Andrade; Mariana Rocha; Rute Isabel Oliveira e Susana Pepino, foi apresentado por Maribel Lei na "V CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: das tecnologias à disseminação científica" realizada nos dias 08 e 09 de abril de 2021, via online na Plataforma Microsoft Teams.

Oliveira de Azeméis, 09 de abril de 2021

O Presidente da ESSNorteCVP

  
Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID

  
Prof. Doutora Liliana Moita





**Anexo 12: Certificado de Participação na V Jornada de Enfermagem Perioperatória de Leiria – Enfermagem Perioperatória 2030, Pensar o futuro, construir o presente**





### Anexo 13: Certificado de Apresentação do Póster Científico: *ISBAR* como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem






## **APÊNDICES**

---



**Apêndice 1: Checklist do Carro Pediátrico**



Centro Hospitalar  
do Porto

Centro Hospitalar Universitário do Porto, IP

IM.BO(HSA).GER.028

Pág. 1 de 1

---

**Checklist da configuração do carro de anestesia pediátrico**

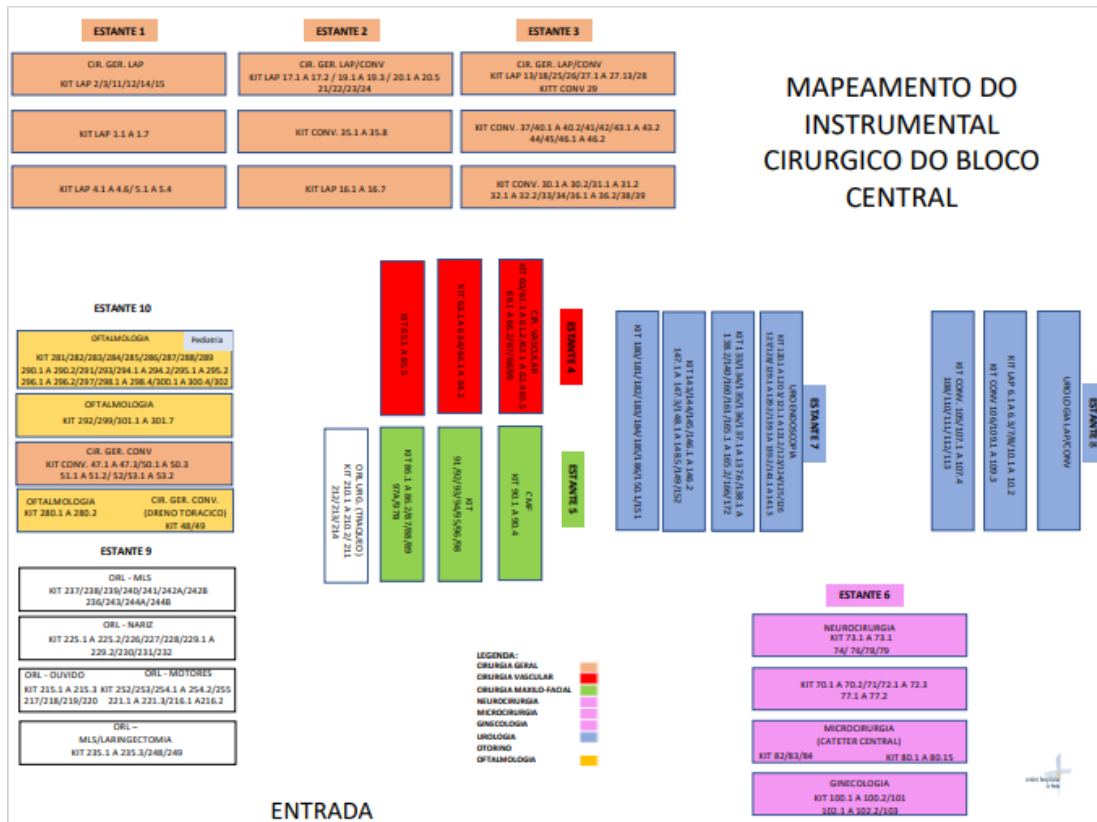
<p><b>1ª GAVETA – MATERIAL DE PUNÇÃO</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sistemas soro Infusomat</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Prolongador c/ torneira</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Regulador de Gotas Driflow</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Válvulas Anti-retorno</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Torneira 3 vias</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Eléctrodos pediátricos</td><td>Vários</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Agulhas p/ punção caudal 22 e 25G</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tubos Colheita Hemograma Ped</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tubos Colheita Bioquímica urgência</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tubos Colheita Ext. Coagulação Ped.</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Emia</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cateter Venoso 26G, 24G, 22G</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Venistrem – Externão c/ adaptador</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Neosinefrina 0,25% gts</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Intraóssea nº 14 + nº 16</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ligadura elástica 5cm</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tegaderm peq. IV3000</td><td>Vários</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Sistemas soro Infusomat	2	<input type="checkbox"/>	Prolongador c/ torneira	2	<input type="checkbox"/>	Regulador de Gotas Driflow	2	<input type="checkbox"/>	Válvulas Anti-retorno	2	<input type="checkbox"/>	Torneira 3 vias	2	<input type="checkbox"/>	Eléctrodos pediátricos	Vários	<input type="checkbox"/>	Agulhas p/ punção caudal 22 e 25G	2 cada	<input type="checkbox"/>	Tubos Colheita Hemograma Ped	3 cada	<input type="checkbox"/>	Tubos Colheita Bioquímica urgência	3 cada	<input type="checkbox"/>	Tubos Colheita Ext. Coagulação Ped.	3 cada	<input type="checkbox"/>	Emia	1	<input type="checkbox"/>	Cateter Venoso 26G, 24G, 22G	3 cada	<input type="checkbox"/>	Venistrem – Externão c/ adaptador	3	<input type="checkbox"/>	Neosinefrina 0,25% gts	1	<input type="checkbox"/>	Intraóssea nº 14 + nº 16	2	<input type="checkbox"/>	Ligadura elástica 5cm	1	<input type="checkbox"/>	Tegaderm peq. IV3000	Vários	<input type="checkbox"/>	<p><b>2ª GAVETA – MATERIAL DE INTUBAÇÃO</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Cabo Laringoscópio "FINO"</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Laminas Mackintosh nº 1, nº2</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Laminas retas nº 0, nº 1</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mandril Ped/Neo</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pilhas p/ laringoscópio</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Filtro neonatal +3, +3,5</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Filtro mini</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Filtro micro</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cotovelo</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Kit mini-track</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Adesivo micropone</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Pinça Magull (Peq + Grd)</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fita Nastro</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Gel saquetas</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Cabo Laringoscópio "FINO"	1	<input type="checkbox"/>	Laminas Mackintosh nº 1, nº2	1 cada	<input type="checkbox"/>	Laminas retas nº 0, nº 1	1 cada	<input type="checkbox"/>	Mandril Ped/Neo	1 cada	<input type="checkbox"/>	Pilhas p/ laringoscópio	2	<input type="checkbox"/>	Filtro neonatal +3, +3,5	2 cada	<input type="checkbox"/>	Filtro mini	3	<input type="checkbox"/>	Filtro micro	3	<input type="checkbox"/>	Cotovelo	2	<input type="checkbox"/>	Kit mini-track	1	<input type="checkbox"/>	Adesivo micropone	1	<input type="checkbox"/>	Pinça Magull (Peq + Grd)	1 cada	<input type="checkbox"/>	Fita Nastro	1	<input type="checkbox"/>	Gel saquetas	3	<input type="checkbox"/>
Sistemas soro Infusomat	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Prolongador c/ torneira	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Regulador de Gotas Driflow	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Válvulas Anti-retorno	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Torneira 3 vias	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Eléctrodos pediátricos	Vários	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Agulhas p/ punção caudal 22 e 25G	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Colheita Hemograma Ped	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Colheita Bioquímica urgência	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Colheita Ext. Coagulação Ped.	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Emia	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cateter Venoso 26G, 24G, 22G	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Venistrem – Externão c/ adaptador	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Neosinefrina 0,25% gts	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Intraóssea nº 14 + nº 16	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ligadura elástica 5cm	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tegaderm peq. IV3000	Vários	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cabo Laringoscópio "FINO"	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Laminas Mackintosh nº 1, nº2	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Laminas retas nº 0, nº 1	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mandril Ped/Neo	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Pilhas p/ laringoscópio	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Filtro neonatal +3, +3,5	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Filtro mini	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Filtro micro	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cotovelo	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Kit mini-track	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Adesivo micropone	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Pinça Magull (Peq + Grd)	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Fita Nastro	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Gel saquetas	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<p><b>3ª GAVETA – MATERIAL VIA AÉREA</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Mascaras Faciais nº 0, nº 1, nº 2, nº3</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cápsula Nasal Ped.</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mascara O2 Ped.</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Prolongador de O2</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mascara alto Debito Ped</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mascara nebulização Ped</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Guardell nº000, nº 00, nº 0, nº1, nº1,5</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Conesões X</td><td>5</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Balões 0,5 L; 1L; 1,5L</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Mascaras Faciais nº 0, nº 1, nº 2, nº3	3 cada	<input type="checkbox"/>	Cápsula Nasal Ped.	2 cada	<input type="checkbox"/>	Mascara O2 Ped.	2	<input type="checkbox"/>	Prolongador de O2	2	<input type="checkbox"/>	Mascara alto Debito Ped	2	<input type="checkbox"/>	Mascara nebulização Ped	2	<input type="checkbox"/>	Guardell nº000, nº 00, nº 0, nº1, nº1,5	3 cada	<input type="checkbox"/>	Conesões X	5	<input type="checkbox"/>	Balões 0,5 L; 1L; 1,5L	2 cada	<input type="checkbox"/>	<p><b>4ª GAVETA – MATERIAL DE MONITORIZAÇÃO</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Diâmetro onlha (falta)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cabo ECG 3 Derivações + Externão</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Braçadeira de Pediátrica: Azul escuro (9-14cm)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Verde (12-19cm)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Azul (17-25)</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Termómetro cutâneo</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Termómetro esofágico</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Termómetro digital</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Eléctrodos neonatais</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Eléctrodos BIS Pediátricos</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Neuroestimulador Pediátrico</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Diâmetro onlha (falta)	1	<input type="checkbox"/>	Cabo ECG 3 Derivações + Externão	1	<input type="checkbox"/>	Braçadeira de Pediátrica: Azul escuro (9-14cm)	1	<input type="checkbox"/>	Verde (12-19cm)	1	<input type="checkbox"/>	Azul (17-25)	1	<input type="checkbox"/>	Termómetro cutâneo	1	<input type="checkbox"/>	Termómetro esofágico	1	<input type="checkbox"/>	Termómetro digital	1	<input type="checkbox"/>	Eléctrodos neonatais	2	<input type="checkbox"/>	Eléctrodos BIS Pediátricos	3	<input type="checkbox"/>	Neuroestimulador Pediátrico	1	<input type="checkbox"/>																																	
Mascaras Faciais nº 0, nº 1, nº 2, nº3	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cápsula Nasal Ped.	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mascara O2 Ped.	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Prolongador de O2	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mascara alto Debito Ped	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mascara nebulização Ped	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Guardell nº000, nº 00, nº 0, nº1, nº1,5	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Conesões X	5	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Balões 0,5 L; 1L; 1,5L	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Diâmetro onlha (falta)	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cabo ECG 3 Derivações + Externão	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Braçadeira de Pediátrica: Azul escuro (9-14cm)	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Verde (12-19cm)	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Azul (17-25)	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Termómetro cutâneo	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Termómetro esofágico	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Termómetro digital	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Eléctrodos neonatais	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Eléctrodos BIS Pediátricos	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Neuroestimulador Pediátrico	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
<p><b>5ª GAVETA – MATERIAL DIVERSO</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Ramos Ventilador Pediátricos 1,6cm</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ramos Ventilador Neonatais</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Jackson Rees (nº: 2122 + 2120)</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ambu Pediátrico com reservatório + Prolongador O2</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Mantas aquecimento Pediátrico</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CVC 2 vias 22G/22G</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>CVC 2 vias 20G/18G</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Cateter Arterial 22G</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fraldas</td><td>3</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Almofadas de Gel</td><td>3 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sondas Foley nº6, nº8, nº10, nº12</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Coletor de Urina</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Placa Blisturi Neonatal &lt; 5 kg</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Placa Blisturi Pediátrico &gt; 5 kg</td><td>2</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Fecho de carro</td><td>6</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Ramos Ventilador Pediátricos 1,6cm	1	<input type="checkbox"/>	Ramos Ventilador Neonatais	1	<input type="checkbox"/>	Jackson Rees (nº: 2122 + 2120)	1 cada	<input type="checkbox"/>	Ambu Pediátrico com reservatório + Prolongador O2	1 cada	<input type="checkbox"/>	Mantas aquecimento Pediátrico	2	<input type="checkbox"/>	CVC 2 vias 22G/22G	2	<input type="checkbox"/>	CVC 2 vias 20G/18G	2	<input type="checkbox"/>	Cateter Arterial 22G	2	<input type="checkbox"/>	Fraldas	3	<input type="checkbox"/>	Almofadas de Gel	3 cada	<input type="checkbox"/>	Sondas Foley nº6, nº8, nº10, nº12	2 cada	<input type="checkbox"/>	Coletor de Urina	2 cada	<input type="checkbox"/>	Placa Blisturi Neonatal < 5 kg	2	<input type="checkbox"/>	Placa Blisturi Pediátrico > 5 kg	2	<input type="checkbox"/>	Fecho de carro	6	<input type="checkbox"/>	<p><b>1ª GAVETA LATERAL – TUBOS ORAIS C/S CUFF</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Tubos Oral s/cuff nº 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5</td><td>1 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tubos Oral c/cuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Tubos Oral Microcuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>2ª GAVETA LATERAL – MASCARAS LARINGES SUPRINE</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>3ª GAVETA LATERAL – MASCARAS LARINGEA I-GEL</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>4ª GAVETA LATERAL – SONDAS DE ASPIRAÇÃO/ALIMENTAÇÃO</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Sonda Aspiração nº 6, nº8, nº10, nº12</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Sondas de Alimentação BFR, 10FR</td><td>2 cada</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table> <p><b>TABULEIRO SUPERIOR</b></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr><td>Monómetro aspiração Ped.</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Ambu Neonatologia + Pediátrico c/ reservatório</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> <tr><td>Bougie nº 6FR; 10FR;</td><td>1</td><td><input type="checkbox"/></td></tr> </table>	Tubos Oral s/cuff nº 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5	1 cada	<input type="checkbox"/>	Tubos Oral c/cuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5	2 cada	<input type="checkbox"/>	Tubos Oral Microcuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5	2 cada	<input type="checkbox"/>	Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5	2 cada	<input type="checkbox"/>	Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5	2 cada	<input type="checkbox"/>	Sonda Aspiração nº 6, nº8, nº10, nº12	2 cada	<input type="checkbox"/>	Sondas de Alimentação BFR, 10FR	2 cada	<input type="checkbox"/>	Monómetro aspiração Ped.	1	<input type="checkbox"/>	Ambu Neonatologia + Pediátrico c/ reservatório	1	<input type="checkbox"/>	Bougie nº 6FR; 10FR;	1	<input type="checkbox"/>																		
Ramos Ventilador Pediátricos 1,6cm	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ramos Ventilador Neonatais	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Jackson Rees (nº: 2122 + 2120)	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ambu Pediátrico com reservatório + Prolongador O2	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mantas aquecimento Pediátrico	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
CVC 2 vias 22G/22G	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
CVC 2 vias 20G/18G	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Cateter Arterial 22G	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Fraldas	3	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Almofadas de Gel	3 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Sondas Foley nº6, nº8, nº10, nº12	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Coletor de Urina	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Placa Blisturi Neonatal < 5 kg	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Placa Blisturi Pediátrico > 5 kg	2	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Fecho de carro	6	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Oral s/cuff nº 2; 2,5; 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5	1 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Oral c/cuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5; 5,5	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Tubos Oral Microcuff nº 3; 3,5; 4; 4,5; 5	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Mascaras nº 1; 1,5; 2; 2,5	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Sonda Aspiração nº 6, nº8, nº10, nº12	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Sondas de Alimentação BFR, 10FR	2 cada	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Monómetro aspiração Ped.	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Ambu Neonatologia + Pediátrico c/ reservatório	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												
Bougie nº 6FR; 10FR;	1	<input type="checkbox"/>																																																																																												

Enfermeiro(A)	Nº ORDEM	Nº SELO	DATA				
<table border="1" style="width: 100%; height: 30px;"> <tr> <td style="font-size: small;">Em stock:</td> <td style="font-size: x-small;">Ramos de ventilação pediátricos 3,2 cm</td> <td style="font-size: x-small;">Tubos Preformados c/cuff nº 3 ao 5,5</td> <td style="font-size: x-small;">Tubos Aramados c/ e s/cuff nº 4 ao 5,5</td> </tr> </table>				Em stock:	Ramos de ventilação pediátricos 3,2 cm	Tubos Preformados c/cuff nº 3 ao 5,5	Tubos Aramados c/ e s/cuff nº 4 ao 5,5
Em stock:	Ramos de ventilação pediátricos 3,2 cm	Tubos Preformados c/cuff nº 3 ao 5,5	Tubos Aramados c/ e s/cuff nº 4 ao 5,5				

Revisão 2 / abril 2022



## Apêndice 2: Mapeamento Instrumental Cirúrgico do Bloco Central



Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
LAPAROSCOPIA	4 -LAP- 1.1 a 1.7	7 cx	CIRURGIA GÁSTRICA E CDLON		ESTANTE 1
	4 -LAP- 2	1 cx	APENDICECTOMIA		
	4 -LAP- 3	1 cx	APENDICECTOMIA (TROCAR ÚNICO, MAT. LONGO PARA OPTICA COM CANAL DE TRABALHO)		
	4 -LAP- 4.1 a 4.6	6 cx	COLECISTECTOMIA		
	4 -LAP- 5.1 A 5.4	4 cx	COLECISTECTOMIA COM EXPLORAÇÃO VIAS BILIARES DPC, HEPATECTOMIA		
	4 -LAP- 6.1 A 6.3	3 cx	UROLOGIA (NEFRECTOMIA, PROSTATECTOMIA)		ESTANTE 8
	4 -LAP- 7	1 cx	UROLOGIA (OSTECTOMIA, NEFRECTOMIA, PROSTATECTOMIA)		
	4 -LAP- 8	1 cx	UROLOGIA (EXTRAÇÃO PEÇA VIA VAGINAL)		
	4 -LAP- 10.1 A 10.2	2 cx	APOIO	BULLDOGS LAPAROSCOPIA	
	4 -LAP- 11	1 cx	SIMPATICECTOMIA POR TORACOSCOPIA		ESTANTE 1
	4 -LAP- 12	1 cx	TORACOSCOPIA, BIÓPSIA PULMONAR E PLEURAL, PLEURODESE		
	4 -LAP- 13	1 cx	APOIO	TROCARS DE ROSCA (TORACOSCOPIA)	ESTANTE 3
	4 -LAP- 14	1 cx	PORT ANAL (STORZ)		ESTANTE 3
	4 -LAP-15	1 cx	APOIO	TROCAR DE ALTO DÉBITO STORZ	ESTANTE 1
	4 -LAP-16.1 A 16.6	6 cx	BRAÇO ÓTICA		ESTANTE 2
	4 -LAP-17.1 A 17.2	2 cx	ÓTICA COM CANAL TRABALHO		ESTANTE 2
	4 -LAP-18	1 cx	ÓTICA COM CANAL TRABALHO (CIR VARIZES ENDOVASCULAR)		ESTANTE 3
	4 -LAP-19.1 A 19.3	3 cx	ÓTICA 3D- 30º, 10MM STORZ		ESTANTE 2
	4-LAP-20.1 A 20.5	5 cx	ENDO-EYE 3D #		
	4-LAP-21	1 cx	ENDO-EYE 3D 4K - KARL-STORZ		
	4-LAP-23	1 cx	COLEDOSCÓPIO 3MM (OLYMPUS) HD		
	4-LAP-24	1 CX	COLEDOSCÓPIO 3MM (STORZ) HD		
	4-LAP-25	8 CX	CABO TESOURA ULTRACISION		ESTANTE 3
	4-LAP-26	1 CX	SONDA ECOG LAPAROSCOPIA CANON		
	4 -LAP-27.1 A 27.13	13 CX	SONICISION		
	4 -LAP-28.1 A 28.3	3 cx	ÓTICA PARA FLUORESCÊNCIA + CABO DE LUZ - KARL STORZ		

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
CIR. GERAL	4-CG-29	1 cx	SONDA ECOG LAPAROTOMIA CANON		ESTANTE 3
	4-CG-30.1 A 30.2	2 cx	CIRURGIA DELICADA (LIPOMAS, SINAIS, BIÓPSIAS, ABCESSOS)		
	4-CG-31.1 A 31.2	2 cx	PEQUENA CIRURGIA (HÉRNIAS, HEMORRÓIDES, ABCESSOS, VARIZES)		
	4-CG-32.1 A 32.5	5 cx	CIRURGIA RECTAL, HÉRNIAS		
	4-CG-33	2 cx	AFASTADOR CIR COLO-RECTAL LINEA SEA-STAR (SMALL)		
4-CG-34	1 cx	AFASTADOR CIR COLO-RECTAL (COM LUZ)			
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
CIR. GERAL	4-CG-35.1 A 35.7	7 cx	LAPAROTOMIA (CIR. DIGESTIVA, HEPATO-BILIAR, INTESTINAL, RECTAL, PULMÃO)		ESTANTE 3
	4-CG-36.1 A 36.2	2 cx	APOIO	HEMOSTÁTICAS DELICADAS (CIR. GERAL)	ESTANTE 3
	4-CG-37	1 cx	APOIO	CLAMPS E MAT. VASCULAR E DELICADO ( CIR. GERAL)	
	4-CG-38	1 cx	APOIO	CLAMPS VASCULARES DELICADOS ( HEPATO-BILIAR)	
	4-CG-39	1 cx	APOIO	CLAMPS CIR. HEPATO-BILIAR	
	4-CG-40.1 A 40.2	2 cx	AFASTADOR	AFASTADOR ABDOMINAL (CIR. GERAL, VASCULAR, TRANSPLANTE HEPÁTICO)	
	4-CG-41	1 cx	AFASTADOR	AFASTADOR FIGADO / SUPORTES	
	4-CG-42	1 cx	AFASTADOR	AFASTADOR ABDOMINAL PÉLVICO	
	4-CG-43.1 A 43.2	2 cx	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE HEPÁTICO	
	4-CG-44	1 cx	TRANSPLANTE	TRANSPLANTE RENAL E PANCREÁTICO	
	4-CG-45	1 cx	TRANSPLANTE	PREPARAÇÃO PÂNCREAS	
	4-CG-46.1 A 46.2	2 cx	TRANSPLANTE	PREPARAÇÃO RIM	
	4-CG-47.1 A 47.3	3 cx	MASTECTOMIA (REDUÇÃO MAMÁRIA, RETALHOS COM ENXERTO)		ESTANTE 10
	4-CG-48.1 A 48.2	2 cx	MÁQUINAS SUTURA AUTOMÁTICA		
	4-CG-49.1 A 49.2	2 cx		DRENO TORÁCICO	
	4-CG-50.1 A 50.3	3 cx	CIR TORÁCICA	PULMÃO (ESOFAGECTOMIA, SUPRARENALLECTOMIA, TIMRECTOMIA, NEFRECTOMIA, COLUNAS TORACOABDOMINAIS, ESTERNOTOMIA)	
	4-CG-51.1 A 51.2	2 cx	APOIO CIR TORÁCICA	COSTOTOMIA	
	4-CG-52	1 cx	APOIO CIR TORÁCICA	ESTERNOTOMIA	
	4-CG-53.1 e 53.2	1 cx	PUNHO SUCCÇÃO ULTRASÓNICA SONOPET		

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
VASCULAR	4-CV- 60	1 cx	MOLLISSONS	ESTANTE 4
	4-CV- 61.1 A 61.2	2 cx	CLAMPS DE CARÓTIDA / SHUNT	
	4-CV- 62.1 A 62.4	4 cx	FISTULA ARTERIO-VENOSA, PONTAGEM PARA HEMODÍLISE, LAQUEAÇÃO DA VEIA DORSAL DO PÊNIS, PREPARAÇÃO DO RIM	
	4-CV- 63.1 A 63.4	4 cx	AMPUTAÇÃO, LIMPEZA CIRÚRGICA COM OSSO	
	4-CV- 64.1 A 64.2	2 cx	SECTOR AORTO-ILIACO (BYPASS AORTO-FEMURAL) ANEURISMA AORTO-ILIACO	
	4-CV- 65.1 A 65.5	5 cx	BYPASS DISTAL ( FÊMURO POFILÓTEO, AXILO-FEMURAL, CARÓTIDA) TRANSPLANTE RENAL	
	4-CV- 66.1 a 66.2	2 cx	SIMPATICETOMIA LOMBAR	
	4-CV- 67	1 cx	CLAMPS DE CARÓTIDA	
	4-CV- 68	1 cx	SUTURA PROTESE VASCULAR	
	4-CV- 69	10cx	CLAMPS VASCULARES	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
NEUROCIRURGIA	4-NC - 70.1 a 70.2	2 cx	CRANIOTOMIA, COLUNA (material de base)	ESTANTE 6
	4-NC - 71	1 cx	APOIO MICROCIRURGIA	
	4-NC - 72.1 a 72.3	3 cx		
	4-NC-73.1 e 73.2	2 cx	MOTOR MOTORES ELAN 4 (Maxilo Facial AESCULAP) MOTOR AESCULAP (Pneumatico)	
	4-NC - 74	1 cx		
	4-NC - 76	1 cx	TREPANO MANUAL	
	4-NC - 77.1 A 77.2	2 cx	COLOCAÇÃO DE CATETER DE PIC	
	4-NC - 78	1 cx	CARICAS CRANEOFIX	
4-NC - 79	1cx	BIOPLATE (Instrumental e implantes)		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
CATETER	4-CAT- 80.1 80.15	15 cx	COLOCAÇÃO DE CVC, NEFROSTOMIAS PERCUTÂNEAS, CIR. ENDOSCÓPICA UROLOGIA, PENSOS	ESTANTE 6
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
MICROCIRURGIA	4-MICRO- 82	1 cx	MICRO VASCULAR	ESTANTE 6
	4-MICRO- 83	1 cx	BULLGODS MICRO (APOIO VASCULAR)	
	4-MICRO-84	1 cx	MATERIAL DE MICROCIRURGIA	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
	4-CMF- 86.1 e 86.2	2 cx	CIRURGIA MAXILO FACIAL	
	4-CMF- 87	1 cx	CIRURGIA ORTOGNÁTICA	
	4-CMF- 88	1 cx	OSTEOSSÍNTESE - CMF	
	4-CMF- 89	1 cx	MATERIAL PARTES MOLES - APOIO CMF	
	4-CMF- 90.1 A 90.4	4 cx	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (TIROIDE, PARATIROIDE, PARÓTIDA, COMANDO)	

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

CMF	4-CMF-89	1 cx	MATERIAL PARTES MOLES - APOIO CMF		ESTANTE 5
	4-CMF-90.1 A 90.4	4 cx	CIRURGIA DE CABEÇA E PESCOÇO (TIROIDE, PARATIROIDE, PARÓTIDA, COMANDO)		
	4-CMF-91	1 cx	CIRURGIA MAXILO-FACIAL / APOIO CIR. DE CABEÇA E PESCOÇO		
	4-CMF-92	1 cx	BASE CIRURGIA MAXILO-FACIAL		
	4-CMF-93	1 cx	MATRIX MDFACE / SISTEMA IMF		
	4-CMF-94	1 cx	MATRIX MANDIBILE / TRANSBUICAL		
	4-CMF-95	1 cx	IMF		
	4-CMF-96	1	Motor de Alta Rotação CMF AESCULAP		
	4-CMF-97A	1	Motor Baixa Rotação AESCULAP		
	4-CMF-97B	1	Motor Baixa Rotação AESCULAP		
4-CMF-98	1cx	MOTOR ELANI - ALTA ROTAÇÃO AESCULAP			
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
GINECOLOGIA	4-GIN-100.1 A 100.2	2 cx	HISTERECTOMIA ABDOMINAL		ESTANTE 6
	4-GIN-101	1 cx	HISTERECTOMIA VAGINAL		
	4-GIN-102.1 A 102.2	2 cx	APOIO	TOT, HISTERECTOMIA VAGINAL	
	4-GIN-103	1 cx	CURETAGEM, BIÓPSIAS DO COLO E ENDOMÉTRIO		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
UROLOGIA	4-U- 105	1 cx	VARICOCÉL (MAT. LONGO E DELICADO)		ESTANTE 8
	4-U- 106	1 cx	DILATADORES URETRAIS (BENIQUET)		
	4-U- 107.1 A 107.4	4 cx	ADENOMECTOMIA PROSTÁTICA (SUPRAPÚBICA)		
	4-U- 108	1 cx	APOIO	ADENOMECTOMIA (RETROPÚBICA)	
	4-U- 109.1 A 109.3	3 cx	PROSTATECTOMIA RADICAL, ESVAZIAMENTO INGUINAL, NEFRECTOMIA, PLASTIA DE JUNÇÃO, NEFROLITOMIA		
	4-U- 110	1 cx	APOIO	MATERIAL LONGO E DELICADO	
	4-U- 111	1 cx	APOIO	MATERIAL COSTELA (NEFRECTOMIA)	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
UROLOGIA	4-U- 112	1 cx	APOIO	CISTECTOMIA	ESTANTE 8
	4-U- 113	1 cx	APOIO	URETROPLASTIA	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
CISTOSCÓPIOS	4-UE- 120.1 A 120.3	3 cx	CISTOSCÓPIO Ø e 30º - 22 Fr (STORZ)		ESTANTE 7
	4-UE- 121.1 A 121.2	2 cx	CISTOSCÓPIO 22 Fr - STORZ		
	4-UE- 122.1 A 122.2	2 cx	CISTOSCÓPIO LITOTRÍCIA ENDOVESICAL (OLYMPUS) ÓPTICA COM CANAL DE TRABALHO 30Fr - 25 Fr		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO		
CISTOSCÓPIOS	4-UE- 123	1 cx	CITOSCOPIO COMPACTO 17 Fr		ESTANTE 7
	4-UE- 124	1 cx	CITOSCOPIO LASER (STORZ)		
	4-UE- 125	1 cx	CISTOSCÓPIO LASER, RETIRAR PIG-TAIL - 30 GRAUS (STORZ)		
	4-UE- 126.1 A 126.3	1 cx	CISTOSCÓPIO LASER, RETIRAR PIG-TAIL - 30 GRAUS (STORZ)		
	4-UE- 127	1 cx	CITOSCOPIO FLEXÍVEL (OLYMPUS)		
	4-UE- 128	1 cx	CITOSCOPIO FLEXÍVEL (OLYMPUS) - Emprestimo		
	4-UE- 129.1 a 129.2	2 cx	CITOSCOPIO FLEXÍVEL (STORZ)		

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
RESSETOSCÓPIOS	4-UE-133	1 cx	RESSETOSCÓPIO BIPOLAR (STORZ) 22FR	ESTANTE 7
	4-UE-134.1 A 134.2	2 cx	RESSETOSCÓPIO 30º MONOPOLAR (STORZ) 26 FR	
	4-UE-135	1 cx	RESSETOSCÓPIO MONOPOLAR 12 e 30º (OLYMPUS) 26 Fr	
	4-UE-136	1 cx	RESSETOSCÓPIO (OLYMPUS) MONOPOLAR E BIPOLAR (COM ELEMENTO TRABALHO ATIVO)	
	4-UE-137.1 A 137.6	6 CX	RESSETOSCÓPIO (OLYMPUS) BIPOLAR (SEM ELEMENTO TRABALHO ATIVO)	
	4-UE-138.1 A 138.2	2 cx	REDUTOR RESSETOSCÓPIO (OLYMPUS) 26CH / 24CH	
	4-UE-139.1 A 139.2	2 cx	PUNHO + ANSA P/ ENUCLEAÇÃO DA PRÓSTATA (OLYMPUS)	
	4-UE-140	1 cx	RESSETOSCÓPIO BIPOLAR (STORZ) 28FR	
	4-UE-141.1 E 141.2	2 cx	MORCELADOR PRÓSTATA (2 LAMINAS)	
4-UE-141.3	1 cx	MORCELADOR PRÓSTATA (1 LAMINA)		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
URETERORRENOSCÓPIO	4-UE-143	1 cx	URETERORRENOSCÓPIO-6,4 / 7,8 Fr. - (OLYMPUS) c/ duas peças de trabalho	ESTANTE 7
	4-UE-144	1 cx	URETERORRENOSCÓPIO-6,4 / 7,8 Fr. - (OLYMPUS)	
	4-UE-145	1 cx	URETERORRENOSCÓPIO-8,6 / 9,8 Fr. - (OLYMPUS)	
	4-UE-146.1 A 146.2	2 cx	URETERORRENOSCÓPIO-8,0 Fr. -(STORZ)	
	4-UE-147.1 A 147.3	3 cx	URETERORRENOSCÓPIO- 9,5 Fr. -(STORZ)	
	4-UE-148.1 A 148.5	5 cx	URETERORRENOSCÓPIO FLEXIVEL - 8 Fr (OLYMPUS) - P7 (NOVDS)	
	4-UE-149	1 cx	URETERORRENOSCÓPIO FLEXIVEL - 8 Fr (OLYMPUS) - P5	
	4-UE-150.1	1 cx	PINÇA CORPOS ESTRANHOS P/ URETERORRENOSCÓPIO FLEXIVEL	
	4-UE-151	1 cx	PINÇA BÍOPSIA P/ URETERORRENOSCÓPIO FLEXIVEL	
4-UE-152	1 cx	URETERORRENOSCÓPIO FLEXIVEL DIGITAL (STORZ)		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
NEFROSCÓPIO	4-UE-160	1 cx	NEFROSCÓPIO PERCUTÂNEO - ÓPTICA 0 GRAUS - 24/26 Fr (STORZ)	ESTANTE 7
	4-UE-161	1 cx	NEFROSCÓPIO (WOLF)	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
URETRÓTOMO	4-UE-165.1 e 165.2	2 cx	URETRÓTOMO 30º (STORZ)	ESTANTE 7
	4-UE-166	1 cx	URETRÓTOMO 12º (OLYMPUS)	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
LITOTRITOR	4-UE-170	1 cx	LITHOCLAST PNEUMÁTICO	ESTANTE 7
	4-UE-171	1 cx	LITHOCLAST ULTRASSÓNICO	
	4-UE-172	1 cx	SERINGA DE VIDRO + PEÇA HELIX	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
PERCUTÂNEA	4-UE-180	1 cx	DILATADORE P/ CIRURGIA PERCUTÂNEA	ESTANTE 7
	4-UE-181	1 cx	KIT MINI-PERCUTÂNEA (NEFROSCÓPIO) STORZ	
	4-UE-182	1 cx	DILATADORES MINI-PERCUTÂNEO STORZ	
	4-UE-183	1 cx	KIT MINI-PERCUTÂNEA (NEFROSCÓPIO) STORZ - CURTO	
	4-UE-184	1 cx	DILATADORES MINI-PERCUTÂNEO STORZ - CURTO	
			FIBRAS LAZER ( PERCUFIB / FLEXIFIB / RIGIFIB)	
	4-UE-185	1 cx	MINI-PERCUTÂNEA (NEFROSCÓPIO) STORZ - CURTO	
4-UE-186	1 cx	DILATADORES MINI-PERCUTÂNEA S/ BANHA PEDIÁTRICA STORZ - CURTO		
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
ANESTESIA	4-VID-200.1 e 200.2	2 CX	VIDEODENDOSCÓPIO STORZ	CARRO
	4-VID-201	1 CX	VIDEODENDOSCÓPIO STORZ ( 5.2 )	
ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
	4-ORL-210.1 A 210.3	3 cx	TRAQUEOSTOMIA	

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

40	4-ORL-211	1 cx	FRATURA DOS OSSOS DO NARIZ	ESTANTE 5
	4-ORL-212	1 cx	HEMORRAGIA PÓS-AMIGDALECTOMIA	
	4-ORL-213	1 cx	ESOFAGOSCÓPIO	
	4-ORL-214	1 cx	ESOFAGOSCÓPIO (PESCOÇO LARGO)	
OUVIDO	4-ORL-215.1 a 215.3	3	OUVIDO, MASTOIDECTOMIA	ESTANTE 9
	4-ORL-216.1 e 216.2	2	MERINGOTOMIA	
	4-ORL-217	1	CORTADOR DE CARTILAGEM	
	4-ORL-218	1	CAIXA DE APOIO AO 4-ORL-217	
	4-ORL-219	1	ESTAPAECTOMIA, TIMPANOCTOMIA EXPLORADORA	
	4-ORL-220	1	ESTAPAECTOMIA, TIMPANOPLASTIA EXPLORADORA (CAIXA "CAUSSE")	
4-ORL-221.1 e 221.3	3	MICRO MOTOR SKEETER		
NARIZ	4-ORL-225.1 e 225.2	2	SEPTOPLASTIA	
	4-ORL-226	1	APOIO À RINOPLASTIA (APOIO AOS KITS 225.1 E 225.2)	
	4-ORL-227	1	RINOSEPTOPLASTIA	
	4-ORL-228	1	RINOSEPTOPLASTIA	
	4-ORL-229.1 e 229.2	2	MICRO-ENDONASAL	
	4-ORL-230	1	MICRO-ENDONASAL	
	4-ORL-231	1	SHAVER ORL METRODNIC	
	4-ORL-232	1	PUNCH	
MLS	4-ORL-235.1 e 235.3	3	ADENAMIGDALECTOMIA	
	4-ORL-236	1	ABRE BOCAS MORINIÈRE	
	4-ORL-237	1	FONIATRIA (APOIO AO KIT 238)	
	4-ORL-238	1	FONIATRIA	
	4-ORL-239	1	FONIATRIA	
	4-ORL-240	1	M.L.S (APOIO AO KIT 241)	
	4-ORL-241	1	M.L.S. E BIÓPSIAS DA LARINGE	
	4-ORL-242A e 242B (completo)	2	LASER LARINGE	
	4-ORL-243	1	LARINGOSCÓPIO LASER	
4-ORL-244A e 244B	2	ASPIRADOR/CAUTÉRIO		
LARINGECTOMIA	4-ORL-248	1	PARTES MOLES	
	4-ORL-249	1	TRADUOSTOMIA	
MOTORES	4-ORL-252	1	MOTOR METRODNIC ORL	
	4-ORL-253	1	CAIXA DE BROCAS DO KIT 252	
	4-ORL-254.1 e 254.2	2	MOTOR NOVO ORL AESCLAP	
	4-ORL-255	1	SERRA AESCLAP	

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

ESPECIALIDADE	NUMERAÇÃO	Nº CAIXAS	DESIGNAÇÃO	
OFTALMOLOGIA	4-OFT-280.1 + 280.4	4	COLHETA DE CÔRNEA, EVISCERAÇÃO, ENUCLEAÇÃO	ESTANTE 10
	4-OFT-281	1	CAIXA ARTISAN TORICA	
	4-OFT-282	1	CAIXA ARTELES	
	4-OFT-283	1	CAIXA DE ENUCLEAÇÃO	
	4-OFT-284	1	CAIXA DE ENUCLEAÇÃO/EVISCERAÇÃO	
	4-OFT-285	1	CAIXA DE PALPEBRAS COMPLETA	
	4-OFT-286	1	CAIXA DE PALPEBRAS URGENCIA	
	4-OFT-287	1	CAIXA DE SONDAGEM	
	4-OFT-288	1	PIG-TAIL NOVO	
	4-OFT-289	1	CAIXA PEDIATRICA	
	4-OFT-290.1 + 290.2	2	BLEFAROSTATO PEDIATRICO	
	4-OFT-291	1	CAIXA DE CRIOPLAÇÃO	
	4-OFT-292	1	TESOURA DE CORTAR LENTES	
	4-OFT-293	1	CAIXA DE GLAUCOMA	
	4-OFT-294.1 + 294.2	2	CAIXA DE CATARATA + GLAUCOMA	
	4-OFT-295.1 + 295.2	2	CAIXA CATARATA + ENXERTO + GLAUCOMA	
	4-OFT-296.1 + 296.2	2	CAIXA URGENCIA CORNEA	
	4-OFT-297	1	CAIXA ARTISAN AFACIA	
	4-OFT-298.1 + 298.4	4	CAIXA INFANTI	
	4-OFT-299	1	CAIXA FACO-FRAGMENTAÇÃO CONSTELATION	
	4-OFT-300.1 + 300.4	4	CAIXA DE PCAD	
	4-OFT-301.1 + 300.7	7	CAIXA DE VITRECTOMIA	
	4-OFT-302	1	CAIXA DE GLAUCOMA PEDIATRICO	

**Apêndice 3: Comunicação Livre em forma de Poster: *Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória***

**TÍTULO:** FATORES DETERMINANTES DA ADESÃO ÀS BOAS PRÁTICAS DE HIGIENE DAS MÃOS E OPERACIONALIZAÇÃO DOS 5 MOMENTOS DE HIGIENE DAS MÃOS NO SALA OPERATÓRIA

**INTRODUÇÃO:** Embora a higiene das mãos seja essencial a uma prática segura no bloco operatório, vários estudos revelam a falta de implementação bem-sucedida. O **objetivo** deste estudo passa por encontrar evidências científicas sobre a prática da higiene das mãos no bloco operatório, especialmente sobre os fatores determinantes da adesão a essa boa prática, bem como a forma de operacionalizar e concretizar, com sucesso, os “5 momentos da higienização das mãos” na sala de operações.

**MÉTODOS:** Foi realizada uma revisão integrativa da literatura, durante os meses de janeiro e fevereiro de 2022, através da pesquisa de artigos nas bases de dados da Pubmed, EBSCO e Scielo considerando os descritores: “handhygiene” e “operatingroom”, no período de 2017 a 2022. Foram identificados 30 artigos, dos quais selecionados 13. Como critérios de inclusão definiu-se: a redação em língua inglesa, a existência de texto integral e a citação direta dos descritores no título ou abstrat. A seleção dos estudos foi realizada por dois autores, inicialmente por leitura de títulos e resumos. Na fase final procedeu-se à leitura integral dos 12 artigos selecionados.

**RESULTADOS:** Conclui-se com esta revisão da literatura que a implementação de uma correta prática da higiene das mãos no bloco operatório permanece aquém do ideal. Há uma escassez de estudos de investigação que forneçam informações detalhadas sobre os determinantes da adesão a esta boa prática, por parte dos profissionais, bem como a forma de operacionalizar os “5 momentos crítico da higiene das mãos “preconizado pela OMS.

**DISCUSSÃO:** A contaminação microbiológica do ambiente na sala cirúrgica é uma fonte potencial de infecções associadas à assistência à saúde. A higiene das mãos e a limpeza dos equipamentos são aspetos a considerar na interrupção da transmissão microbiana. Vários fatores são identificados como barreiras à realização de boas práticas neste âmbito, nomeadamente, a existência de dúvidas sobre a sua eficácia, a baixa autoconsciência para as

práticas de higiene das mãos, a falta de diálogo e confiança entre os profissionais e a forma de operacionalizar os 5 momentos críticos preconizados pela OMS.

**CONCLUSÕES:** A higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infecções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infecções nosocomiais. Importa esclarecer sobre os fatores determinantes de uma boa prática bem como a melhor forma investir em formações e campanhas de sensibilização que visem melhorar a organização do trabalho e a adesão dos profissionais aos protocolos instituídos.

Palavras-chave: Higiene das mãos (HandHygiene); salas cirúrgicas (operatingroom)

### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Dalolio, L., Raggi, A., Sanna, T., Mazzetti, M., Orsi, A., Zanni, A., ... & Leoni, E. (2018). Surveillance of environmental and procedural measures of infection control in the operating theatre setting. *International journal of environmental research and public health*, 15(1), 46.

Erichsen Andersson, A., Frödin, M., Dellenborg, L., Wallin, L., Hök, J., Gillespie, B. M., & Wikström, E. (2018). Iterative co-creation for improved hand hygiene and aseptic techniques in the operating room: experiences from the safe hands study. *BMC Health Services Research*, 18(1), 1-12.

Pedersen, L., Elgin, K., Peace, B., Masroor, N., Doll, M., Sanogo, K., ... & Bearman, G. (2017). Barriers, perceptions, and adherence: Hand hygiene in the operating room and endoscopy suite. *American journal of infection control*, 45(6), 695-697.

Smith, F., Lee, K., Binnie-McLeod, E., Higgins, M., Irvine, E., Henderson, A., ... & Spence, J. (2020). Identifying the World Health Organization's fifth moment for hand hygiene: Infection prevention in the operating room. *Journal of infection prevention*, 21(1), 28-34.

Wikström, E., Dellenborg, L., Wallin, L., Gillespie, B. M., & Andersson, A. E. (2019). The Safe Hands Study: Implementing aseptic techniques in the operating room: Facilitating mechanisms for contextual negotiation and collective action. *AmericanJournalofInfectionControl*, 47(3), 251-257



**Congresso Internacional de Controlo de Infeção**  
31 de março e 1 de abril 2022

**Título:** Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória

**Filiações:**

Ana Filipe Taveira, Mestranda da Escola Superior de Saúde Naria da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto – Bloco Operatório do Hospital Santo António – HCSA, [ana.filipe@esnsa.com](mailto:ana.filipe@esnsa.com); Orientadora: Professora Doutora Sérgio Soares, [ESS@esnsa.com](mailto:ESS@esnsa.com)

Cláudia Vanessa da Silva Gróis, Mestranda da Escola Superior de Saúde Naria da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto – Bloco Operatório do Centro Médico Infantil do Norte – CIMIN, [claudia.vanessa@esnsa.com](mailto:claudia.vanessa@esnsa.com); Orientadora: Professora Doutora Sónia Raposo, [ESS@esnsa.com](mailto:ESS@esnsa.com)

Rita Figueiredo Lencastre da Silva, Mestranda da Escola Superior de Saúde Naria da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeira no Centro Hospitalar Universitário do Porto – Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória - CICA, [rita.figueiredo@esnsa.com](mailto:rita.figueiredo@esnsa.com); Orientadora: Professor Mestre Nelson Carrara, [ESS@esnsa.com](mailto:ESS@esnsa.com)

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves, Mestrando da Escola Superior de Saúde Naria da Cruz Vermelha Portuguesa, Enfermeiro no Centro Hospitalar Universitário do Porto – Centro Integrado de Cirurgia Ambulatória - CICA, [marcofilipe@esnsa.com](mailto:marcofilipe@esnsa.com); Orientadora: Professora Mestre Isabel Miranda, [ESS@esnsa.com](mailto:ESS@esnsa.com)



Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória

**INTRODUÇÃO:** Embora a higiene das mãos seja essencial para uma prática segura no bloco operatório, vários estudos revelam a falta de implementação bem-sucedida.

**OBJETIVO:** Encontrar evidências científicas sobre a prática de higiene das mãos no bloco operatório, especialmente sobre os fatores determinantes da adesão a essas boas práticas, bem como a forma de operacionalizar e concretizar, com sucesso, os "5 momentos de higienização das mãos" no sala de operações.

**MÉTODOS:**

- Realizou-se revisão da literatura, durante os meses de janeiro a fevereiro de 2022, através de pesquisas nas bases de dados de [Pubmed](#), [EBSCO](#) e [Scopus](#).
- Descartou-se "dupla publicação" e "publicações duplas" no período de 2017 a 2022.
- Identificadas 30 artigos, dos quais selecionados 12 com a sua leitura integral.
- Os dados de exclusão resultam em língua inglesa, a ausência de texto integral e a ausência dos dados descritivos no título ou abstract.
- Seleção dos estudos, realizada por dois autores, independentemente por leitura de títulos e resumos.



Source: reproduced with permission from World Health Organization (WHO, 2016).

- A "zona do paciente" compreende à área ao seu redor, onde ele se encontra e recebe cuidados (Soc. et al., 2021). É composta por **três elementos**:
- O primeiro é o equipamento em contato direto com o paciente.
  - O segundo é o equipamento tocado pelo equipe de saúde, enquanto está do paciente.
  - O terceiro corresponde ao equipamento dentro da mesma área próxima e tocada pelo paciente.

**RESULTADOS:** Conclui-se com esta revisão da literatura que a implementação de uma correta prática de higiene das mãos no bloco operatório permanece **aquém do ideal**.

Ná uma sequência de estudos de investigação que forneçam informações detalhadas sobre os determinantes de adesão a esta boa prática, por parte dos profissionais, bem como a forma de operacionalizar os "5 momentos críticos de higiene das mãos" preconizados pela OMS.

**DISCUSSÃO:** Vários fatores são identificados como barreiras à realização de boas práticas, nomeadamente:

- ausência de crenças sobre a sua eficácia,
- a falta de conhecimento para as práticas de higiene das mãos,
- a falta de diálogo e confiança entre os profissionais,
- a baixa segurança psicológica,
- a forma de operacionalizar os 5 momentos críticos preconizados pela OMS.

**CONCLUSÃO:** A higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infeções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infeções nosocomiais. Importa estabelecer sobre os fatores determinantes de uma boa prática, bem como a melhor forma investir em formação e campanhas de sensibilização que visem melhorar a organização do trabalho e a adesão dos profissionais às práticas instituídas.



## Apêndice 4: Comunicação Oral: *Vaginal Agenesis – A challenge for perioperative nursing care*

CMIN SUMMIT '21

NAScer E CREScER SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW HEALTHY IN THE 21ST CENTURY

13 > 15 outubro  
Auditório ICBAS-UP\*  
+ transmissão online

# Agenesia Vaginal

Um desafio para os cuidados de Enfermagem Perioperatória

Trabalho realizado por:  
Enfª Raquel Moreira  
Enfª Cláudia Brás

CMIN ademi UIF

INSTITUTO DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE

CMIN SUMMIT '21

NAScer E CREScER SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW HEALTHY IN THE 21ST CENTURY

CMIN ademi UIF

### Objetivos

- Divulgar a técnica cirúrgica
- Enunciar o papel da enfermeira circulante e instrumentista no procedimento cirúrgico da Neovaginaoplastia

CMIN SUMMIT '21

NAScer e Crescer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Sumário

- Síndrome de Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser
- Tratamento cirúrgico – Neovaquinoplastia cirúrgica
  - Técnica, material e posicionamento
- Papel do enfermeiro circulante e instrumentista



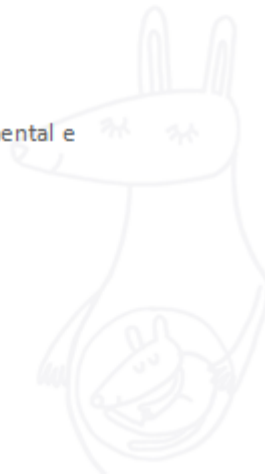
CMIN SUMMIT '21

NAScer e Crescer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Metodologia

- Exploratório-descritiva alicerçada numa pesquisa documental e bibliográfica.



## Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser

- Síndrome de Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser (MRKH), agenesia vaginal ou agenesia Mülleriana é uma anomalia congênita do aparelho reprodutor feminino caracterizada por uma falha no desenvolvimento dos ductos de Muller, resultando em um útero ausente e graus variáveis de hipoplasia vaginal.
- Durante o desenvolvimento fetal feminino os ductos de Muller amadurecem para se transformarem em trompas de Falópio, útero, colo e terço superior da vagina, o que nestas mulheres isso não sucede.



- Diagnóstico de agenesia vaginal é estabelecido geralmente durante a puberdade.



- Estabelece-se por meio de exame físico, ecografia ou ressonância magnética, após sinal de alerta (ausência de menarca).

**A MRKH é subdividida em dois tipos:**

**Tipo 1:** apenas as estruturas desenvolvidas a partir do ductos müllerianos são afetadas (parte superior da vagina, colo do útero e útero);

**Tipo 2:** além das estruturas afetadas no Tipo 1, há malformações adicionais de outros sistemas do corpo, incluindo os sistemas renal e esquelético.

- Esta agenesia constitui um sério problema fisiológico por justificar a esterilidade e incapacidade para o coito vaginal, frequentemente associados a distúrbios somáticos e psicossociais representados por depressão, perda da autoestima e distúrbios na personalidade.
- Ocorre em 1 em cada 5000 a 7000 mulheres nascidas e apesar de ser considerado um distúrbio genético, as suas causas ainda são pouco conhecidas.

## Tratamento

- O tratamento costuma ser feito no início da vida adulta.
- Existem várias opções para o tratamento da agenesia vaginal.
  - A dilatação vaginal é considerado tratamento de 1ª linha desta condição (tratamento conservador).
    - Técnica relacionada com baixos custos e baixa taxa de complicações.
  - A dilatação pode ser do tipo **auto intermitente** ou **contínua** (procedimento de Vecchietti).
  - Outras opções envolvem o enxerto de pele e a vaginoplastia.
- De acordo com vários estudos, ambas as técnicas são eficientes para o tratamento da agenesia vaginal, resultando na construção da vagina favorável à realização do coito e com satisfação sexual.

CMIN SUMMIT '21

NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Tratamento cirúrgico

### Neovaginoplastia cirúrgica

- As Vaginoplastias podem ser por expansão tecidual utilizando tecidos de doação para criação do túnel vaginal, ou por, tração quando os tecidos próprios da região são moldados sob tração externa.



CMIN SUMMIT '21

NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Bloco Operatório - CMIN

- Realizamos vaginoplastia por tração externa por abordagem laparoscópica para criação da neovagina;
- Aplicamos um instrumento de tração, mais simples e de fácil manuseio que o utilizado na técnica original de Vecchiatti.
- Este procedimento já foi realizado cinco vezes na instituição.

Dispositivo utilizado pelo Dr. Vecchiatti





## Técnica Cirúrgica, Material e Posicionamento



## Posicionamento



Litotomia





## MATERIAL

- Trolley (2 – 1 para a laparoscopia e 1 para a cistoscopia)
- Cistoscópio – óptica 30º (se uso de indocianina verde)
- Óptica 0º
- Kit laparoscopia
- Kit neovagina
- Kit de cateterização supra-púbica
- Seringa vesical (100cc)
- Marcador dermatográfico
- Ligadura algodão de 15cm esterilizada (penso operatório)
- Gel lubrificante (bainha externa)
- Fios:
  - Ethibond 2 (4 fios de 75cm) – fio utilizado para aplicar a tração
  - Monosyn 3/0 (encerramento do peritoneu)
  - Seda 2/0 – fixação do cateter supra-púbica



## KIT NEOVAGINA



Dispositivo de tração



Bainha externa



Peça de introdução articulado



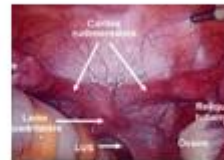
Guia angulado



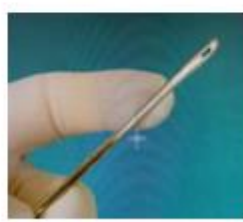
Guia reto



### TÉCNICA CIRÚRGICA



Visualização da cavidade



Guia reto (passa pela vagina com os fios adaptados em direção ao guia angulado)



### TÉCNICA CIRÚRGICA



Guia angulado (atravessa a cavidade abdominal por cima do peritoneu parietal até à cúpula vaginal – fixando os fios inseridos anteriormente de forma trazê-los até à parede externa abdominal)



### TÉCNICA CIRÚRGICA



Dispositivo de tração externo - os fios extraídos pela cavidade abdominal são conectados ao aparelho de tração externo que fica posicionado na parede abdominal.



Promover a dilatação vaginal

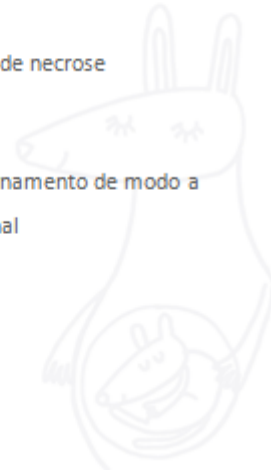


No final do procedimento realiza-se cistostomia :



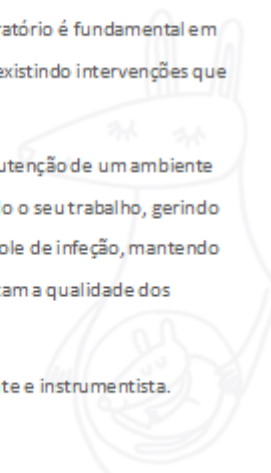
Evitando aumento da pressão uretral e risco de necrose

- O dispositivo de tração será regulado pelo cirurgião no internamento de modo a aumentar a tração e promovendo a dilatação do canal vaginal
- Será removido ao final de cerca de



## Cuidados do enfermeiro peri-operatório

- Como em qualquer procedimento, o papel do enfermeiro peri-operatório é fundamental em todo o processo: pré-operatório, intraoperatório e pós-operatório existindo intervenções que são transversais a qualquer procedimento.
- Desenvolve competências na área da prestação de cuidados e manutenção de um ambiente seguro para o doente e restante equipa multidisciplinar, organizando o seu trabalho, gerindo eficazmente o seu tempo, implementando procedimentos de controle de infeção, mantendo um ambiente seguro através da utilização de estratégias que garantam a qualidade dos cuidados prestados e da gestão de risco.
- Neste procedimento damos ênfase ao papel do enfermeiro circulante e instrumentista.



## Cuidados do enfermeiro circulante e instrumentista

### Véspera da cirurgia:

- Consultar plano operatório  
Cirurgia/cirurgião/anestesiologista/ nome do doente)
- Idealmente efetua visita pré operatória (colhe informação importante junto do doente /família/colegas do serviço) visto se tratar de uma utente jovem, maioria das vezes menor de idade.

### No dia da cirurgia:

- Verifica plano operatório
- Realiza o acolhimento do doente
- Prepara todo o material /equipamento necessário às várias etapas do procedimento
- Verifica todas as condições de higienização da sala operatório
- Assegura as condições ambientais da sala operatório
- Acolhe o doente na sala de forma calma e transmite segurança

### Enfermeiro Instrumentista

O enf. instrumentista tem funções próprias, independentes e dependentes baseados em conhecimentos científicos da enfermagem peri-operatória.



### Neste procedimento:

- Preparar o dispositivo articulado (passagem dos fios – ethibond 2- de forma a não se cruzarem – passo essencial da cirurgia.
- Colaborar na colocação do catéter supra púbico.
- Conhecer a funcionalidade de todo o material.
- Colaborar na cistoscopia e laparoscopia.
- Se necessidade de identificação dos ureteres – providenciar a solução de Indocianina.
- Realizar penso operatório – proteger a pele por baixo do dispositivo de tração com ligadura de algodão;
- Penso da cistostomia.

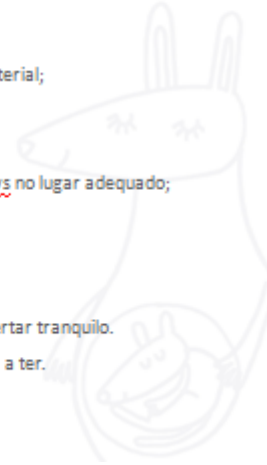
CMIN SUMMIT '21

NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



### Enfermeiro Circulante

- Disponibilizar 2 troleys (laparoscopia e cistoscopia);
- Colaborar no posicionamento e verificar disponibilidade de todo o material;
- Providenciar fios Ethibond 2 de 75cm;
- Conhecer a funcionalidade de todo o material;
- Colaborar na cistoscopia e laparoscopia, posicionando ambos os troleys no lugar adequado;
- Providenciar a solução de Indocianina verde se necessário;
- Colaborar na realização dos pensos operatórios;
- Promover o aquecimento da utente;
- Participar no processo de reversão da anestesia e promover um despertar tranquilo.
- Acompanhar a utente à UCRA transmitindo à equipa quais os cuidados a ter.



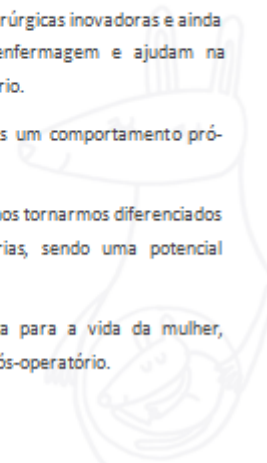
CMIN SUMMIT '21

NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



### Conclusions

- Concluímos com este trabalho, que a pesquisa e divulgação de técnicas cirúrgicas inovadoras e ainda pouco praticadas, são uma ferramenta valiosa para a equipa de enfermagem e ajudam na consolidação de conhecimentos e melhoria das práticas no bloco operatório.
- São ainda um desafio maior, o que despoleta em todos os profissionais um comportamento pró-ativo.
- Sugerimos a prática mais frequente deste tipo de iniciativa, por forma a nos tornarmos diferenciados e nos distinguirmos nesta área, otimizando as nossas práticas diárias, sendo uma potencial referência.
- Tendo em conta o impacto que este tipo de procedimento acarreta para a vida da mulher, consideramos ainda importante o acompanhamento destas utentes, no pós-operatório.





**OBRIGADO PELA VOSSA ATENÇÃO**





**Apêndice 5: Comunicação Oral: *ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services***

**ISBAR as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services.**

The effectiveness of communication in the transfer of information between care providers, in the transition of care, for better patient safety is very important and is increasingly in everyone's eyes. The quality of the healthcare transition is a fundamental element in patient safety, being associated with an improvement in the quality of care and a decrease in adverse events and, consequently, a decrease in mortality. Effective communication between health professionals is characterized by being timely, accurate, complete, unambiguous and always understood by the recipient. The ISBAR Technique is a communication and health standardization tool that is recognized for promoting patient safety in transitional care situations. The ISBAR mnemonic is a memory aid that simply helps to memorize complex constructions to be transmitted verbally: where the I is Identification; S is Clinical Situation; B is the background; A is evaluation and R is recommendations.

Objective: To publicize the ISBAR Technique as a communication tool in the transfer of information as an improvement in the transition of care from the operating room to inpatient services, in favor of patient safety.

Methodology: A literature review based on reference data was used.

Results/Conclusion: The ISBAR methodology is recommended by several healthcare organizations because it is easy to memorize by healthcare professionals and because it is easy to use in different care contexts. It is a strategy that conveys the message in a way that is understood, using a simple, flexible, concise and clear methodology. At the same time, it is a tool for standardizing communication between health professionals. This methodology contributes to quick decision-making, thus promoting critical thinking, thus reducing information transfer time. With its use there is an efficiency and better effectiveness in the transmission of information in the transition of care, and as a consequence, better patient safety, a reduction in failures and adverse events, promoting an improvement in the continuity of care.

Keywords: Communication; ISBAR; Care transition; Continuity of Care



CMIN SUMMIT '21

**NAScer E CREScER SAUDÁVEL NO SÉC. XXI**  
TO BE BORN AND GROW HEALTHY IN THE 21ST CENTURY

13 > 15 outubro  
Auditório ICBAS-UP\*  
+ transmissão online

# ISBAR

Como melhoria na transição de cuidados do Bloco Operatório para os Serviços de Internamento

CMIN ademi UIF

UNIDADE DE REGISTOÇÃO E FORMAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE LISBOA



CMIN SUMMIT '21

**NAScer E CREScER SAUDÁVEL NO SÉC. XXI**  
TO BE BORN AND GROW HEALTHY IN THE 21ST CENTURY

CMIN ademi UIF

UNIDADE DE REGISTOÇÃO E FORMAÇÃO  
UNIVERSIDADE DE LISBOA

## Sumário

- *A importância da comunicação entre profissionais de saúde*
- *ISBAR (Identify, Situation, Background, Assessment e Recommendation)*
  - *Como melhoria na transição de cuidados do Bloco Operatório para os Serviços de Internamento*
  - *Caso prático*

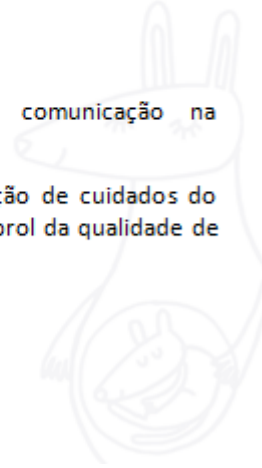
CMIN SUMMIT '21

NASCER E CRESCER  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Objetivos

- Divulgar a Técnica **ISBAR** como ferramenta de comunicação na transferência de informação;
- Apresentar a técnica **ISBAR** como melhoria na transição de cuidados do bloco operatório para os serviços de internamento, em prol da qualidade de cuidados e segurança do doente.



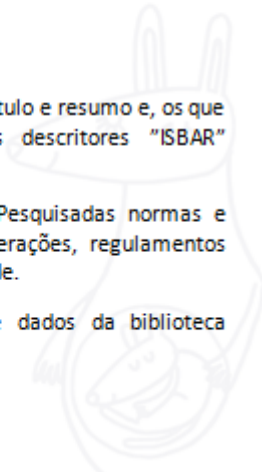
CMIN SUMMIT '21

NASCER E CRESCER  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Metodologia

- Revisão bibliográfica da literatura.
- Os artigos encontrados foram selecionados pela leitura do título e resumo e, os que se enquadravam na temática, leitura integral com os descritores "ISBAR" e "Comunicação".
- Pesquisa realizada durante o mês de Agosto de 2021. Pesquisadas normas e orientações da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações, regulamentos da Ordem dos Enfermeiros e normas da Direção-Geral da Saúde.
- Adicionalmente foram realizadas pesquisas em base de dados da biblioteca do conhecimento online e do Google académico.



CMIN SUMMIT '21

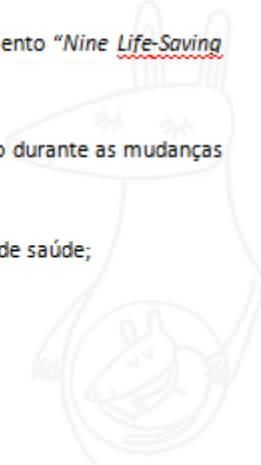
NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## A importância da comunicação entre profissionais de saúde

Em 2005 a Organização Mundial de Saúde, divulga um documento "Nine Life-Saving Patient Safety Solutions"

- um dos nove desafios/soluções, diz respeito à comunicação durante as mudanças de turno:
  - Falhas/perturbações na comunicação entre as equipas de saúde;
    - Diminuição da qualidade dos cuidados
    - Erros no tratamento
    - Danos potenciais para os utentes.



CMIN SUMMIT '21

NAScer e CREscer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



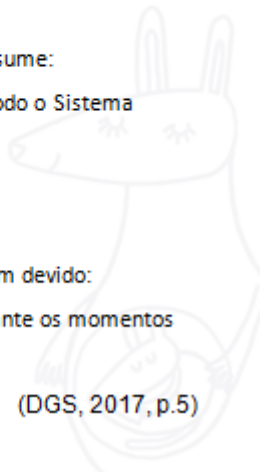
## A importância da comunicação entre profissionais de saúde

O plano nacional para a segurança dos doentes de 2015-2020 assume:

- Melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todo o Sistema Nacional de Saúde:
  - Aumentar a segurança da comunicação.

A nível internacional, 70% dos eventos adversos na saúde ocorrem devido:

- falhas na comunicação entre profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados dos utentes.



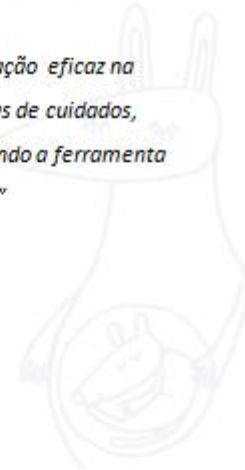
(DGS, 2017, p.5)



## ISBAR

- No âmbito da segurança da comunicação a Direção Geral de Saúde em Fevereiro de 2017 emitiu uma norma (n.º 001/2017):

*“A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a ferramenta de padronização de comunicação a técnica”*



## ISBAR

### Como melhoria na transição de cuidados do Bloco Operatório para os Serviços de Internamento

- A mnemónica ISBAR consiste num auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que:
  - **I**: corresponde à Identificação,
  - **S**: à Situação atual,
  - **B**: aos Antecedentes,
  - **A**: à Avaliação,
  - **R**: às Recomendações”

(DGS, 2017, p.4)



## ISBAR

- **Identificação:** Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e receptor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação;
- **Situação Atual:** Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde;
- **Antecedentes (Background)** Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade;
- **Avaliação:** Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;
- **Recomendações:** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do utente.

(DGS, 2017, p.4)

## ISBAR

### Caso prático

“Enfermeira A, temos aqui a (verifica a pulseira) Utente: M de 01/01/1956.

M. foi submetida a uma Histerectomia por laparoscopia, com uma AGB + EP.

M. tem como antecedentes uma FA e HTA e faz medicação para ambas as patologias.

M. apresenta alto risco de quedas e tem alergia documentada à morfina.

A dor foi controlada com o cateter epidural e a analgesia endovenosa. Tem prescrição médica de analgesia regular de acordo com o protocolo instituído para esta cirurgia.

Os sinais vitais encontraram-se estáveis dentro dos limites normais durante a sua permanência na UCPA.

M. apresenta soroterapia em curso durante às 12h seguintes até iniciar alimentação oral. Apresenta cateter urinário até ao levantar.

M. tem colheitas analíticas para amanhã de manhã.

Alguma dúvida em relação aos cuidados de M.?”

CMIN SUMMIT '21

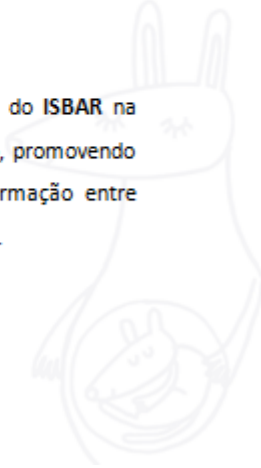
NASCER E CRESCER  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## ISBAR

### Como melhoria na transição de cuidados do Bloco Operatório para os Serviços de Internamento

Após, este caso prático, podemos verificar a importância do **ISBAR** na transição de cuidados e melhoria da qualidade dos mesmo, promovendo assim uma comunicação eficaz na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente.



CMIN SUMMIT '21

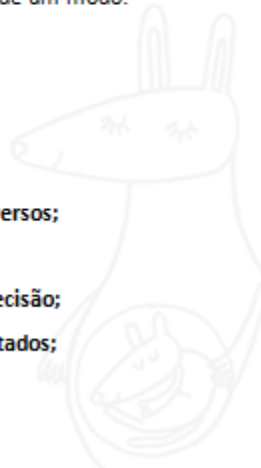
NASCER E CRESCER  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Conclusão

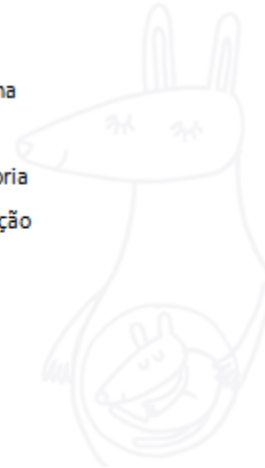
Em suma, temos uma mensagem transmitida e compreendida de um modo:

- Simples, flexível, concisa e clara
- Vantagens:
  - Melhorando a segurança do doente;
  - Diminuindo as falhas/erros e os eventos adversos;
  - Diminuindo o tempo de transferência;
  - Contribuindo para uma rápida tomada de decisão;
  - Aumentando a qualidade dos cuidados prestados;
  - Melhorando a continuidade dos cuidados.



## Conclusão

A utilização desta técnica ainda não se encontra implementada na generalidade dos serviços prestadores de cuidados de saúde, sendo assim, há a necessidade da existência de projetos de melhoria contínua da qualidade que estimulem a implementação da utilização destas técnicas.



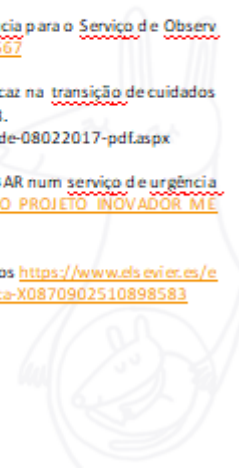
## Bibliografia

Caseiras, S. (2020) ISBAR: A comunicação na transferência de doentes do Serviço de Urgência para o Serviço de Observação do Hospital Doutor José Maria Grand e <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/33567>

Direção Geral da Saúde - Norma no 001/2017 de 08 de Fevereiro (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade e na Saúde. Direção Geral da Saúde (08/02/2017) 1-8. <https://www.dgs.pt/directriz-es-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Figueiredo, A. (2018). Comunicação eficaz em enfermagem: Implementação da Técnica ISBAR num serviço de urgência de pediatria [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29486/1/ANA\\_RITA\\_FIGUEIREDO\\_PROJETO\\_INOVADOR\\_MESTRADO\\_GESTAO\\_2018.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/29486/1/ANA_RITA_FIGUEIREDO_PROJETO_INOVADOR_MESTRADO_GESTAO_2018.pdf)

Santos, M., Grilo, A. (J.). Comunicação em saúde e segurança do doente: problemas e desafios <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-comunicacao-em-saude-e-seguranca-X0870902510898583>



CMIN SUMMIT '21

NAScer e Crescer  
SAUDÁVEL NO SÉC. XXI  
TO BE BORN AND GROW  
HEALTHY IN THE 21ST CENTURY



## Obrigada pela vossa atenção

Trabalho Realizado por:

Enf.ª Claudia Brás, Daniel Cunha, Fernanda Cardoso,  
Isabel Ribeiro, Liliana Moreira, Raquel Moreira e Sara Valente





## Apêndice 6: E-Póster: *Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia*

**CMIN SUMMIT '21** Fumo Cirúrgico: aumento do risco ocupacional em tempos de Pandemia  
Cláudia Brás e Raquel Moreira CHUP- Centro Materno Infantil do Norte – claudiabras@hotmail.com

**Introdução:** os profissionais de saúde, pela especificidade das suas funções, estão sujeitos a inúmeros riscos no local de trabalho, nomeadamente os enfermeiros em contexto hospitalar (Ball, 2009; Mowbray et al., 2020). A exposição contínua ao fumo cirúrgico presente nos blocos operatórios é considerado um risco profissional (AESOP, 2020). Assim, surge a necessidade de implementar programas de sensibilização e procedimentos para prevenir ou minimizar este risco.

**Objetivos:** Percecionar o fumo cirúrgico como um risco existente em contexto laboral, desenvolver conhecimentos sobre a temática e adotar estratégias de gestão dos fumos/gases tóxicos, especialmente em tempos de pandemia COVID-19.

**Metodologia:** Pesquisa bibliográfica em bases de dados de referência.


O fumo cirúrgico decorre da aplicação de energia elétrica num tecido. A sua vaporização produz o fumo cirúrgico, que é visível e tem odor desagradável. Evidenciando consequências a nível respiratório, dermatológico, mutagénico, carcinogénico, a exposição continuada ao fumo cirúrgico como risco profissional é identificada um risco profissional (AESOP, 2020)

O Fumo Cirúrgico contém cerca de 150 produtos químicos, tais como componentes iónicos gasosos, aerossóis com risco biológico, material celular vivo e morto, sangue e vírus, podendo ter consequências a nível respiratório, dermatológico, mutagénico e até carcinogénico, entre outros

A transmissão da COVID-19 através de fumo é um risco latente associado à aerossolização do vírus durante a eletrocirurgia

Bronquite, Enfisema pulmonar, Tosse, Asma Hiperesplástica, Fraqueza Torácica, Cefaleias Náuseas e vômitos Ansiedade Dermátites, Alergias Anemia, Leucemia Irritação ocular Irritação da faringe Cólica Intestinal Papilomatose laríngea

**Conclusão:** O fumo cirúrgico é um risco ocupacional de elevada importância para os profissionais do bloco operatório. Devem ser implementadas medidas de redução de risco de produção de aerossóis durante os procedimentos. Assim, cabe aos profissionais estarem sensibilizados acerca desta temática, melhorando procedimentos e adotando comportamentos de saúde mais responsáveis.



Referências bibliográficas: AESOP (2020). Recomendações para a abordagem de doente em contexto perioperatório suscetível, provável, contaminado ou infetado por sars-cov2 (covid-19). <https://www.ordemenfemeiros.pt/media/7/7831/aesop-recomendacoes-para-a-abordagem-de-doente-em-contexto-perioperatorio-susceptivo-provavel-contaminado-ou-infetado-por-sars-cov-2.pdf> ; Ball, K. (2009). Surgical Smoke Evacuation Guidelines: Compliance Among Perioperative Nurses. Virginia Commonwealth University, Virginia. <https://core.ac.uk/download/pdf/215480269.pdf>; Mowbray, N. G. et al. (2020). Safe management of surgical smoke in the age of covid-19. British Journal of Surgery, 107, 1408- 1413. <https://doi.org/10.1093/bjs/11079>



**Apêndice 7: Póster: *Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal: 2000-2020***

**Enquadramento Conceptual da Enfermagem Perioperatória em Portugal 2000 - 2020**

V Conferência Internacional de Investigação em Saúde

Cláudia Brás<sup>1</sup>, Liliana Santos<sup>2</sup>, Maria Andrade<sup>3</sup>, Mariana Rocha<sup>3</sup>, Maribel Leij<sup>3</sup>, Rute Oliveira<sup>3</sup>, Susana Pepino<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Centro Médico Infantil do Norte; <sup>2</sup> Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa; <sup>3</sup> Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia Espinho, EPE; <sup>4</sup> Hospital Distrital de Santarém

**Enquadramento:** Dois principais fatores encontram-se na origem da exigência do enquadramento cronológico da constituição da figura do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória: (1) o facto da Enfermagem experimentar na atualidade um período que é de mudança e de consolidação e (2) o reforço das obrigações profissionais do enfermeiro e o fortalecimento da sua participação na sociedade, emergente das novas necessidades de cuidados e da renovação das expectativas acerca dos serviços de saúde.

**Objetivos:** revelar o rumo da constituição da Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e apresentar cronologicamente os principais eventos no contexto da enfermagem perioperatória de 2000 a 2020, em Portugal.

**Metodologia:** revisão narrativa da literatura e dos atos legislativos, publicados no Diário da República Eletrónico. Os artigos encontrados foram selecionados pela leitura do título e resumo e, os que se enquadravam na temática, leitura integral com os descritores "Perioperative Nursing" e "Operating Rooms" no período de 2000 a 2020. Pesquisa realizada durante o mês de Janeiro e Fevereiro de 2021. Pesquisadas normas e orientações da Associação de Enfermeiros de Sala de Operações e regulamentos da Ordem dos Enfermeiros. Adicionalmente foram realizadas pesquisas em base de dados da biblioteca do conhecimento online e do google académico.

**Conclusão:** o reconhecimento da Enfermagem Perioperatória enquanto especialidade clínica representa, o alcance de uma proposta concebida e reivindicada pelos seus diferentes participantes e que vem favorecendo o progresso constante e regular da Enfermagem, culminando na abertura a 2 de dezembro de 2020 do 1º curso do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

**Campos e Bases Cirúrgicas Descartáveis**  
2000-2002  
Instituição de unidades de cuidados cirúrgicos  
Política de incentivo ao profissional de saúde, à especialidade

**Cirurgia Segura Salva Vidas**  
2000-2001  
Validação dos protocolos de segurança

**Cirurgia Robótica**  
2000-2002  
Início da prática

**As Especialidades Clínicas em Enfermagem**  
2000-2001  
Reconhecimento da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória  
2001  
Reconhecimento da Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

**Sistemas de Informação no Bloco Operatório**  
2000-2001  
Introdução de sistemas de informação no Bloco Operatório  
2001  
Introdução de sistemas de informação no Bloco Operatório

**2º Ciclo de Estudos**  
2000-2001  
Início do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica  
2001  
Início do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

**Pandemia SARS-CoV-2**  
2020-2021  
Impacto da pandemia

**Resultados:**

**RESENHA HISTÓRICA DA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

O exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória exige uma atuação profissional relativamente aos riscos próprios da situação cirúrgica e anestésica, baseando-se no desempenho profissional responsável e cuidadoso.

**06 de março de 2011** - Em conformidade com o Regulamento 103/2011 de Individualização das Especialidades Clínicas em Enfermagem e segundo o articulado do artigo 9º, processo de reconhecimento de novas especialidades, é reconhecida a Enfermagem Perioperatória como especialidade clínica.

**25 de setembro de 2012** - Visando a regulamentação da Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória, foi constituído o grupo de trabalho Ordem dos Enfermeiros - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas.

**07 de maio de 2015** - É apresentada à sociedade por unanimidade, em Assembleia Extraordinária da Ordem dos Enfermeiros, a proposta de reconhecimento da Especialidade de Enfermagem Perioperatória.

**16 de setembro de 2015** - Lei nº 150/2015, as Títulos de Enfermeiro Especialista passíveis de serem atribuídos nos quais se inclui o de Especialidade Médico-Cirúrgica à pessoa em situação Perioperatória - passam a estar previstos no artigo 40º do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros.

**25 de novembro de 2017** - Assembleia extraordinária do Colégio de Especialidade Enfermagem Médico-Cirúrgica onde são emanados os Padrões de qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória e respetivo quadro de Programa Formativo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica tendo a mesma sido aprovada na reunião de 22 de dezembro de 2017.

**16 de julho de 2018** - Publicação em Diário da República 2.ª série, nº 135 - Regulamento Nº429/2018 no Anexo IV - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica - à Pessoa em Situação Perioperatória.

**16 de agosto de 2018** - Decreto-Lei nº 102/18, estabelece a publicação de estatutos particular e do plano de estudos.

**25 de novembro de 2020** - Publicação em Diário da República, 2ª série, despacho nº 116/2020, emanado de estatutos curricular e plano de estudo do 2º ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica - área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior em 24 de Setembro de 2020, com parecer favorável da Ordem dos Enfermeiros e aprovado pela Direção-Geral do Ensino Superior.

**02 de dezembro de 2020** - Abertura online das aulas do 1º curso do ciclo de estudos conducente ao grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

ESS+ Norte

UD

RIJS

CINTESIS Health Research



## Apêndice 8: Póster Científico: *ISBAR* como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem

**V** JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATORIA DE LEIRIA 11 e 12 NOVEMBRO

ENFERMAGEM PERIOPERATORIA PENSAR O FUTURO CONSTRUIR O PRESENTE

Nome dos autores: Carina Ribeiro, Cláudia Brás, Raquel Moreira, Sandra Maia  
Instituição/Organização: Centro Hospitalar Universitário do Porto – Centro Médico Infantil do Norte

### ISBAR como melhoria na transição dos cuidados de enfermagem

**Introdução:** A eficácia da comunicação na transferência de informação entre equipas prestadoras de cuidados, na transição de cuidados, para uma melhor segurança do doente encontra-se cada vez mais nos olhares de todos. A qualidade na transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na segurança do doente, estando associado a uma melhoria na qualidade de cuidados e uma diminuição nos eventos adversos e consequentemente diminuição na mortalidade. Técnica ISBAR é uma ferramenta de padronização de comunicação e saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados. (DGS, 2017,p.5)

**Objetivo:** Divulgar a técnica ISBAR como ferramenta de comunicação na transferência de informação como melhoria na transição de cuidados do bloco operatório para os serviços de internamento, em prol da segurança do doente.

**Metodologia:** Foi utilizada a revisão bibliográfica com base em dados de referência.

**Resultados/Conclusão:** A metodologia ISBAR é um auxiliar de memória que de forma simples, ajuda a memorizar construções complexas para serem transmitidas de forma verbal. Promovendo assim a melhoria da segurança do doente, diminuindo as falhas/erros e os eventos adversos, diminuindo o tempo de transferência, contribuindo para uma rápida tomada de decisão, aumentando a qualidade dos cuidados prestados e melhorando a continuidade dos cuidados.

**I** Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação bem como do doente a quem diz respeito a comunicação

**S** Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde

**B** Descrição de fatos clínicos, de enfermagem e diretivas antecipadas de vontade

**A** Informações sobre o estado do doente, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas

**R** Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do utente (DGS, 2017, p.4)



**Apêndice 9: Manual de Bolso para Atuação dos Enfermeiros de Anestesia no Período Intraoperatório**

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

**Manual de bolso para atuação dos  
enfermeiros de anestesia no  
período intraoperatório**

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

**Manual de bolso para atuação dos  
enfermeiros de anestesia no  
período intraoperatório**

Realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatoria II para a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória

**Profª Orientação:** Professora Doutora Susana Regadas

**Enfªs Tutoras:** Augusta Pinho e Carla Reis

**Orientanda:** Cláudia Vanessa da Silva Brás, N.º3685

**Local de estágio:** Centro Hospitalar Universitário do Porto

Oliveira de Azeméis | 2022

ii

## **Índice**

O Bloco Operatório	4
Caraterização do Bloco Operatório do CHU Porto	7
As práticas recomendadas para o Bloco Operatório	10
Funções do Enfermeiros de anestesia do bloco operatório	12
A segurança do doente encontra-se nas mãos da equipa cirúrgica desde o momento em que este entra no bloco operatório	14
Jejum Pré-operatório para cirurgia eletiva (ASA recomendações)	15
Classificação do risco anestésico – ASA	15
Classificação da Mallampati	16
Função do enfermeiro de anestesia em caso de incêndio	17
Conceitos de anestesia	19
Tipos de anestesia	20
Monitorização Perioperatória	26
Referências Bibliográficas:	39

### **O Bloco Operatório**

O bloco operatório assume-se com um contexto de atuação do profissional de enfermagem com características muito peculiares. O Ministério da Saúde (2015 p. 33) tendo por base a Direção-Geral da Saúde (2015) define-o como uma "unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral anestesia". No bloco operatório intervém uma equipa multidisciplinar, onde se inclui o enfermeiro perioperatório, e onde não há margem para erro, até porque um pequeno erro pode transformar-se num erro fatal e que culmina na morte do cliente. Segundo a Organização Mundial da Saúde, por ano e a nível mundial, são realizados mais de 281 milhões de cirurgias, o que resulta em 7 milhões de complicações significativas e 1 milhão de mortes (Mota et al., 2021a).

O bloco operatório é dos contextos mais complexos da área da saúde, onde as equipas que nele desempenham funções são altamente qualificadas e estão altamente treinadas e na qual, diferentes profissionais atuam numa ótica de complementaridade, recorrendo a tecnologia avançada, defrontando-se com situações de alto risco, tendo a responsabilidade de responder às

necessidades do paciente (Ministério da Saúde, 2015). Sendo um ambiente complexo e imprevisível, o bloco operatório é o local onde mais eventos adversos ocorrem, sendo que 50% deles seriam evitáveis, verificando-se que as complicações dos cuidados cirúrgicos constituem uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo e a segurança cirúrgica transforma-se num problema de saúde pública (Mota & Castilho, 2019).

O desconhecimento ou não familiarização com o local de trabalho e/ou com os diversos recursos materiais colocados aos dispor do profissional, são fatores potenciadores do risco" (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2008, p. 1). Por isso, a propósito da aquisição da perícia pelos enfermeiros, Benner et al. (2009) salienta que é importante que o enfermeiro utilize experiências concretas do passado, que o seu pensamento analítico dê lugar ao pensamento intuitivo, para depois conseguir perceber uma situação como um todo, focando-se no que é mais importante e por fim, que faça parte da situação. Tal como Meleis (2010) refere, o conhecimento é capacitar os que o desenvolvem e os que o usam, neste caso, os enfermeiros, e os que dele beneficiam, ou seja, os pacientes. Assim sendo, a teoria das transições também adquire relevância, na medida em que ela é um guia para cuidados de enfermagem eficazes, antes, durante e depois da transição (Meleis, 2015).

E cabe ao enfermeiro Perioperatório, cuidar do paciente durante todo este período e o qual compreende o antes, o durante e o depois da cirurgia.

### **Caraterização do Bloco Operatório do CHUPorto**

O BO de Cirurgia Convencional do CHUPorto é um serviço que detém o reconhecimento, por parte dos cidadãos e dos pares, como um serviço de referência e superioridade, que assegura a excelência clínica, a inovação e a eficácia como instrumentos fundamentais da sua diferenciação técnica. Além disso, promove uma cultura de reflexão positiva, privilegiando o tratamento do doente através de um processo de melhoria contínua, centrado nos resultados e ganhos em saúde para o doente.

Ainda a respeito do BO de Cirurgia Convencional do CHUPorto interessa referir que este desenvolve a sua atuação à luz de valores como a prática da equidade, acessibilidade e responsabilidade, procurando novos conhecimentos e praticar a investigação por forma a consolidar o saber e a constituir-se como uma equipa de trabalho que está envolvida com o CHUPorto enquanto instituição.

O CHUPorto está equipado com seis BO, os quais estão distribuídos pelas várias unidades que o compõem:

- CMIN: dois BO, em pisos diferentes;
- CICA: um BO;
- HSA: três BO, sendo que dois – BO Central e BO de Ortopedia – se encontram no piso 2 do

Edifício Luís Carvalho, e um – BO de Neurocirurgia – encontra-se no piso 5 do Edifício Neoclássico. O BO Central está equipado com cinco salas cirúrgicas – D, E, F, G e H – sendo que sala F é uma sala cirúrgica de urgência. Por sua vez, o BO de Ortopedia dispõe de três salas cirúrgicas – A, B e C –, sendo que a sala B é designada de sala de urgência diferida. Já o BO de Neurocirurgia dispõe de duas salas cirúrgicas.

- Ainda dispõe de serviços externos a quem dá apoio com enfermeiro de anestesia estes serviços são locais onde a equipa de enfermagem de anestesia se desloca e encontram-se em diversos locais do HSA.

CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO, IPE  
 UNIDADE HOSPITALAR DE SANTO ANTONIO  
 BLOCO OPERATÓRIO  
 15 de Outubro de 2013

ESPECIFICIDADE	SALA	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
ESPECIFICIDADES DE CARIÓTIPO	NCT	NCT/INC	NCT/INC	NCT/INC	NCT/INC	NCT/INC	NCT/INC
	A	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	B	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	C	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	D	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	E	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	F	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	G	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	H	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT
	I	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT	CHT/CHT

ESPECIFICIDADE	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
MAQUIA	CV/UNO	UNO	HBP/UNO	CV	HBP/UNO	LW
TARDE	OT/UNO	UNO	HBP/UNO	LW	LW	LW

SERVIÇOS EXTERNOS	SEGUNDA	TERÇA	QUARTA	QUINTA	SEXTA	SABADO
MAQUIA	CV/UNO	UNO	HBP/UNO	CV	HBP/UNO	LW
TARDE	OT/UNO	UNO	HBP/UNO	LW	LW	LW

a) Uma vez por mês

### **As práticas recomendadas para o Bloco Operatório**

Segundo a AESOP, as práticas recomendadas, representam uma linha de orientação sobre alguns aspetos importantes, e a forma como devem ser usadas. O corpo humano é a maior fonte de contaminação microbiana no bloco operatório, por este motivo todos os intervenientes de um bloco operatório devem ter bem presente, a correta forma de utilização da indumentária a utilizar. (AESOP, 2012).

Seguidamente serão apresentadas de forma esquematizada algumas práticas recomendadas, segundo a AESOP,2012:

**I** - Antes de entrar no bloco operatório deverão ser retiradas todas as joias e adornos, as unhas não devem ser revestidas de verniz e devem ter as unhas curtas;

**II** - Todas as pessoas que entram no bloco operatório devem vestir roupa própria para ser usada em ambiente cirúrgico – **roupa de circulação a roupa do bloco é de uso exclusivo desse local**

**III** - Cabelos e pelos faciais, incluindo patilhas, devem estar completamente cobertos quando se entra no bloco operatório

**IV** - Todas as pessoas que entram em **áreas restritas** do Bloco Operatório, devem usar máscara, quando decorrem procedimentos cirúrgicos, quando existem materiais estéreis abertos ou na presença de pessoas desinfectadas.

**V** - Todas as pessoas que entram no bloco operatório, devem ter disponível calçado para uso exclusivo nas áreas semi-restritas.

### Funções do Enfermeiros de anestesia do bloco operatório

Funções do enfermeiro de anestesia	Funções do enfermeiro de anestesia	Funções do enfermeiro de anestesia
<p>1. Verificar e validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no procedimento cirúrgico em relação ao estado de conservação e validade dos materiais e equipamentos disponíveis no bloco operatório.</p> <p>2. Preparar os materiais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico.</p> <p>3. Monitorizar o estado de conservação e validade dos materiais e equipamentos disponíveis no bloco operatório.</p> <p>4. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>5. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>6. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>7. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>8. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>9. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>10. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p>	<p>1. Validar e validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no procedimento cirúrgico em relação ao estado de conservação e validade dos materiais e equipamentos disponíveis no bloco operatório.</p> <p>2. Preparar os materiais e equipamentos necessários para a realização do procedimento cirúrgico.</p> <p>3. Monitorizar o estado de conservação e validade dos materiais e equipamentos disponíveis no bloco operatório.</p> <p>4. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>5. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>6. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>7. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>8. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>9. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>10. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p>	<p>1. Preparar o material necessário para a realização do procedimento cirúrgico.</p> <p>2. Monitorizar o estado de conservação e validade dos materiais e equipamentos disponíveis no bloco operatório.</p> <p>3. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>4. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>5. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>6. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>7. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>8. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>9. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p> <p>10. Validar o funcionamento de todos os equipamentos de anestesia disponíveis no bloco operatório.</p>

(AESOP 2012)

<p>No dia da cirurgia (cont.)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Colaborar no posicionamento do cliente, mantendo o alinhamento correto do corpo com especial atenção às zonas de proeminências ósseas;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Auxiliar na colocação de garrote pneumático, se necessário, estar atento a alterações que possam surgir; ligar à hora de início e fim do garrote (como seja utilizado);</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Manter a vigilância do cliente (permeabilidade das vias aéreas, sinais vitais, cor da pele e mucosas, parâmetros de ventilação, perdas sanguíneas, etc.);</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Monitorizar a dor em todos os clientes no intraoperatório e proceder ao seu registo na folha de registo intraoperatória de enfermagem;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Comunicar ao Anestesiologista da sala as alterações, se existirem, verificadas após a aplicação da escala da dor ao cliente a ser intervenido;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Denunciar prontamente qualquer complicação;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Colaborar com o Anestesiologista no "acordar" do cliente nas anestésias gerais ou mascaradas bariátricas;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Fazer os registos da cirurgia em impresso próprio do serviço e terminar o preenchimento da Cirurgia Segura;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> No final da cirurgia ligar para a UCPA e comunicar a saída do cliente, acompanhar o cliente à UCPA com o estado da assistência operacional de apoio à sala cirúrgica;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Colaborar na transferência do cliente para a UCPA, transmitir informações orais (ISDAI) e escritas que permitam a continuidade dos cuidados ao enfermo da UCPA;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Planear em conjunto com o anestesiológico e o cirurgião responsável da sala a "chamada" do próximo cliente, antes do final da cirurgia que está a decorrer, de forma a ser feita uma planificação dos clientes a operar, e para não haver um "turn over" excessivo entre cirurgias;</li> <li><input checked="" type="checkbox"/> Manter a mesa de anestesia sempre preparada para receber o cliente seguinte.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Pós-operatório (controlo da dor e necessidade de unidade de cuidados intensivos);</li> </ul>
<p>No fim da cirurgia</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input checked="" type="checkbox"/> Itinerar para a sala operatória e proceder à sua reposição;</li> </ul>	

(AESOP, 2012)

**A segurança do doente encontra-se nas mãos da equipa cirúrgica desde o momento em que este entra no bloco operatório**

**Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica**

**World Health Organization**

**Patient Safety**

**Objetivo:** Reduzir o risco de danos evitáveis associados à cirurgia.

**Indicador:** O número de incidentes de segurança cirúrgica evitáveis.

**Definição:** Incidentes de segurança cirúrgica evitáveis são aqueles que poderiam ter sido evitados através de uma abordagem sistemática e baseada em evidências.

**Objetivos:**

- 1. Garantir que todos os pacientes submetidos a uma cirurgia tenham um plano de segurança cirúrgica.
- 2. Garantir que todos os pacientes submetidos a uma cirurgia tenham um plano de segurança cirúrgica.
- 3. Garantir que todos os pacientes submetidos a uma cirurgia tenham um plano de segurança cirúrgica.

**Checklist:**

**Antes da cirurgia (antes da anestesia):**

- 1. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 2. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 3. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 4. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 5. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 6. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 7. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 8. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 9. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 10. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não

**Depois da cirurgia (depois da anestesia):**

- 1. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 2. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 3. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 4. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 5. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 6. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 7. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 8. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 9. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não
- 10. O cirurgião confirmou a identidade do paciente, o local da cirurgia e a necessidade da intervenção?
  - Sim
  - Não

**Nota:** Este checklist deve ser utilizado em conjunto com o protocolo de segurança cirúrgica da instituição.

**Revisão:** 2019

**Atualização:** 2020

**Revisão:** 2021

**Atualização:** 2022

### Jejum Pré-operatório para cirurgia eletiva (ASA recomendações)

Alimentos ingerido	Nº Horas
Líquidos claros (água, chá, café, sumo sem polpa)	2
Leite materno	4
Leite e fórmula infantil	6
Refeição ligeira	6

*(The American Society of Anesthesiologists-ASA)*

### Classificação do risco anestésico – ASA

classe	risco morte %	definição
I	0.06-0.08	sem doença associada
II	0.27-0.4	dça sistémica ligeira s/ limitação funcional
III	1.8-4.3	dça sist. moderada c/ limitação funcional
IV	7.8-23	dça sist. grave associada a risco de vida
V	9.4-51	moribundo com sobrevida estimada < 24h
VI		dador de órgãos em morte cerebral
E		emergência

*(The American Society of Anesthesiologists-ASA)*

### Classificação da Mallampati



*Classe I: Palato mole, úvula, pilares e fauces;*

*Classe II: Palato mole, úvula e fauces;*

*Classe III: Palato mole e base da úvula;*

*Classe IV: Palato duro.*

*(The American Society of Anesthesiologists-ASA)*

### **Função do enfermeiro de anestesia em caso de incêndio**

Durante uma cirurgia encontram-se sempre presentes os elementos básicos para um incêndio. O incêndio ocorre sempre que o triângulo do incêndio se junta, este é constituído por: ignição, combustão, e oxidante.

O importante é a deteção de um incêndio e a rápida comunicação dele.

No CHUPorto o contato de emergência interna para incêndio é o **1111**.

Quando o incendio acontece dentro do bloco operatório a equipa deve proceder imediatamente a alguns procedimentos definidos pela *Joint Comission of Accreditation of organizations, 2003*, sendo eles:

- Extinguir o incêndio desconectado o paciente do ventilador / O2 e ventilar com insuflador manual e ar ambiente;
- Conter o incêndio removendo todos os elementos em chama;
- Salvar o paciente tomando todas as atitudes necessárias para salvaguardar as suas capacidades vitais.

**O enfermeiro de anestesia deve:**

- Colaborar com o anesthesiologista no suporte de vida do paciente;
- Encerrar o fluxo de gases medicinais para o paciente;
- Manter ventilação com insuflador e máscara e ar ambiente;
- Ajudar no seu transporte para o local de refúgio;
- Colaborar com a Enfermeira Circulante na necessidade de desligar as válvulas dos gases medicinais;
- Desligar todo o equipamento elétrico do ventilador;
- Desconectar qualquer fio que se ligue ao paciente;
- Manter o estado anestésico do paciente e juntar os fármacos necessários para a sua manutenção durante o transporte;
- Colocar no leito de transporte fluidoterapia adicional se o tempo permitir. (*Joint Commission of Accreditation of organizations, 2003*)

### **Conceitos de anestesia**

O termo "anestesia" deriva da língua grega, *an* – ausência – e *aisthesis* – sensação.

A primeira intervenção cirúrgica com anestesia geral foi realizada em 16 de outubro de 1846. Foi um jovem com um tumor da região cervical, intervencionado pelo cirurgião Jonh Collins Warren e anestesiado com éter pelo dentista William Thomas Green. (Duarte, A.; Martins, O., 2014, p. 69)

*"A anestesia é um ato medico, em que se utiliza fármacos com a finalidade de bloquear a sensibilidade tátil e dolorosa de um doente na sua totalidade ou em parte do seu corpo, e com ou sem compromisso da consciência."* ( Duarte, A.; Martins, O., 2014, p.69) O ato anestésico desenvolve-se em três fases: a fase de indução, a fase de manutenção e a fase de recobro. ( Duarte, A.; Martins, O., 2014)

### **Tipos de anestesia**

Existem vários tipos de anestesia, podendo ser designados como:

- **Anestesia geral**, promove a amnésia (ausência de *awarness*), abolição da dor (analgesia), inibição dos reflexos nocivos e relaxamento muscular possibilitando a realização de qualquer intervenção cirúrgica conhecida, sendo elas:

- Inalatória, utilização de protóxido de azoto, halotano, isoflurano, sevoflurano;
- Intravenosa, utilização de hipnótico, analgésico, relaxante muscular, O<sub>2</sub> + ar;
- Balanceada utilização de hipnótico, analgésico, relaxante muscular, inalatório.

Períodos da anestesia geral:

- Indução: desde a hipnose até à intubação;
- Manutenção: após a intubação até ao despertar;
- Recobro: despertar do doente

- **Anestesia loco regional**, inibição da atividade elétrica das fibras autonómicas, sensitivas e motoras ao nível dos segmentos espinhais bloqueados, pela ação dos anestésicos locais, podendo ser elas:

- **Bloqueio Subaracnoideo (BSA)**, difusão do anestésico local no LCR, tempo de instalação do bloqueio quase imediato;
  - **Epidural**, difusão do anestésico local nos nervos espinais, demora mais tempo a instalação do bloqueio; esta duas anestésias são normalmente indicadas para as cirurgias do andar inferior do abdómen e períneo e/ou para cirurgias dos membros inferiores;
  - **Bloqueio de plexos**, como sendo o plexo braquial, femoral, ciático;
  - **Bloqueio dos nervos periféricos**; sendo eles do braço (mediano, radial, cubital), cirurgia da mão, bloqueio dos nervos digitais cirurgia dos dedos, bloqueio poplíteo e do tornozelo para cirurgia do pé. ( Duarte, A.; Martins, O., 2014)
- **Anestesia local**, pode ser usada como, técnica anestésica isolada e ou analgesia. Importância do uso do EMLA em pediatria ou para cirurgia dermatológica.
- **Anestesia combinada**, é uma anestesia geral com uma anestesia loco-regional.

**Material para Entubação Traqueal no Adulto**

**Tabuleiro:**

- Laringoscópio com 3/4 lâminas;
- Pinça Maggill grande e pequena;
- Mandril;
- Seringa para o cuff;
- Adesivo (hipoalergénico – olhos + tubo);
- Tubo Endotraqueal com cuff;
- Máscara facial + filtro + traqueia;
- Tubo orofaríngeo (Guedell);
- Aspirador;
- Máscara laríngea se necessário (SOS);
- Insuflador manual (SOS).

**Adjuvantes da Via Aérea**

- Mandril
- Pinça de Maggill
- Bougie
- Frova
- Lâmina de McCoy
- Máscara Laríngea
- Kit de cricotirotomia
- Videolaringoscópios
- Fibroscópios

**Material para Bloqueio de Plexo (anestésiar apenas o membro a ser intervencionado)**

- Campo + luvas, compressas estéreis;
- Desinfetante da pele;
- Agulha para bloqueio do plexo (25mm até 150 mm);
- Ecógrafo/Neuro-estimulador (localização nervosa);
- 2 seringas de 20cc com anestésico.

**Material para anestesia epidural/bloqueio subaracnoideo/sequencial**

- Campo (trouxa com 2 panos) + luvas + compressas estéreis;
- Desinfetante da pele;
- 1 seringa de 5cc para anestesia local;
- 1 seringa de 2cc para anestesia;
- Agulha de diluição para aspirar fármacos;
- Agulha SC para anestesia local + agulha IM + diluição;

**Consoante a seleção da técnica anestésica escolhida:**

- Agulha de bloqueio subaracnoideo (do 29G ao 22G);
- Kit de epidural;
- Kit sequencial;

**Material para linha arterial:**

- Cateter arterial + Kit de artéria;
- Cloreto de sódio de 1000cc
- Manga de pressão;
- Transdutor;
- Imobilizar a mão com rolo;
- Campo (trouxa com 2 panos), luvas;
- Compressas,
- Solução dérmica de iodopovidona;
- Seda 2/0 ▲ para a pele/ *Steristrip*;
- lâmina de bisturi;
- Adesivo, penso;

**Material para cateter central e pressão venosa central (PVC):**

- Cateter central (triplo lúmen) + Kit de PVC;
- Manga de pressão para o PVC;
- Transdutor para o PVC;
- Campo (trouxa com 2 panos) + bata + luvas + 2 taças pequenas (Iodopovidona e SF) + luvas + compressas;
- 1 porta agulhas + 1 seringa de 5cc + 1 agulha IM;
- Seda 2/0 ▲ para a pele, lâmina de bisturi;
- Torneiras estéreis/obturadores;
- Adesivo, penso;

**Durante o intraoperatório o Enfermeiro de anestesia deve ter em atenção vários fatores um deles e no manuseamento dos fármacos**  
Este deve:

- Identificar inequivocamente os fármacos com etiquetas;
- Ter sempre em atenção os medicamentos de alerta máximo
- Ter atenção aos medicamentos LASA (*Look-alike, Sound-alike*)
- Guardar os fármacos até ao doente sair da sala;
- Realizar dupla confirmação antes da administração dos fármacos. (AESOP,2012)

### Monitorização Perioperatória

Com o evoluir das tecnologias, este veio permitir melhorar a vigilância e aumentar a informação disponível para ajudar na tomada de decisão. A monitorização vem facilitar a nossa ação de prevenir, avaliar, avisar, agir.

A monitorização standard deve estar sempre em qualquer ato anestésico tal como o anestesista; só devem ser suspensas caso interfiram com as manobras de SAV ou se impraticáveis.

A **monitorização standard** são:

- Sinais vitais: TA, FC e Temperatura
- Oximetria com onda de pulso contínuo
- FI O<sub>2</sub> e Capnografia
- ECG contínuo
- Termómetro

A **monitorização avançada** são:

- Pressão intra-arterial;
- Monitorização de relaxamento neuromuscular;
- Profundidade anestésica (BIS, *Massimo*)
- Oximetria cerebral (*Invos*, O<sub>3</sub>)
- Débito cardíaco não invasivo (*pulsion*, *starling SV*)
- Dor intraoperatória (ANI)

Nome Comercial / Nome Genérico	Apresentação	Características	Dose
Tractum / Bexlato de Atacurto	Ampola 10 mg/5ml (10 mg/ml) ou Ampola 25 mg/2,5ml (10 mg/ml)	Tem uma duração de ação intermediária. Pode induzir a libertação de histamina. O seu processo de eliminação não enzimático tem variação nos doentes em que a função renal e hepática está comprometida (modo de degradação único – fígado independente). Recentemente introduzido no mercado é um soro do Atacurto; é mais potente que o Atacurto e apresenta uma duração de ação ligeiramente maior. A sua degradação não depende de enzimas (metabolismo fígado independente) e tem a vantagem, indistintamente ao Atacurto de não provocar a libertação de histamina e de promover maior estabilidade cardiovascular.	- Ni doses não veniam com a alise ou patologia associada. <b>Dose de ataque</b> – 0,5 mg/kg - tempo de início de ação de cerca de 120 a 150 seg. e duração de ação de cerca de 30 min. <b>Dose de manutenção</b> – 0,1 a 0,25 mg/kg - tempo de início de ação de cerca de 100 seg. e duração de ação de cerca de 40 min.
Estreon / Brometo de Acortolol	Ampola 50 mg/5 ml (10 mg/ml)	É um fármaco novo que foi sintetizado para ter um rápido início de ação. Não é metabolizado e é excretado praticamente pelo fígado e diretamente pelos rins. A sua ação é prolongada pela inibição hepática, mas não pela renal. A libertação de histamina e os efeitos cardiovasculares não são significativos.	<b>Dose de ataque</b> – 0,6 mg/kg - tempo de início de ação de cerca de 90 seg. e duração de ação de cerca de 30 min. <b>Doses superiores</b> – 0,9 a 1,2 mg/kg (diminuem o tempo de início de ação e prolongam a duração da ação (é o único com início de ação similar à succinilcolina)
Relaxante muscular Não Depolarizante		Tem uma duração de ação intermediária. Não provoca libertação de histamina. É metabolizado em parte no fígado e excretado pelo rim.	<b>Dose de ataque</b> – 0,1 mg/kg - tempo de início de ação de cerca de 120 seg. e duração de ação de cerca de 25 a 30 min.
Morcuron / Brometo de Vecurônio	Ampola 10 mg e 5mg Vecurônio de 10 mg aditivo 5 ml de S.F. ou água (2 mg/ml) Vecurônio de 4 mg aditivo 2 ml de S.F. ou água (2 mg/ml)	Produz uma paralisia rápida, completa e reversível. A recuperação é espontânea e a sua ação não pode ser revertida. Pode determinar a libertação de histamina. A succinilcolina é inativa em soluções alcalinas, não deve ser administrada em solução com outros fármacos.	<b>Dose de ataque</b> – 1 a 1,5 mg/kg - em um rápido início de ação – 30 a 60 seg. - em uma curta duração de ação - < 10 min.
Relaxante muscular Não Depolarizante	100 mg/2ml (50mg/ml)		

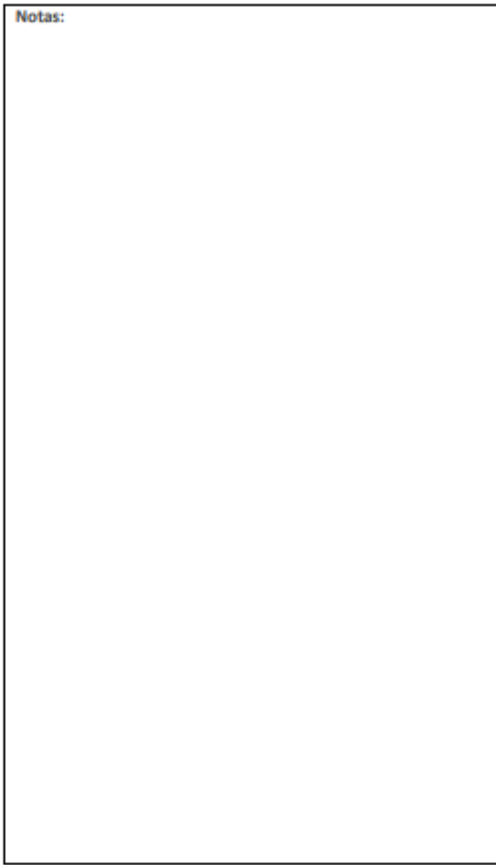
[ Duarte, A.; Martins, O., 2014)



Nome Comercial / Nome Genérico	Apresentação	Características	Dose
<b>Tropental / Soléon</b>	<b>Ampolas de 500 mg (50) para solução injetável, diluir em 20cc de 5%, solução deve conter 25mg/ml</b>	Usado na indução anestésica em reserções cirúrgicas de curta duração. Tem uma ação rápida e de curta duração que é muito revesna e, por isso pode originar depressão respiratória. É um anestésico geral de ação curta, o seu início de ação verifica-se cerca de 30 seg. após administração. Indicado para indução e manutenção de anestésico geral. Também pode ser usado na sedação de doentes aditos ventrículas submetidos a cuidados intensivos. A recuperação da anestesia é gradualmente rápida e total com uma incidência baixa de náuseas, vômitos e vômitos pós-operatórios.	<b>Dose para indução:</b> Num doente normal é de 3 a 5 mg/kg.  <b>Dose de manutenção:</b> Na sedação da anestesia geral, a maioria dos doentes aditos com menos de 35 anos, necessitam de 1,5 a 2,5 mg/kg.  <b>Dose de manutenção:</b> A manutenção da anestesia geral, quer por perfusão contínua (4 a 12 mg/kg/h) quer por injeções em bolus repetidas, de modo a manter a profundidade da anestesia que se pretende.
<b>Dephan 1% / Propofol</b>	<b>Ampola de 30 ml (30 mg/ml)</b>	É um anestésico não barbitúrico cujo princípio ativo é a Droperidol. Esta indicada como agente anestésico único em procedimentos de diagnóstico e cirurgia que não requerem resarimento do músculo esquelético, e mais adequado para procedimentos curtos.	<b>Dose de indução:</b> A dose inicial IV pode variar entre 1 mg/kg e 4,5 mg/kg. A quantidade exata necessária para produzir 3 a 10 min. de anestesia crítica equivale a 2 mg/kg.
<b>Kenlar / Cloridrato de Cloramina</b>	<b>frasco-ampola com 10 ml de solução injetável a 50 mg/ml</b> <b>Indução após sedação deve conter 1 mg/ml</b>	Indicada para sedação e manutenção de anestésico geral. Também pode ser usado na sedação de doentes aditos ventrículas submetidos a cuidados intensivos. A recuperação da anestesia é gradualmente rápida e total com uma incidência baixa de náuseas, vômitos e vômitos pós-operatórios.	<b>Dose de indução:</b> NÃO deve exceder a dose total de 3 amp. (30 ml = 60 mg). Dose recomendada – 0,2 – 0,5 mg/kg. -Dose de sedação – 0,1 mg/kg.
<b>Hypomidio / Etomidato</b>	<b>Ampola de 10 ml (2mg/ml)</b>	Indicada para sedação e manutenção de anestésico geral. Também pode ser usado na sedação de doentes aditos ventrículas submetidos a cuidados intensivos. A recuperação da anestesia é gradualmente rápida e total com uma incidência baixa de náuseas, vômitos e vômitos pós-operatórios.	<b>Dose de indução:</b> NÃO deve exceder a dose total de 3 amp. (30 ml = 60 mg). Dose recomendada – 0,2 – 0,5 mg/kg. -Dose de sedação – 0,1 mg/kg.

(Duarte, A.; Martins, O., 2014)

Notas:



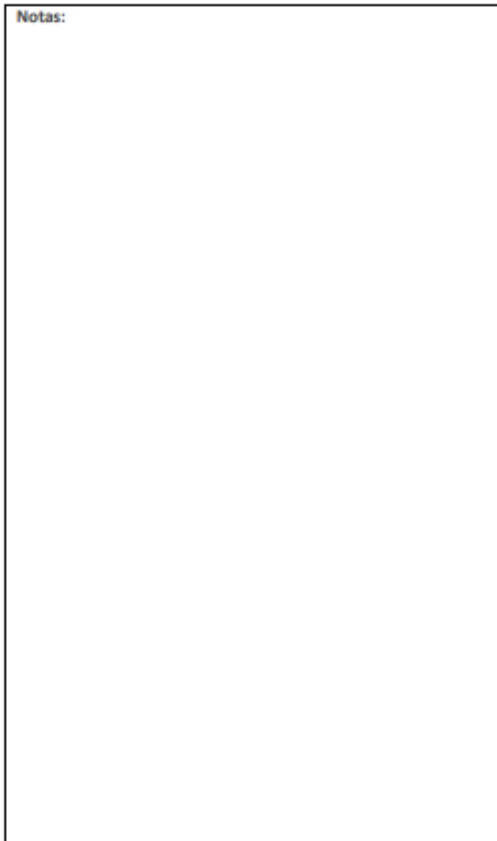
Notas:



Notas:

A large empty rectangular box with a black border, intended for handwritten notes. The word "Notas:" is printed in the top-left corner of the box.

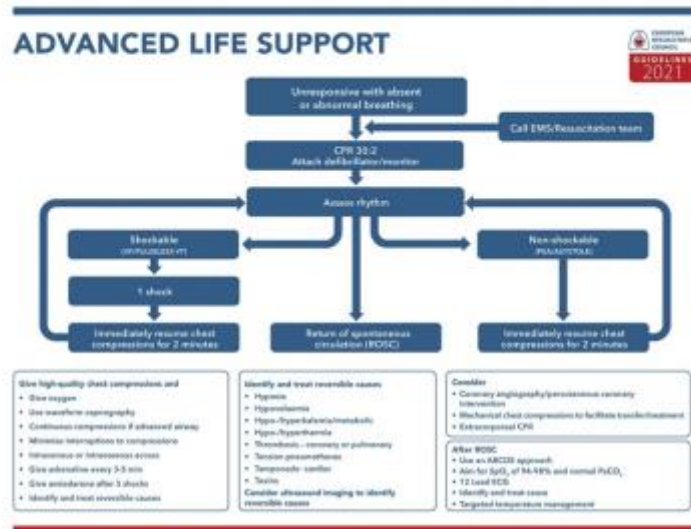
Notas:



## BASIC LIFE SUPPORT

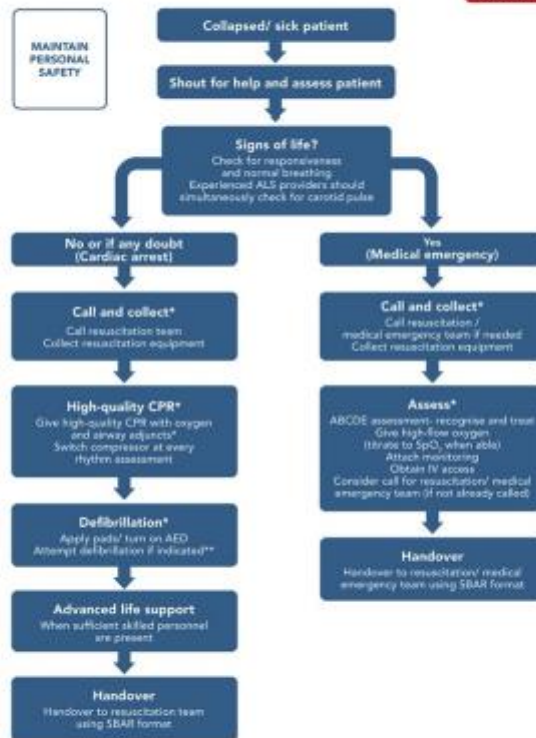


(European Resuscitation Council Guidelines 2021)



(European Resuscitation Council Guidelines 2021)

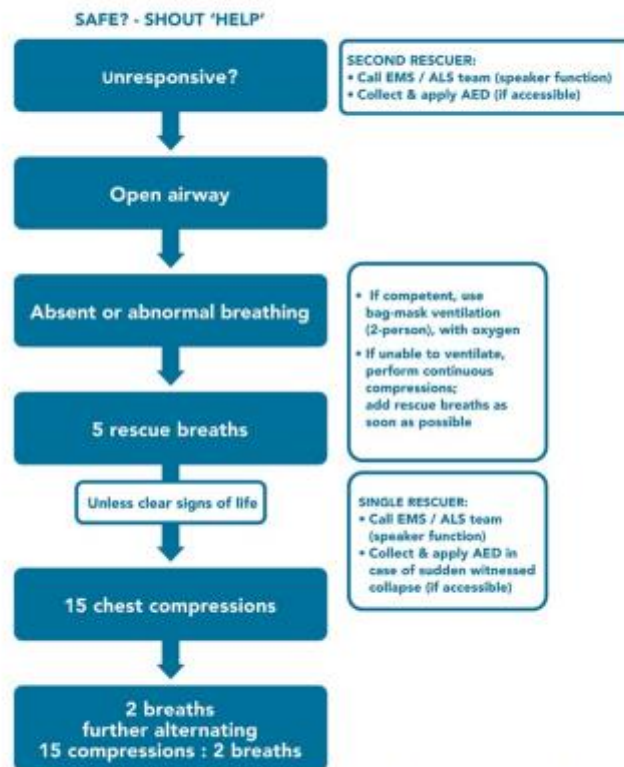
## IN-HOSPITAL RESUSCITATION



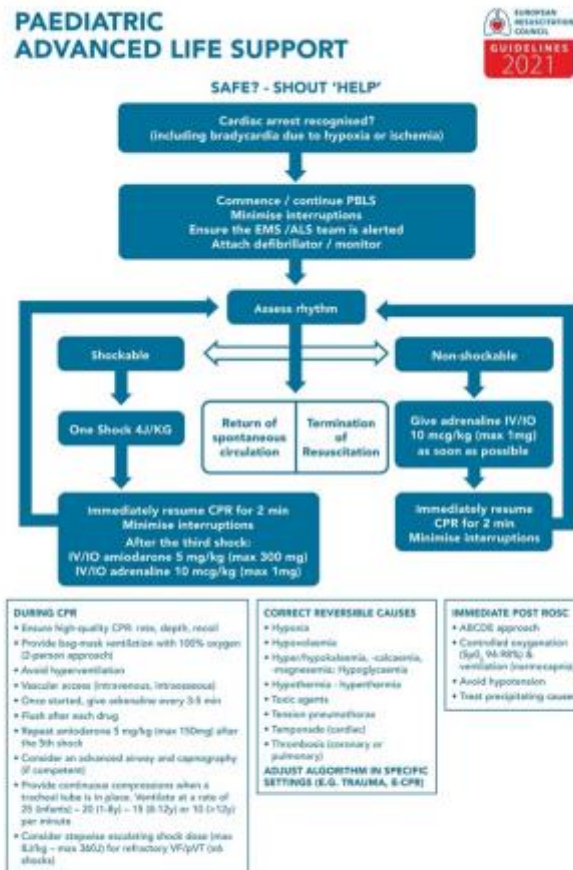
\* Undertake actions concurrently if sufficient staff available  
\*\* Use a manual defibrillator if trained and device available

(European Resuscitation Council Guidelines 2021)

## PAEDIATRIC BASIC LIFE SUPPORT



(European Resuscitation Council Guidelines 2021)



(European Resuscitation Council Guidelines 2021)

### Referências Bibliográficas:

- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Duarte, A.; & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel
- Gomes, J., Martins, M., Tronchin, D., & Fernandes, C. (2020). Perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, *V*(1), 1-19. <https://doi.org/10.12707/RIV19053>
- Ministério da Saúde. (2015). *Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios – Relatório Final*.
- Mota, A., & Castilho, A. (2019). Construção e validação psicométrica do Questionário de Segurança do Doente no Bloco Operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, *IV*(21), 67-78. <https://doi.org/10.12707/RIV19012>
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021a). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, *V*(6), e20134. <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021b). Ambiente de Prática e a Segurança do Doente no Bloco Operatório: Dimensões Preditoras. *Cogitare Enfermagem*, *26*, e82289. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>
- Olasvcengen, T. M., Semeraro, F., Ristagno, G., Castren, M., Handley, A., Kuzovlev, A., Monsieurs, K. G., Raffay, V., Smyth, M., Soar, J., Svavarsdottir, H., & Perkins, G. D. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Basic Life Support. *Resuscitation*, *161*, 98–114. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.009>

- Ordem dos Enfermeiros. (2008). Parecer CJ 75/2008. Processo de Integração no Serviço. [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ\\_Documentos/Parecer75\\_2008\\_processo\\_integracao\\_servi%C3%A7o.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/Parecer75_2008_processo_integracao_servi%C3%A7o.pdf)
- Soar, J., Böttiger, B. W., Carli, P., Couper, K., Deakin, C. D., Djärv, T., Lott, C., Olasveengen, T., Paal, P., Pellis, T., Perkins, G. D., Sandroni, C., & Nolan, J. P. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Adult advanced life support. *Resuscitation, 161*, 115–151. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.010>
- Tassemeier, T., Haversath, M., Schutzbach, M., & Jäger, M. (2018). Who benefits more in osteoporotic fractures: Pedicle screw instrumentation or kyphoplasty for American Society of Anesthesiologists II/III patients? *Journal of Craniovertebral Junction and Spine, 9*(4), 232–237. [https://doi.org/10.4103/jcvjs.JCVJS\\_55\\_18](https://doi.org/10.4103/jcvjs.JCVJS_55_18)
- Van de Voorde, P., Turner, N. M., Djakow, J., de Lucas, N., Martinez-Mejias, A., Biarent, D., Bingham, R., Brissaud, O., Hoffmann, F., Johannesdottir, G. B., Lauritsen, T., & Maconochie, I. (2021). European Resuscitation Council Guidelines 2021: Paediatric Life Support. *Resuscitation, 161*, 327–387. <https://doi.org/10.1016/j.resuscitation.2021.02.015>

## Apêndice 10: Formação sobre as competências não técnicas do enfermeiro perioperatório

**Competências NÃO TÉCNICAS do Enfermeiro Perioperatório**

Ana Teixeira  
Cláudia Brás  
Ilda Lindeiro  
Mário Morgado

**COMPETÊNCIA**

↓

**Conhecimento + Habilidade + Atitude**

**Perfis de Competências Profissionais**

Formação de competências

Maior rigor e objetividade no recrutamento e seleção, bem como no diagnóstico das necessidades de formação e desenvolvimento e, finalmente, na avaliação dos resultados da formação e do próprio desempenho

**Formação de competências VS avaliação de desempenho**

Vários níveis:

- 1- ao nível do saber (conhecimentos),
- 2- nível do saber-fazer (habilidades e destreza)
- 3- ao nível do saber ser/estar (atitudes e interesses)
- 4- querer-fazer (motivação),
- 5- poder-fazer (meios e recursos)

Câmara, Guerra e Rodrigues (2017)

**HARD SKILLS vs SOFT SKILLS**

**Hard Skills vs Soft Skills**

As **hard skills** são um conjunto de aptidões técnicas que um indivíduo possui para desenvolver uma certa tarefa (Peters, 2008)

São competências que consideramos técnicas, específicas, que enfatizam o "saber-fazer" e estão associadas com a atividade profissional desenvolvida (Peters & Brás, 2016)

**Hard Skills vs Soft Skills**

Conhecidas como as competências do século XXI...

As **SOFT SKILLS** são as capacidades cognitivas e sociais que completam as habilidades técnicas do enfermeiro (Laari, Anim-Boamah, & Boso, 2021)

**Hard Skills vs Soft Skills**

As **soft skills** são competências sócio-emocionais, essenciais para o desenvolvimento pessoal e sucesso no local de trabalho (Yousef, A. S., Shazy, M. M., & Omar, H. A., 2020)

Um pré-requisito em todas as profissões onde a interação humana e trabalho em equipa são elementos fundamentais e necessários para o sucesso (Laari, L., Anim-Boamah, O., & Boso, C. M., 2021)

Disponibilidade	Colaboração
Integridade	Empreendedorismo
Motivação	Bem-estar/engajamento
Resiliência	Autonomia
Comunicação	Qualidade crítica
Atitude positiva/mentalidade	Inteligência emocional
Curiosidade	Responsabilidade
Proatividade	Organização/estruturação
Flexibilidade/perseverança	Autêntico
Resiliência	Empatia
Capacidade de aprendizagem	Consciência social

Exemplo de soft skills no mundo laboral, adaptado de Anderson & Hagan (2008, p. 412); Empayo & Flores Escudero (2013, p. 31 - 37); Gove (2013, p. 7 -12); Swales (2014, p. 476)

Torna-se urgente investir na formação de **soft skills** para melhorar o desempenho da prática dos profissionais de enfermagem

Morad, Cabal, & Santoni (2020)

**COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS**

- 1 - Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa
- 2 - Maximiza o conforto da pessoa em situação perioperatória e do estado prático/pós-operatório com a consciência crítica

**UNIDADE DE COMPETÊNCIAS**

Capacidade e presença de **famílias/pessoas significativas, para o gestão de experiências cirúrgicas.**

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

**Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção**

Utiliza estratégias facilitadoras da **comunicação expressiva de emoções.**

Comunica de forma eficaz, visando a segurança cirúrgica; Cuida o trabalho em equipa; Cuida situações de stress e conflitos mantendo um ambiente harmonioso.



## Apêndice 11: Guia de acolhimento no bloco operatório

### IMPORTANTE:

- Deve estar em jejum (não comer, nem beber).
- Não deve fumar antes da cirurgia.
- Não usar maquilhagem, cremes, verniz, adornos (anéis, brincos, fios...).
- Tomar banho geral na véspera e no dia da cirurgia (até 2 h antes).
- Vestir apenas a bata para ir para o bloco.
- Se tiver próteses (placa dentária, óculos, aparelhos auditivos, lentes de contato,...) devem ser retiradas. Se necessitar de as levar para o bloco operatório, à chegada deve avisar o enfermeiro.
- Se tiver alergias ou tomar medicação, deve referir.
- Se tiver qualquer dúvida os enfermeiros e restante equipa estarão disponíveis para esclarecer e ajudar. Esta ação é extensível à família/acompanhante.



### CONTATO:

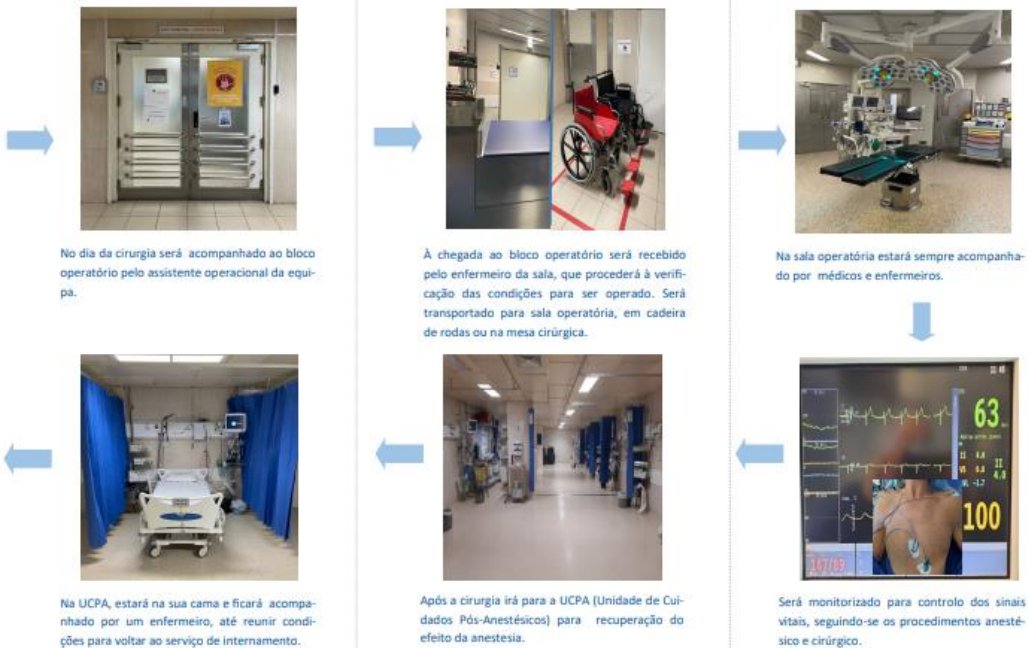
Serviço Bloco Operatório Central  
Largo Prof. Abel Salazar  
4099-001 Porto  
Telefone: 222077500  
Extensão:1901



## GUIA DE ACOLHIMENTO Bloco Operatório



### CIRCUITO NO BLOCO OPERATÓRIO









## Apêndice 13: Formação sobre a metodologia ISBAR como melhoria na transição de cuidados do intraoperatório para UCPA

**ISBAR**  
Como ferramenta na transição de cuidados do intraoperatório para a UCPA.

**SUMÁRIO**  
- Importância da Comunicação entre Profissionais de Saúde  
- Pertinência da NOC 001/2017  
ISBAR: como melhoria na transição de cuidados do intraoperatório para a UCPA.

**OBJETIVO**  
- Apresentar a Norma 001/2017 da Direção Geral de Saúde;  
- Divulgar a técnica ISBAR como ferramenta de comunicação na transferência de informação;  
- Apresentar a técnica ISBAR como melhoria na transição de cuidados do intraoperatório para a UCPA, em prol da qualidade de cuidados e segurança do doente.

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**  
Em 2005 a Organização Mundial de Saúde, divulga um documento "New Life-Saving Patient Safety Solutions", este documento refere que um dos novos desafios e soluções diz respeito à comunicação durante as mudanças de turnos.  
Menciona: **perturbações e/ou falhas na comunicação** entre os profissionais de saúde podem ser a causa de interrupção da **qualidade dos cuidados**, de erros no tratamento e de danos potencializados para os Utentes.

**IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE**  
Assim sendo, entre os objetivos transversais à qualidade da comunicação encontra-se a:  
**Falta de formação** a nível dos profissionais de saúde,  
algoria reconhecida pelas instituições de saúde e académicas que têm vindo a melhorar os planos de formação dos cursos na área de saúde e a divulgar normas, e registadas para serem adotadas nas instituições de saúde.

**DESPACHO N.º 330/2021 - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2025**  
5. Prioriza as 14 ações específicas:  
Pilar 1. Cultura de segurança  
Pilar 2. Liberdade e governança  
Pilar 3. Comunicação  
Pilar 4. Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente  
Pilar 5. Práticas seguras em ambientes seguros (DR N.º 2/2019, p.27)

**NORMA N.º 001/2017**  
NORMA N.º 001/2017  
Objetivo: Promover a melhoria da comunicação entre os profissionais de saúde, através da utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma.

**PERTINÊNCIA DA NORMA N.º 001/2017**  
O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020 tinha como objetivo:  
"Melhorar a segurança dos cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS".  
Reconhece assim, a importância estratégica, sendo um dos eixos o aumento da segurança ao nível da comunicação.  
A nível internacional está documentado que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na área de saúde. (DGS, 2017, p.8)

**PERTINÊNCIA DA NORMA N.º 001/2017**  
Em Portugal os níveis das:  
" (...) falhas na comunicação em situações de transição de cuidados de saúde, onde se verificou que 89% dos casos tinham incidência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, de forma a garantir a continuidade informacional nos cuidados de saúde. (...)". (DGS, 2017, p.9)

**NORMA N.º 001/2017**  
No âmbito da **segurança da comunicação** a Direção Geral de Saúde em Fevereiro de 2017 emitiu uma norma regulamentar com o **Comentário eficaz na transição de cuidados de saúde** afirmando que a:  
" (...) **transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação** entre as equipas prestadoras de cuidados, para **segurança do doente**, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR (...)". (DGS, 2017, p.1).

**NORMA N.º 001/2017**  
- Comunicação eficaz entre profissionais de saúde deve ser:  
Precisa  
Alimentada  
Sem ambiguidade  
Completa  
Compreendida pelo receptor

**ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA**  
Esta ferramenta permite aos profissionais de saúde:  
" (...) através de termos simples, memorizar estruturas complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal, em que:  
**I**: corresponde à **Identificação**,  
**S**: à **Situação atual**,  
**A**: aos **Antecedentes**,  
**R**: à **Avaliação**,  
**R**: às **Recomendações** ". (DGS, 2017, p.4)

**ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA**  
O Centro Hospitalar Universitário do Porto, recomenda a utilização desta técnica no contexto de transição de cuidados de saúde, através de:  
Procedimento Geral - Transição de cuidados de saúde (PGDCL.DENF.GER.019).

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE**  
PROCLDCL.DENF.019

**TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE**  
PROCLDCL.DENF.019

**ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA**  
ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA

**ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA**  
INVESTIGAÇÃO

**EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DISPONÍVEL**  
EVIDÊNCIA CIENTÍFICA DISPONÍVEL

**ISBAR**  
ISBAR

**OBRIGADA**  
OBRIGADA

**FORÇAS**  
FOUR DIVERSAS  
MONTAGE DE MELHORIA NA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
LIDERANÇA COLABORATIVA

**FRAQUEZAS**  
EVENTUAL RESISTÊNCIA À MUDANÇA

**OPORTUNIDADES**  
CONTINUAÇÃO DA MELHORIA DA QUALIDADE E SEGURANÇA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM  
SISTEMATIZAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A SEGURANÇA CIENTÍFICA

**AMEAÇAS**  
FALTA DE TEMPO PARA A PRÁTICA

**SWOT**

I  
S  
B  
A  
R

Nome \_\_\_\_\_

Idade \_\_\_\_\_

Proc.nº \_\_\_\_\_

**IDENTIFICAÇÃO**

Serviço \_\_\_\_\_

Cama \_\_\_\_\_ Transferência S  N

**SITUAÇÃO**

Diagnóstico \_\_\_\_\_ Intervenção Cirúrgica \_\_\_\_\_

Anestesia: AGB  AGI  AGIV  BSA  Sequencial  Epidural  Sedação  BNP  Local  MAC

Interoenças Anestésicas  \_\_\_\_\_

Interoenças Cirúrgicas  \_\_\_\_\_

Interoenças Hemodinâmicas: Hipotensão  Hipertensão  Choque  Outros  \_\_\_\_\_

Atropina  Efedrina  Fenilefrina  Labetalol  Aminas  Outros  \_\_\_\_\_

Laboratoriais: Glicemia  \_\_\_\_\_ mg/dL. Outros  \_\_\_\_\_

Transfusão hemoderivados: \_\_\_\_\_

**BACKGROUND (ANTECEDENTES)**

DM I/II  HTA  Dislipidemia  IC  Angina I/E  EAM < 1 mês  EAM > 1 mês  Disritmia

DAP  Pace/CDI  IRA  IRC  FAV  DPCO  Asma  POAD  outras  \_\_\_\_\_

Hipocoagulado  \_\_\_\_\_ Anti-agregado  \_\_\_\_\_ Alergia  \_\_\_\_\_

Hábitos relevantes: Tabagismos  Outros  \_\_\_\_\_

**AVALIAÇÃO**

**A** Ventilação espontânea  VMI  TOT  ML  TQ

**C** CVP  \_\_\_\_\_ G CVP  \_\_\_\_\_ G CVC  \_\_\_\_\_ LA  \_\_\_\_\_ Perdas Hemáticas  \_\_\_\_\_

**R** Ramsay  \_\_\_\_\_ RASS  \_\_\_\_\_ ECG  \_\_\_\_\_

**E** Temperatura  \_\_\_\_\_ °C

Dor  \_\_\_\_\_ (0-10) Analgesia

Sistémica: Paracetamol  Tramadol  Parecoxib/Cetorolac  Morfina  Outros  \_\_\_\_\_

Loco-regional: BSA  Epidural  \_\_\_\_\_ BNP: SS  \_\_\_\_\_ Cateter  \_\_\_\_\_

Antieméticos: Dexametasona  Droperidol  Ondansetron  Outras  \_\_\_\_\_

Penso: Limpo  Repassado  Dreno  \_\_\_\_\_ Clampado  \_\_\_\_\_ hora S. Lavagem

Sonda Vesical  \_\_\_\_\_ Ch Sifonagem  SNG  \_\_\_\_\_ Ch

**RECOMENDAÇÕES**

Plano terapêutico:

Oxigénio  \_\_\_\_\_

Posicionamento  \_\_\_\_\_

Profilaxia tromboembólica  \_\_\_\_\_

Analgesia  \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

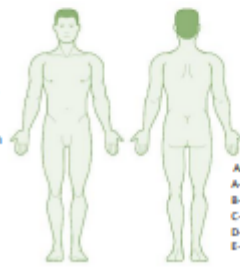
Medicação Crónica  \_\_\_\_\_

MCDT agendados  \_\_\_\_\_ às \_\_\_\_\_ h

Outros  \_\_\_\_\_

Familiar/pessoa significativa

Contactado  Contactou



Assinalar:

A- Acessos


B- Linha Arterial

C- Drenos

D- Feridas

E- Sondas

Esta folha não faz parte do processo clínico



 Impresso: **IM DEPEC-GER-065/1**  
 Dissertação em Psicologia Pag. 1 de 4

Disciplina: **BLOCO OPERATÓRIO**  
 Curso: **BLOCO OPERATÓRIO**  
 Colegiado/Instituição de Ensino: **METODOLOGIA TS BAR**  
 Data: **25/02/2022**

Horas de aula: **08:00** hora  
 Horas de ET: **09:00** hora  
 Carga horária total: **03:00** hora

**Formação:**

Nome Completo	Nº Matr.	Categoria Profissional
Anna Teixeira	27989	Enf.
Cláudia Brás	29978	Enf.
Marcelo Henrique	20790	Enf.
Martha Santos	26853	Enf.
Flávia Landerne	16340	Enf.

**Título do Trabalho de Conclusão de Curso:**  
 Nº de Inscrição do Trabalho: **25/02/2022**

Nº de Inscrição do Trabalho de Conclusão de Curso: **25/02/2022**  
 Data: **25/02/2022**

**EMPRESA - BLOCO OPERATÓRIO**  
 Ent. FÁTIMA GORGES S/A  
 Calcestrada Cristo  
 nº 100 - Jd. Juv.

Assinatura do Curso de Formação:



# Apêndice 14: Formação sobre a limpeza e desinfeção de superfícies ambientais no bloco operatório

**1** Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais Bloco Operatório

**2** Decontaminação: Limpeza, Desinfeção, Esterilização

**3** Decontaminação: Limpeza

**4** Decontaminação: Desinfeção

**5** Responsáveis: Equipamento e Dimensionar Quota, Organização do trabalho e para melhoria da qualidade e eficiência

**6** Procedimentos de decontaminação: Fases de risco

**7** Lista de referência para uma limpeza eficiente

**8** Lista de referência para uma limpeza eficiente

**9** Lavagem de superfícies

**10** Lavagem de superfícies

**11** Cuidados com equipamento de limpeza

**12** Periodicidade da limpeza

**13** Sala operatória

**14** Periodicidade da limpeza

**15** ATENÇÃO: Como proceder à limpeza de resíduos

**16** Limpeza sala operatória

**17** Limpeza sala operatória

**18** Limpeza sala operatória

**19** Limpeza sala operatória

**20** Controlo de qualidade da sala de operações

**21** Detergentes

**22** Desinfetantes

**23** Detergentes

**24** Detergentes

**25** Desinfetantes

**26** Desinfetantes

**27** Desinfetantes

**28** Monitores

**29** A REPER...

**30** Bibliografia



## Apêndice 15: Formação sobre o uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório – recomendações

The presentation consists of 15 slides, numbered 1 through 15, arranged in a grid. The content of the slides is as follows:

- Slide 1:** "Uso de luvas cirúrgicas no Bloco Operatório - Recomendações". Includes the logo of the Instituto de Saúde da Universidade de São Paulo (ESS+).
- Slide 2:** "Práticas recomendadas" with the heading "Luvas Cirúrgicas".
- Slide 3:** "Introdução". Discusses the introduction of gloves in 1928 and the importance of hand hygiene.
- Slide 4:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)". Includes a table with columns for "Tipo de luva", "Indicação", and "Tempo de uso".
- Slide 5:** "Informações importantes ao considerar".
- Slide 6:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)".
- Slide 7:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)".
- Slide 8:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)".
- Slide 9:** "Práticas recomendadas". Contains three red question marks and the text: "Como devo usar as luvas?", "Quando?", "Sempre que houver uma perfuração de luva e/ou a luva estiver suja, danificada ou molhada?", "Quando devo retirar as luvas (descartá-las)?".
- Slide 10:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)". Contains a red question mark and the text: "Como devo retirar as luvas (descartá-las)?".
- Slide 11:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)". Contains a red question mark and the text: "Como devo retirar as luvas (descartá-las)?".
- Slide 12:** "Práticas recomendadas".
- Slide 13:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)". Contains a red question mark and the text: "Como devo retirar as luvas (descartá-las)?".
- Slide 14:** "Práticas recomendadas - A-E SOP (2013)".
- Slide 15:** "Bibliografia".

**Centro Hospitalar do Porto** | Expresso | IM-OPED 2018.003/2 | Pág. 1 de 4  
 Diretor Técnico Pedagógico

Estabelecimento: **BLOCO OPERATÓRIO**

Sessão: **BLOCO OPERATÓRIO**

Determinação da Atividade de Formação: **UNO DE UNHAS CIRÚRGICAS NO PERÍODO OPERATÓRIO-RECONHECIMENTOS**

Data: **11/02/2021** | Hora de início: **08:00** | Hora de fim: **09:00** | Carga horária total: **01:00**

Nota: O curso de prática tem, pelo menos, duas em paralelo no 2º Ciclo de Licenciatura e sempre uma sessão a nível do Bloco de Estudos de Formação. Disponível em: [www.chp.upp.pt/OPED](http://www.chp.upp.pt/OPED)

Formador	N.º Matrícula	Categoria Profissional
<b>Ana de Sousa Rosa Gouveia</b>	<b>42483</b>	<b>Enfermeira</b>
<b>Cláudia Vanessa da Silva Brás</b>	<b>70378</b>	<b>Enfermeira</b>
<b>Fátima Gonçalves Landeiro da Silva</b>	<b>6340</b>	<b>Enfermeira</b>
<b>Manoel Filipe Marques Santos</b>	<b>20490</b>	<b>Enfermeiro</b>

**Local de Colocamento e Acreditação:**

F.º Conselho de Gestão: **11/02/2021** | F.º Conselho de Gestão de Departamento: **11/02/2021**

**CHP HSA - BLOCO OPERATÓRIO**  
 Dr.ª Fátima Borges  
 Enfermeira Chefe  
 N.º Cont. 3181 | Ass. **MA**

**Registo da Carga de Formação:**

**Carla Filipe AZEVEDO**  
 OP - coord. 21/fev/2021

**Apêndice 16: Funções dos assistentes operacionais do BO central, de neurocirurgia e de ortopedia**

**Funções dos assistentes operacionais do BO central**

Horário	Maqueiro 1 (81153)	Maqueiro 2 (81150)	Maqueiro 3 (81151)	Auxiliar copa	Auxiliar sujus 1	Auxiliar sujus 2	Auxiliar zona limpa 1 (82146)	Auxiliar zona limpa 2	Auxiliar de recobro
08:00 - 08:10	Transporte de doentes para BO e ajudar na transferência	Transporte de doentes para BO e ajudar na transferência	Transporte de doentes para BO e ajudar na transferência	5S nos vestiários; limpeza de copa; Recepção de fardamento	Limpar o pó nas salas de cirurgia, incluindo os seus aparelhos	Limpar o pó nas salas de cirurgia, incluindo os seus aparelhos	Transporte do doente para a sala	Transporte do doente para a sala	Ajudar na higiene de doentes a fazer recobro; Efetuar toda a limpeza da unidade; Disponibilizar as balas de oxigénio para transporte de doente; Fazer a reposição dos
08:10 - 08:15	Levar material dos ventiladores para esterilização.				Cortar os tubos de aspiração e de silicone para as salas de cirurgia;	Cortar os tubos de aspiração e de silicone para as salas de cirurgia;			
08:15 - 08:30	Verificação de balas de oxigénio	Limpeza e manutenção do armário da roupa	Reposição dos soros no corredor		Preparar os carros com tubo, sacos de aspiração;	Preparar os carros com tubo, sacos de aspiração;	Verificação e reposição de stock;	Transportar os doentes: transferira as salas e UCPA;	
08:30 - 09:00	Levar mopas à rouparia e Entrega	Triagem de resíduos (sujos)	Limpeza das salas de Stock		5S (Limpar e	5S (Limpar e	Verificar as roupas verdes	Limpar as	

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>09:00</b> -	recepção de material nas oficinas	+ sala I + sujos recobro)	Auxilia no corredor		arrumar toda a área suja);	arrumar toda a área suja);	claras e colchas	salas de indução	consumíveis
<b>09:30</b>		5S (zona sujos de recobro,			Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada	Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada	área de transferência dos doentes;	após cada utilização;	gastos na atividade
<b>09:30</b> -	Correspondência interna	armário da roupa, macas)			intervenção;	intervenção;	Arrumação das salas de stock;	Retirar os tampos das mesas de cirurgia e lavá-los	diária (MMC, soros, compressas, etc.);
<b>10:00</b>		Manutenção Banco de Córneas			Acondicionar, transportar materiais instrumentais cirúrgicos	Acondicionar, transportar materiais instrumentais cirúrgicos	Transportar os doentes:	após cada intervenção	Ajudar a transferir e a posicionar o doente
<b>10:00</b> -					sujos p/ o carro de esterilização;	sujos p/ o carro de esterilização;	transfere para as salas e UCPA;	;	intervencionado.
<b>10:30</b> -	Entrega de requisições externas	Transporte de doentes			Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada	Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada	Limpar as salas de indução após cada utilização;	Limpar a sala I;	5s recobro
<b>11:00</b> -					intervenção;	intervenção;	Limpar as campainhas e telefones	Atender	Limpeza de
<b>11:00</b> -		Triagem de resíduos(sujos					salas de indução		transfere móvel
<b>11:30</b> -		+ sala I, sujos recobro, papelão acondicionamento)					após cada utilização;		Limpeza da zona suja
<b>11:30</b> -	Transporte de doentes		Transporte de doentes				Retirar os tampos das		recobro
<b>12:00</b>									Transporte dos doente

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

					Acondicionam ento e transporte de resíduos e roupas.	Acondicionam ento e transporte de resíduos e roupas	mesas de cirurgia e lavá-los após cada intervenção		para o exterior do bloco
<b>12:00</b> -		Almoço					; Limpar a sala I; Atender campainhas e telefones		
<b>12:15</b> -				Almoço	Almoço				
<b>12:15</b> -									
<b>12:30</b> -		Transporte de doentes							
<b>12:30</b> -				Substitui r no UPCA	Igual às tarefas anteriores	Almoço		Almoço	
<b>12:45</b> -									
<b>12:45</b> -		Almoço							
<b>13:00</b> -				Transporte de doentes	Manter a copa e vestiário s arrumad	Igual às tarefas anteriores		Almoço	Igual às tarefas anteriores
<b>13:00</b> -									
<b>13:15</b> -									
<b>13:15</b> -	Almoço								

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>13:30</b>				os					
<b>13:30</b> - <b>13:45</b>	Transporte de doentes						Almoço	Igual às tarefas anteriores	
<b>13:45</b> - <b>14:00</b>									
<b>14:00</b> - <b>14:30</b>	Transporte de doentes	Transporte de doentes		Manter a copa e vestíarios arrumados	5S (Limpar e arrumar toda a área suja;	5S (Limpar e arrumar toda a área suja;)	Verificação de disponibilidades de consumíveis no local de utilização;	Verificação de disponibilidades de consumíveis no local de utilização;	Ajudar na higiene de doentes a fazer recobro;
<b>14:30</b> - <b>15:00</b>					Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada intervenção;	Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada intervenção;	Reposição de stock;	Reposição de stock;	Efetuar toda a limpeza da unidade;
<b>15:00</b> - <b>15:30</b>					Acondicionar e transportar materiais instrumentais cirúrgicos	Acondicionar e transportar materiais instrumentais cirúrgicos	Transportar os doentes:	Transportar os doentes:	Disponibilizar as balas de oxigénio para transporte de doente;
<b>15:30</b> - <b>16:00</b>							transfere para as	transfere para as	Fazer a
<b>16:00</b> -									

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

16:30					sujos para	sujos para o	salas e	salas e	reposição
16:30					ocarro de	satélite de	UCPA;	UCPA;	dos
-					esterilização;	esterilização;	Limpar as	Limpar as	consumíveis
17:00					Acondicionam	Descontamina	salas de	salas de	gastos na
17:00					ento e	ção de	indução	indução	atividade
-					transporte de	fibroscópio	após cada	após cada	diária (MMC,
17:30					resíduos e	SOS;	utilização;	utilização;	soros,
17:30					roupas	Acondicionam	Retirar os	Retirar os	compressas,
-						ento e	tampas das	tampas das	etc.);
18:00						transporte de	mesas de	mesas de	Ajudar a
18:00						resíduos e	cirurgia e	cirurgia e	transferir e a
-						roupas	lavá-los	lavá-los	posicionar o
18:30			Transporte de				após cada	após cada	doente
18:30			doentes				intervenção	intervenção	intervençã
-							;	;	ado;
19:00							Limpar a	Limpar a	5s recobro;
19:00							sala I;	sala I;	Limpeza de
-	Transporte	Transporte de	Triagem de				Atender	Atender	transfere
19:30	de doentes	doentes	resíduos (sujos				campainhas	campainhas	móvel;
19:30			sala I, sujios				e telefones	e telefones.	Limpeza da
-	Limpeza de	Limpeza de	recobro,						zona suja
20:00	átrio	secretariado	papelão						recobro;
			acondicioname						

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

			nto)						Transporte do doente para o exterior do bloco.
<b>20:00</b> -			Ajudar a transferir e a posicionar o doente						
<b>20:30</b> -			intervencionado;						
<b>21:00</b> -			5s						
<b>21:00</b> -			recobro;						
<b>21:30</b> -			Efetuar toda a limpeza da unidade;						
<b>21:30</b> -			Limpeza de transferê						
<b>22:00</b> -			móvel;						
<b>22:00</b>			Transporte do doente para o exterior do bloco						

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>22:00</b> -			Limpeza do corredor e retirar o papelão dos stocks						
<b>22:30</b>									
<b>22:30</b> -									
<b>23:00</b>									
<b>23:00</b> -									
<b>23:30</b>									
<b>23:30</b> -									
<b>00:00</b>									

**Funções dos assistentes operacionais do BO de neurocirurgia**

<b>Horário</b>	<b>Maqueiro neurocirurgia (81152)</b>	<b>Assistente operacional Sala 2 NC2 + Sujos Neurocirurgia</b>	<b>Assistente operacional Sala NC1 + Limpos Neurocirurgia</b>
<b>07:30-08:00</b>			Verificação da existência de roupa e calçado do bloco
<b>08:00-08:10</b>	Transporte de doentes e ajuda na transferência.	Limpar o pó dos candeeiros com pano húmido; Verificar a reposição dos solutos e luvas; Receção do doente e transferência para o tampo cirúrgico e transporte para a sala; Cortar os tubos de aspiração e de silicone para as salas de cirurgia;  Preparar os carros com tubo, sacos de aspiração.	Limpar o pó dos candeeiros com pano húmido; Verificar a reposição dos solutos e luvas; Receção do doente e transferência para o tampo cirúrgico e transporte para a sala
<b>08:10-08:15</b>			
<b>08:15-08:30</b>			
<b>08:30-09:00</b>			
<b>09:00-09:30</b>	Balas de Oxigénio; Transporte de materiais para a rouparia; Kanbans	Limpeza do Recobro	Receção de material da esterilização; Farmácia; Reposição de stocks no local de utilização.
<b>09:30-10:00</b>	+Transporte de material para a central de esterilização; Transporte de doentes e ajuda na transferência;		
<b>10:00-10:30</b>	Entrega de requisições Externas; Transporte de material para reparação e/ou reparado		Limpeza do secretariado; Limpeza e arrumação de copa, vestiários e áreas

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>11:00-11:30</b>	Limpeza de Stocks	comuns, realizar os 5s diários	
<b>11:30-12:00</b>			
<b>12:00-12:15</b>	Veste-se de verde e entra para colaborar nas salas		
<b>12:15-12:30</b>	Almoço (mediante disponibilidade do Serviço e organização com os colegas e de acordo com o interior)	Almoço (mediante disponibilidade do Serviço e organização com os colegas e de acordo com o interior)	Almoço (mediante disponibilidade do Serviço e organização com os colegas e de acordo com o interior)
<b>12:30-12:45</b>			
<b>12:45-13:00</b>	Colabora com os colegas do interior	Limpeza e arrumação de copa, vestiários, gabinete do Enf. Chefe; Reposição de material hoteleiro;	<p>Limpar e arrumar toda a área suja;</p> <p>Limpar e preparar as salas de cirurgia após cada intervenção;</p> <p>Manter a copa e vestiários arrumados;</p> <p>Acondicionar materiais instrumentais cirúrgicos sujos para transporte;</p> <p>Acondicionamento e transporte de resíduos e roupas</p>
<b>13:00-13:15</b>			
<b>13:15-13:30</b>			
<b>13:30-13:45</b>			
<b>13:45-14:00</b>			
<b>14:00-14:30</b>	Transporte de doentes e ajuda na transferência;		

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>14:30-15:00</b>	Apoio à UCPA.		
<b>15:00-15:30</b>			
<b>15:30-16:00</b>			
<b>16:00-16:30</b>			
<b>16:30-17:00</b>			
<b>17:00-17:30</b>		Manter a copa e vestiários arrumados	
<b>17:30-18:00</b>			
<b>18:00-18:30</b>			
<b>18:30-19:00</b>			
<b>19:00-19:30</b>			
<b>19:30-20:00</b>			

**Funções dos assistentes operacionais do BO de ortopedia**

Horário	Assistente operacional maqueiro (80880)	Assistente operacional – Auxiliar de recobro (80881)	Assistente operacional zona interior 1		Assistente operacional zona interior 2	Assistente operacional – Material esterilizado (82211)
			Tarefas específicas	Tarefas comuns	Tarefas específicas	
<b>07:30-08:00</b>			Limpar chão do gabinete esterilizados e corredor			Preparar carros da sala com Kit's necessários à cirurgia
<b>08:00-08:10</b>	Transporte de doentes para BO	Transporte de doentes para o BO; Ajuda na transferência; Efetua limpeza no Recobro; Transporte do doente para a sala; Limpeza e verificação do nível de roupa têxtil da entrada	Arrumar socas nos vestiários; Cortar os tubos de aspiração e de silicone para complementar só Kit's cirúrgicos; Envio de material	Antes da entrada do primeiro doente: limpar todas as superfícies nas salas de cirurgia; Transportar os doentes transfere para a sala - SOS; 5's na zona suja (limpar e arrumar	Verificar solutos, mascaras e óculos na zona dos lavabos; Verificar e colocar soros na estufa; Ir ao BC buscar equipamento em SOS; Verificar, pedir e repor stock de soros e solutos;	Arrumar Kit's esterilizados; Arrumar material proveniente da UCE; Limpar chão e prateleiras do armazém de esterilizados; Entregar e levantar material cirúrgico nas oficinas; Verificação, pedindo e reposição de stock de material no armazém de esterilizados (ligaduras, ortocelo, batas,etc.);
<b>08:10-08:15</b>	Ajuda na transferência (externa)					
<b>08:15-08:30</b>	Verificação de balas de oxigénio					
<b>08:30-09:00</b>	Transporte de doentes;					
<b>09:00-09:30</b>	Levar à UCE todo o material para					

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

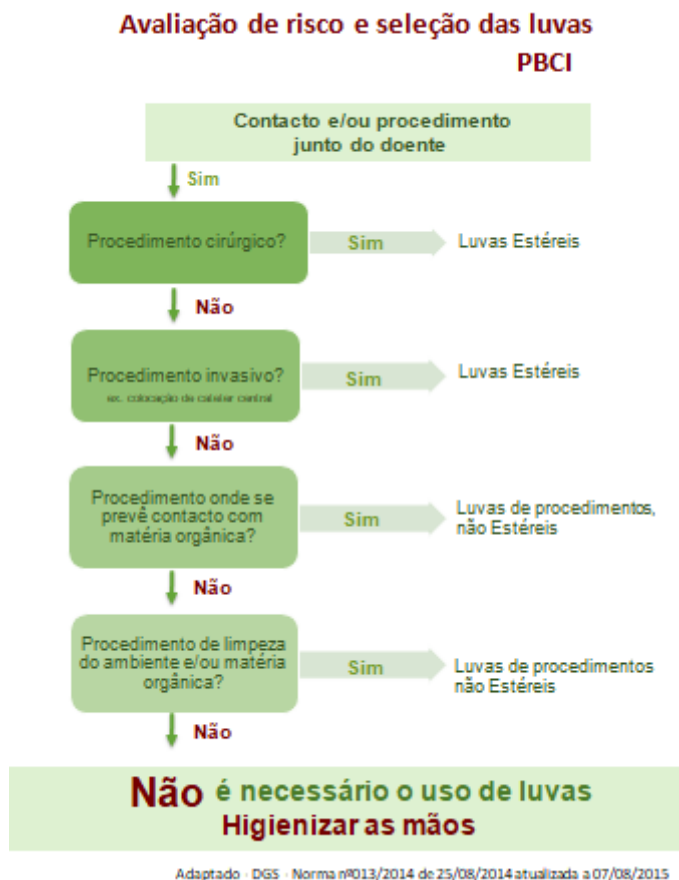
<b>09:30-10:00</b>	lavagem e descontaminação;		utilizado para UCE;	toda a área suja);	Limpar gabinete de conferencia de instrumental cirúrgico; Limpar sala HLS;	Entregar e levantar material à UCE (CMIN,CICA,B Ort., em SOS); Verificar e repõe MCC esterilizado no Gabinete de esterilização (luvas, pensos, etc.);
<b>10:00-10:30</b>	Trazer do secretariado	Permanência no recobro; Ajuda na transferência do doentes da sala para o recobro;	Repor carro de limpeza para cada turno;	Acondicionar e transportar materiais, instrumentais cirúrgicos	5's corredor;	
<b>10:30-11:00</b>	fármacos e componentes cirúrgicos;	Limpeza do transfere; Ir ao BC buscar equipamento em SOS;	5's vestiários;	utilizados para a zona de sujus e	Manter copa arrumada.	Ajudar a enfermeira de gabinete no processamento de conferência de instrumental cirúrgico.
<b>11:00-11:30</b>	Recados;		5's sala de indução.	descontaminá-los;		
<b>11:30-12:00</b>	Enviar mangas de TA (após 4 unidades)	Limpeza do tampo cirúrgico e lava-lo após cada utilização;		Acondicionamento e transporte de resíduos e roupas;		
<b>12:00-12:15</b>	contaminadas para a UCE;	Apoio ao Recobro: limpeza das unidades e apoio geral;		Limpeza da sala após cada utilização;		
<b>12:15-12:30</b>	Transporte de doentes: trazer BO e levar para os serviços	Transporte de doentes em SOS;		Ajuda na transferência do doente da sala		
<b>12:30-12:45</b>		Disponibilizar as balas de oxigénio para transporte de doente;		apara recobro - SOS;		
<b>12:45-13:00</b>		Efetua a reposição dos consumíveis gastos na atividade diária no recobro (MMC,soros (estufa), compressas, etc.);		Limpeza da sala após cada		
<b>13:00-13:15</b>						
<b>13:15-13:30</b>						

Percepção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

<b>13:30-13:45</b>		5's no recobro;		utilização;		
<b>13:45-14:00</b>		Enviar mangas de TA (após 4 unidades) contaminadas para UCE.		Acondicionamento e levar ao serviço de Broncoscopia (até as 13h).		
<b>14:00-14:15</b>	Limpeza das salas					
<b>14:15-14:30</b>						
<b>14:30-15:00</b>						




## Apêndice 17: A avaliação de risco e seleção das luvas PBCI





## Apêndice 18: Higiene das mãos e uso de luvas

**Higiene das Mãos e Uso de Luvas**



Ass. Técnico Operativos de Saúde Manuais

**ESS+**

**Sumário:**

- Resultados das auditorias de higiene das mãos e uso de luvas
- Que momentos de higiene das mãos
- Fregada asséptica das mãos e lavagem das mãos
- Uma correta e indicada de luvas

**Auditoria - Higiene das mãos**

MCC/094-024/020 - Faculdade de Ciências - Higiene das mãos

Op	Indicações	Ação
<input type="checkbox"/>	Ante-Dente	Frágil-Idade
<input type="checkbox"/>	Ante-Branco	Luagem
<input type="checkbox"/>	Ante-Pulm	Intelectual
<input type="checkbox"/>	Ante-Dente	Luam
<input type="checkbox"/>	Ante-Branco	

200 observações  
800 observações  
observações para cada observação


**Algumas conclusões das auditorias "Higiene das mãos":**

80% a 90% dos profissionais de saúde reportaram de mãos, antes de contactarem com o doente.


80% a 90% dos profissionais de saúde reportaram de mãos, antes de contactarem com o doente.

80% a 90% dos profissionais de saúde reportaram de mãos, antes de contactarem com o doente.

**5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS**




Para as seguintes situações:



Demografia: Casais públicos

**Algumas conclusões das auditorias "Uso de Luvas":**

Uso excessivo de luvas, inadequado e superior às indicações




Devemos usar luvas sempre que tocarmos "toque" num doente?

Para receber um doente, antes de o usar o procedimento de saúde?

Para ajudar o processo de diagnóstico de saúde?

Quais são as situações para o uso de luvas?


Devemos higienizar as mãos antes de usar luvas?



**Vou usar luvas!!!**

Existe alguma indicação para o seu uso?

Qual essa indicação?




**Tabela de indicação de luvas**

Tabela de indicação de luvas	Luvas Cirúrgicas
Tabela de um procedimento	
Tabela de um procedimento	
Tabela de um procedimento	
Tabela de um procedimento	

Nota: a utilização de luvas de luvas cirúrgicas

**Tabela adequada para a utilização de luvas cirúrgicas**



1. Higienar as mãos e antebraços com água corrente e sabão

2. Fregar as mãos entre si com o polegar dentro do punho

3. Cobrir as costas

4. Fregar as costas com as mãos

5. Fregar as costas com as mãos

6. Fregar as costas com as mãos

7. Fregar as costas com as mãos

8. Fregar as costas com as mãos

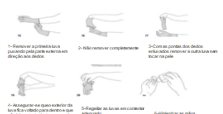
9. Fregar as costas com as mãos

10. Fregar as costas com as mãos

11. Fregar as costas com as mãos

12. Fregar as costas com as mãos

**Tabela adequada para a utilização de luvas cirúrgicas**



1. Fregar as costas com as mãos

2. Fregar as costas com as mãos

3. Fregar as costas com as mãos

4. Fregar as costas com as mãos

5. Fregar as costas com as mãos

6. Fregar as costas com as mãos

7. Fregar as costas com as mãos

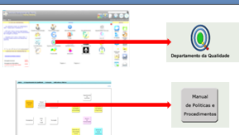
8. Fregar as costas com as mãos

9. Fregar as costas com as mãos

10. Fregar as costas com as mãos

11. Fregar as costas com as mãos

12. Fregar as costas com as mãos



Departamento de Qualidade

Manual de Políticas e Procedimentos

**Documentos de referência**

Procedimento Operacional - HIGIENE DAS MÃOS

QGS - Versão 01/2014 de 20/02/14 - atualizada a 01/02/2015

Formando:

---

Identificação da acção de formação:

Reunião das NAs e a uso de Luvas

---


Data da formação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Objectivos a atingir com a formação:

- Conhecer o resultado das AVALIAÇÕES feitas
- Conhecer o uso das Luvas
- Conhecer a estratégia para implementação de "5 minutos" de higiene das mãos
- Conhecer a realidade de Fátima Póti-Santos a lavagem das mãos
- Conhecimento técnico adequado de colocação e remoção de luvas
- Sensibilizar para o uso correcto e indicado de luvas

Responsável pela Análise:

---

 **Centro Hospitalar do Porto**

Impressão IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

---

Data: 03/02/2022


Hora: Início 09:00 Fim 10:00

Serviço: Bélgica

Assuntos Tratados:

- Resultados das avaliações - Higiene das mãos e uso de luvas
- Higiene das mãos e uso correcto de luvas (prática)
- An. Santos, M. Lopes, M. Mendes
- J. C. Landerio S. R. A.

---

 **Centro Hospitalar do Porto**

Impressão IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

---

Data: 03/02/2022

Hora: Início 09:00 Fim 10:00

Serviço: Bélgica

Assuntos Tratados:

- Resultados das avaliações - Higiene das mãos e uso de luvas
- Higiene das mãos e uso correcto de luvas (prática)
- An. Santos, M. Lopes, M. Mendes
- J. C. Landerio S. R. A.

## Apêndice 19: Orientações para limpeza do bloco operatório central



### Bloco Operatório Central



**DETERGENTES**



**INDICAÇÕES:** Vidros e acrílicos  
**NÃO USAR:** Superfícies delicadas, ecrãs LCD, dispositivos eletrônicos

**INDICAÇÕES:** WC, pavimento, mobiliário e superfícies não críticas  
**DILUIÇÃO:** 20ml para 1L de água



**DESINFETANTES**



**Indicações:** Equipamentos e superfícies não críticas

**Indicações:** Louças sanitárias, equipamento, mobiliário e material clínico, derrames de matéria orgânica  
**DILUIÇÃO:**  
Pastilhas 2,5g (trocloroseo sódico)  
- 500ppm 2 pastilhas em 5 L de água - contato 10 min. (mobiliário, superfície de áreas não críticas)  
- 1000ppm 4 pastilhas em 5 L de água (Microorganismos específicos) - 10 min.  
- 10000ppm 7 pastilhas em 1L de água – derrames >30ml-2 min



## Apêndice 20: Compromisso para a higienização hospitalar

Formando: \_\_\_\_\_

Identificação da acção de formação:  
Compromisso para a higienização hospitalar

Data da formação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Objectivos a atingir com a formação:

- Compreender a importância do compromisso para a higienização hospitalar
- Sensibilizar para a necessidade de garantir o bem-estar do doente e família
- Compreender a necessidade de centralizar o atendimento ao doente
- Desenvolver estratégias para melhoria de forma presencial e credível
- Estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional

centro hospitalar do Porto **Impresso** IM.SLOG.GER.202/0  
Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 20/04/2022  
Hora: início 08:30 fim 09:30  
Serviço: Silva

Assuntos Tratados:  
- Compromisso para a higienização hospitalar  
- Comunicação, empatia e relacionamento interpessoal  
Ana Maria, Maria Inês, Tânia, Luísa, Sílvia

centro hospitalar do Porto **Impresso** IM.SLOG.GER.202/0  
Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 21/04/2022  
Hora: início 08:30 fim 09:30  
Serviço: Silva

Assuntos Tratados:  
- Compromisso para a higienização hospitalar  
- Comunicação, empatia e relacionamento interpessoal  
Ana Maria, Maria Inês, Tânia, Luísa, Sílvia

Centro Hospitalar de Porto

Impresso

IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças

Pág. 1 de 1

Data: 27/04/2022

Hora: Início 08:30 Fim 09:30

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Apresentação para a harmonização hospitalar
- Comunicação, impacto e relacionamento interpessoal

Ana Cristina, Thais Torgal, Rita Loureiro, Rita Dias

---

Centro Hospitalar de Porto

Impresso

IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças

Pág. 1 de 1

Data: 28/04/2022

Hora: Início 08:30 Fim 09:30

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Apresentação para a harmonização hospitalar
- Comunicação, impacto e relacionamento interpessoal

Ana Cristina, Thais Torgal, Rita Loureiro, Rita Dias

## Apêndice 21: Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no bloco operatório

Formulário

Identificação da acção de formação:  
Sessão de Desinfeção de Superfícies Ambientais  
 no Bloco Operatório

Data de formação: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Objectivos a atingir com a formação:

- Conhecer os conceitos de limpeza e desinfeção
- Conhecer os conceitos de desinfeção e esterilização
- Conhecer os conceitos de limpeza e desinfeção
- Conhecer a importância da limpeza e desinfeção

---

**Impressão** IM.S.DG.GER.202/0

Centro Hospitalar de Beja Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 11/03/2020 Assuntos Tratados:  
 Hora início: 08:30 - limpeza e desinfeção de superfícies ambientais  
 Hora fim: 09:30 - no Bloco Operatório  
 Serviço: Bloco - uso correcto dos desinfetantes e desinfectantes químicos  
- A importância da limpeza e desinfeção

---

**Impressão** IM.S.DG.GER.202/0

Centro Hospitalar de Beja Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 11/03/2020 Assuntos Tratados:  
 Hora início: 08:30 - limpeza e desinfeção de superfícies ambientais  
 Hora fim: 09:30 - no Bloco Operatório  
 Serviço: Bloco - uso correcto dos desinfetantes e desinfectantes químicos  
- A importância da limpeza e desinfeção

---

**Impressão** IM.S.DG.GER.202/0

Centro Hospitalar de Beja Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 23/03/2020 Assuntos Tratados:  
 Hora início: 08:30 - limpeza e desinfeção de superfícies ambientais  
 Hora fim: 09:30 - no Bloco Operatório  
 Serviço: Bloco - uso correcto dos desinfetantes e desinfectantes químicos  
- A importância da limpeza e desinfeção

Centro Hospitalar de Faro

Impresso: IM.SLOG.GER.202/D

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 20/03/2022

Hora início: 08:30 fim: 09:30

Serviço: RBE

Assuntos Tratados:  
 - Limpeza e desinfeção de superfícies cobertas  
 - Uso correto de luvas  
 - Uso correto dos dispositivos de proteção pessoal  
 - Ações a tomar quando se encontra a nível do bloco

---

Centro Hospitalar de Faro

Impresso: IM.SLOG.GER.202/D

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 26/03/2022

Hora início: 08:30 fim: 09:30

Serviço: RBE

Assuntos Tratados:  
 - Limpeza e desinfeção de superfícies cobertas  
 - Uso correto de luvas  
 - Uso correto dos dispositivos de proteção pessoal  
 - Ações a tomar quando se encontra a nível do bloco

---

Centro Hospitalar de Faro

Impresso: IM.SLOG.GER.202/D

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 20/03/2022

Hora início: 08:30 fim: 09:30

Serviço: RBE

Assuntos Tratados:  
 - Limpeza e desinfeção de superfícies cobertas  
 - Uso correto de luvas  
 - Uso correto dos dispositivos de proteção pessoal  
 - Ações a tomar quando se encontra a nível do bloco

---

Centro Hospitalar de Faro

Impresso: IM.SLOG.GER.202/D

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 27/03/2022

Hora início: 08:30 fim: 09:30

Serviço: RBE

Assuntos Tratados:  
 - Limpeza e desinfeção de superfícies cobertas  
 - Uso correto de luvas  
 - Uso correto dos dispositivos de proteção pessoal  
 - Ações a tomar quando se encontra a nível do bloco

## Apêndice 22: Procedimentos de descontaminação – resíduos de risco



### Procedimentos de descontaminação Resíduos de risco



Aventais de proteção plásticos (SEMPRE)



Luvas de proteção impermeáveis (SEMPRE)



Óculos de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Máscara de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Bloco Operatório Central



**Apêndice 23: Plano de formação**

<b>Plano de formação</b>			
<b>Designação da Ação</b>	<b>Destinatários</b>	<b>Calendarização</b>	<b>Descrição</b>
1. Higiene das mãos (5 momentos e uso de luvas)	Assistentes operacionais	03/02 10/02 17/02 24/02 03/03 10/03	<p>Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”.</p> <p>Procederemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática -<i>Roleplay</i>. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho.</p> <p>Foi nossa intenção sensibilizar para a importância da avaliação das formações. Este processo é complexo e requer um estudo atento por parte dos intervenientes no processo.</p> <p>Elaboramos nesse sentido um breve questionário no sentido de perceber a avaliação da satisfação dos formandos e a avaliação das aprendizagens. A um nível mais elevado poderá decorrer, aquando das próximas auditorias, a avaliação da transferência para o contexto de trabalho.</p>
2. Uso de luvas cirúrgicas	Enfermeiros	11/02/22	<p>A necessidade da realização desta formação foi sinalizada pelos responsáveis do serviço que entendiam urgente a elaboração de uma instrução/protocolo para o “uso de luvas cirúrgicas” no BO.</p> <p>Foi realizada a formação, com sensibilização dos profissionais para as boas práticas nesta área e um trabalho em parceria com as enfermeiras interlocutoras da qualidade para viabilizar uma norma para o</p>

			serviço.
3.	ISBAR	Enfermeiros	26/02/22
			<p>A comunicação na transferência de doentes no BO (UCPA e internamento) representa um grande desafio para os profissionais, uma vez que os erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transição de cuidados, podem colocar a segurança do doente em risco.</p> <p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação: sensibilização para a importância da comunicação na transição de cuidados e apresentação da técnica ISBAR;</li> <li>- Criação da ferramenta com contributo de vários enfermeiros do serviço;</li> <li>- Disponibilização da ferramenta elaborada para período de experiência;</li> <li>- Disponibilidade da ferramenta final.</li> </ul> <p>A ferramenta foi aceite e está a ser usada como apoio nas boas práticas dos enfermeiros do BO; Tem também sido usada como referência de boa prática em formações de outros grupos profissionais, nomeadamente dos médicos anestesistas, que solicitaram autorização para a partilhar nas suas formações;</p> <p>A importância deste trabalho foi também reconhecida noutras instâncias tornando-se notícia na <b>newsletter</b> do Bloco Operatório.</p>
4.	Fatores determinantes da adesão às boas	Enfermeiros	18/03/22
			<p>Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”.</p>

<p>práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória</p>			<p><b>Objetivos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Formação: sensibilização para os resultados das auditorias e formação em boas práticas nestas temáticas específicas;</li> <li>- Criação de um cartaz - “Avaliação de risco e seleção de luvas”, em parceria com a CCIRA, com afixação em vários locais do BO. A comissão de infeção propôs-se a realizar a homologação do mesmo para disponibilizar em todo o CHP.</li> </ul> <p>Tendo como ponto de partida esta formação, profundamos a revisão bibliografia nesta temática e elaboramos um trabalho para o “Congresso internacional do controlo de infeção”.</p> <p>A participação no Congresso internacional do controlo de infeção ocorreu no dia 31-03-22, com a apresentação de um poster.</p>
<p>5. Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais – BO</p>	<p>Enfermeiros</p>	<p>25/03/2022</p>	<p>Foram identificadas as necessidades de formação, nesta temática específica, com base nas entrevistas aos enfermeiros coordenadores.</p> <p>Procederemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática - <i>Roleplay</i>. Estas sessões decorreram em pequenos grupos.</p>
<p>6. Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais - BO</p>	<p>Assistentes operacionais</p>	<p>10/03 17/03 24/03 30/03 04/04</p>	<p>Foram identificadas as necessidades de formação, nesta temática específica, com base nas entrevistas aos enfermeiros coordenadores e responsável pelos assistentes operacionais.</p> <p>Procederemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática-<i>Roleplay</i>. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho.</p>

Perceção dos Enfermeiros sobre a Qualidade e a Segurança dos Cuidados à Pessoa no Período Perioperatório

		19/05	No sentido de manter presente a informação mais importante, desenvolvemos cartazes, em suporte de papel, afixados de forma visível em zonas estratégicas. Foi também elaborada uma recolha de normas e procedimentos existentes no hospital, de forma a disponibilizar um “manual” de consulta rápida para os assistentes operacionais.
7. Competências não técnicas do enfermeiro perioperatório	Enfermeiros	08/04/2022	A importância das competências não técnicas dos enfermeiros no perioperatório constituem um assunto de relevo e destaque na literatura contemporânea. No sentido de dar resposta as necessidades identificadas pelos enfermeiros coordenadores no que se refere à comunicação, trabalho em equipa e gestão de conflito, foi elaborada a presente formação.
8. Compromisso para a Humanização hospitalar	Assistentes operacionais	20/04 21/04 27/04 28/04	A necessidade de uma intervenção mais humanizada no atendimento prestados nos Serviço Nacional de Saúde (SNS), levou à criação do programa "Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde", aprovado pelo Despacho n.º 19204/2001 de 13 de setembro. Foi nossa intenção divulgar a pertinência da informação criada pelo departamento de Humanização do CHP e importância do papel dos assistentes operacionais enquanto membros da equipa do BO. Foram trabalhadas competências não técnicas como a comunicação, empatia e relacionamento interpessoal. A pertinência desta formação surgiu em virtude de uma notificação relacionada à comunicação assistente operacional/doente.
<b>Outras atividades:</b>			
	<p>- Elaboração de um <i>Flyer</i> e filme “Acolhimento do doente e família no BO”</p> <p>Foi nossa intenção colmar uma lacuna que entendemos pertinente na área do atendimento ao doente cirúrgico e sua família no BO do CHUPorto.</p> <p>A ausência de documentos e procedimentos nesta área levou-nos à criação de um <i>Flyer</i> e um filme sobre o “acolhimento do doente e família no BO”. Para além de preencherem o propósito de apresentação do serviço, pretende-se também contribuir para a literacia do doente e familiares, pelo que são também incluídas informações pertinentes para a segurança dos procedimentos anestésico e cirúrgicos.</p>		

	Foi nosso propósito elaborar os <i>Flyer</i> para os disponibilizar nos serviços de internamento e consulta, bem como disponibilizar o vídeo para a APP e site do CHUPorto
--	--