



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

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

Liliana Patrícia Moreira dos Santos

**CULTURA DE SEGURANÇA NUM CENTRO
HOSPITALAR DA REGIÃO NORTE DE PORTUGAL**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

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

Cultura de Segurança num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal

Relatório Final de Estágio

Liliana Patrícia Moreira dos Santos

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Doutora Liliana Andreia Neves da Mota

Oliveira de Azeméis | 2023

À minha amiga “Liana”,
pela longa amizade no teu punhado de vida...

“Na vida não há nada a temer, mas a compreender”

Marie Curie

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Liliana Mota, pela exímia orientação ao longo deste percurso, pela disponibilidade, tolerância, motivação e críticas academicamente desafiadoras na realização deste trabalho, pois *“se eu vi mais longe, foi por estar sobre ombros de gigantes”*.

Ao Centro Hospitalar onde foi realizado o estudo de investigação, em particular:

Ao Conselho de Administração, pela autorização;

Ao Enfermeiro Diretor, pela motivação e divulgação do estudo de investigação;

Ao Serviço de Ensino, Formação e Investigação, pelo suporte em todo o processo;

Aos Participantes, pelo contributo no preenchimento e divulgação do questionário.

À Equipa multidisciplinar dos contextos de estágio, em particular:

À Enfermeira Gestora Paula Guimarães pela disponibilidade e motivação;

Aos tutores dos estágios, Enfermeiro Especialista Mestre Filipe Varejão e Enfermeira Especialista Mestre Marisa Carneiro, pela generosidade, amabilidade, motivação, empatia e reflexões críticas das minhas aprendizagens;

Aos enfermeiros, pelo amável acolhimento, inspiração e partilha de conhecimento.

Aos meus Amigos, em particular:

À Martinha, pelo companheirismo incansável e por não me ter deixado desistir;

À Vera e à Goreti, pela empatia, cumplicidade e conselhos oportunos;

À Ana Luísa Antunes, pela generosidade académica, motivação, cumplicidade;

À Tânia, pela inspiração, ajuda e apoio emocional nas minhas “crises existenciais”;

À Vânia, ao Luís, ao César, à Elisabete e ao Alexandre, pela força, pelas saudáveis discussões e pelo apoio técnico, à Élia, por tudo em tudo e à Inês, pelas escapadelas;

Aos “caloiros” do bloco operatório, pelo apoio emocional e pelos jantares de “reflexão”.

À minha Família, especialmente:

Aos meus pais e à minha irmã, fontes de inspiração, pelo aconchego e suporte familiar;

Aos meus sogros e cunhados, pelo alento e ajuda na minha difícil logística;

Ao meu primo Nuno, pela inspiração académica, assertividade e acompanhamento;

Ao Ricardo, a quem devo a realização deste ciclo de estudos, pelas críticas, disponibilidade, paciência nos incontáveis “está quase”, partilha de emoções e acima de tudo, pela amorosa dedicação aos nossos filhos e ao nosso lar nas minhas ausências;

Aos meus filhos, Camila e Ivo, que apesar de pequenos, compreenderam tanto...

A todos os que cuidaram de mim, para agora poder cuidar mais e melhor...muito OBRIGADA!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

α - alpha

ACSA - *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía*

ACSD – Avaliação da Cultura de Segurança do Doente

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AHRQ - *Agency for Healthcare Research and Quality*

AO - Assistente Operacional

AORN - *Association of Perioperative Registered Nurses*

APIC - Admissão Pré-Internamento Cirúrgico

BNP - Bloqueios de Nervos Periféricos

BO – Bloco Operatório

BOC – Bloco Operatório Central

CA – Cirurgia de Ambulatório

CPRE - Colangiopancreatografia Retrógrada Endoscópica

CQS – Comissão da Qualidade e Segurança

CS – Cultura de Segurança

CSD - Cultura de Segurança do Doente

DGS – Direção-Geral da Saúde

DM – Dispositivos Médicos

EA – Eventos Adversos

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEMCEPSP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

ENQS – Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde

HSPSC - *Hospital Survey on Patient Safety Culture*

ICN - *International Council of Nurses*

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

ISBAR - Identificação, Situação atual/causa, Antecedentes/Anamnese, Avaliação e Recomendações

LASA - *Look Alike – Sound Alike*

LVSC - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

MAM - Medicamentos de Alerta Máximo

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PAMSD – Plano Ação Mundial para a Segurança do Doente

PNSD - Plano Nacional para a Segurança do Doente

QR code - Quick Response Code

SCE - Supervisão Clínica em Enfermagem

SD - Segurança do Doente

SNS – Serviço Nacional de Saúde

SPSS - Statistical Package for the Social Sciences

UCA - Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UPP - Úlceras por Pressão

URDM – Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos

RESUMO

A cultura de segurança do doente é um requisito fundamental à prática clínica, constituindo uma das dimensões integrantes de qualidade em saúde, estando relacionada com um conjunto de valores, atitudes, crenças, percepções, padrões de comportamento e o estilo de competência da gestão da segurança de uma organização. A elevada imprevisibilidade e complexidade dos cuidados de saúde pode levar à ocorrência de incidentes de segurança, dos quais podem resultar danos para o doente, profissionais e instituições com impacto social e económico-financeiro. A segurança do doente é uma prioridade das políticas de saúde das organizações mundiais, europeias e nacionais, contemplando nos seus planos estratégicos a avaliação da cultura de segurança do doente. Os profissionais de saúde são responsáveis pelas ações de melhoria contínua da segurança do doente, reconhecendo-se o contributo do enfermeiro especialista e mestre, ao abrigo das suas competências, no desenvolvimento destas intervenções no âmbito da governação clínica. Com vista ao alcance destas competências de enfermagem avançada, realizou-se o estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, pelo que é apresentada, na primeira parte deste relatório, uma reflexão crítica sobre o desenvolvimento das competências comuns e específicas desta especialidade. A componente de estágio desenvolveu-se em dois momentos, mais precisamente em contexto de cirurgia de ambulatório e bloco operatório central, de um centro hospitalar da região norte do país, onde concomitantemente se desenvolveu a componente de investigação, apresentada na segunda parte deste relatório. Com o objetivo de descrever a cultura de segurança de um centro hospitalar da região norte de Portugal, realizou-se um estudo descritivo de abordagem quantitativa. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação do questionário de avaliação da cultura de segurança do doente *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, versão 2.0 da *Agency for Healthcare Research and Quality*. A amostra foi não probabilística, por conveniência, e os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva, com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24. A dimensão que apresentou valores médios positivos mais altos foi “Apoio do supervisor/gestor/diretor clínico à segurança do doente” (67 %). As dimensões “Equipa e ritmo de trabalho”, “Resposta ao erro” e “Comunicação acerca do erro” assumem pontos críticos da cultura de segurança do doente e os valores mais baixos de positividade revelaram-se na dimensão “Notificação de eventos de segurança do doente” (36 %). Os resultados obtidos evidenciam a necessidade de implementação de ações de melhoria, com necessidade de intervenção prioritária em algumas das dimensões, com vista ao aumento da segurança do doente, garantindo a qualidade dos cuidados em saúde.

Palavras-chave: Cultura de segurança; Segurança do paciente; Qualidade em saúde; Enfermagem

ABSTRACT

Patient safety culture is a fundamental requirement for clinical practice, constituting one of the integral dimensions of quality in health, being related to a set of values, attitudes, beliefs, perceptions, behaviour patterns and competence style of the safety management of an organisation. The high unpredictability and complexity of healthcare can lead to the occurrence of safety incidents, which can result in harm to the patient, professionals, and institutions with social, economic, and financial impact. Patient safety is a priority in the health policies of global, European, and national organisations, including the evaluation of patient safety culture in their strategic plans. Health professionals are responsible for the actions of continuous improvement of patient safety, recognising the contribution of specialist and master nurses, within the scope of their competencies, in the development of these interventions for clinical governance. In order to achieve these advanced nursing competencies, the internship in the area of Specialisation in Nursing for People in Perioperative Situations was carried out, presenting, in the first part of this report, the development of the common and specific competencies in a critical and reflective way. The internship component was developed in two moments, *i.e.*, in the context of ambulatory surgery and central operating room, of a hospital centre in the north of Portugal, where, concomitantly, the research component presented in the second part of this report was developed. With the purpose of describing the safety culture of a hospital centre in the north of Portugal, a descriptive study with a quantitative approach was carried out. Data were collected through the application of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) questionnaire Hospital Survey on Patient Safety Culture, version 2.0. The sample was not probabilistic by convenience and the data were subjected to descriptive statistical analysis using the Statistical Package for the Social Sciences, version 24. The composite measure that showed the highest positive mean values was "Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety" (67 %). The composite measures "Staffing and Work Pace", "Response to Error" and "Communication About Error" are critical points of the patient safety culture and the lowest values of positivity were found in the dimension "Reporting Patient Safety Events" (36 %). The results obtained highlight the need to implement improvement actions, with the need prioritize intervention in some of the dimensions to increase patient safety, guaranteeing healthcare quality.

Keywords: Safety Culture; Patient Safety; Quality of Health Care; Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Trabalho em equipa”	100
Tabela 2: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Equipa e ritmo de trabalho”	101
Tabela 3: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Aprendizagem organizacional- – melhoria contínua”	102
Tabela 4: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Resposta ao erro”	103
Tabela 5: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente”	104
Tabela 6: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Comunicação acerca do erro”	105
Tabela 7: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Abertura na comunicação”	106
Tabela 8: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Notificação de eventos de segurança do doente”	107
Tabela 9: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Apoio da gestão hospitalar à segurança do doente”	108
Tabela 10: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Transições e troca de informação”	109
Tabela 11: Tabela resumo da percentagem de positividade e do α -Cronbach das dimensões do <i>SOPS® Hospital Survey, 2.0</i>	110
Tabela 12: Frequência da notificação de eventos de segurança do doente	111
Tabela 13: Avaliação do grau de Segurança do Doente	111

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: <i>Perioperative Patient Focused Model</i>	29
Figura 2: Palavras mais utilizadas na secção dos comentários.....	112

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	27
1. Enquadramento dos contextos de estágio	29
1.1. Estágio em contexto de unidade de cirurgia de ambulatório	31
1.2. Estágio em contexto de bloco operatório central	33
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	37
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	55
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	56
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa multidisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	70
4. Considerações finais.....	79
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	81
1. Resumo	83
2. Abstract	85
3. Fundamentação/enquadramento teórico	87
4. Finalidade e objetivos.....	93
5. Metodologia.....	95
5.1. Desenho do estudo	95
Tipo de estudo	95
5.2. Considerações éticas.....	97
6. Resultados.....	99
6.1. Caracterização socioprofissional da amostra.....	99
6.2. Dimensões da cultura de segurança do doente	100
6.3. Notificação de Eventos de Segurança do Doente	111
6.4. Classificação da Segurança do Doente	111

6.5. Comentários dos participantes	112
7. Discussão	113
8. Conclusão	123
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	125
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	127
ANEXOS	137
ANEXO I: Certificado Participação nas Jornadas “Humanize <i>Healthcare</i> II”	139
ANEXO II: Proposta de Norma “Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório”	143
ANEXO III: Proposta de Norma “Dupla Verificação na Administração de Medicamentos de Alerta Máximo”	159
ANEXO IV: Proposta de Instrução de Trabalho “Produtos Biológicos para Anatomia Patológica”	173
ANEXO V: Plano de Sessão da Formação “Gestão de Risco em Saúde e Segurança do Cliente: Notificação de Incidentes”	187
ANEXO VI: Sessão de Formação “Notificação do Risco”	191
ANEXO VII: Auxiliar de Memória com <i>QRcode</i> do vídeo tutorial de auxílio à notificação de incidentes de segurança do doente	197
ANEXO VIII: Proposta de Ficha Cirúrgica “Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)”	201
ANEXO IX: Proposta de Ficha Cirúrgica “Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia”	211
ANEXO X: Certificado Participação no Ciclo de Conferências “Um passo para o futuro”	221
ANEXO XI: Certificado de Formadora na Sessão de Formação “EEEMC – Supervisão Clínica”	225
ANEXO XII: Certificado de Participação no Curso “Suporte Avançado de Vida Neonatal” ..	229
ANEXO XIII: Certificado de Formadora na Sessão de Formação “Segurança dos Profissionais na Manipulação de Produtos Biológicos”	233
ANEXO XIV: Sessão de Formação “Produtos Biológicos para Anatomia Patológica”	237
ANEXO XV: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral “Cultura de Segurança: a Comunicação de Eventos Adversos na perspetiva dos Enfermeiros”	247

ANEXO XVI: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral “Perceção dos Profissionais de Saúde sobre Cultura de Segurança do Doente em dois Centros Hospitalares de Portugal”	251
ANEXO XVII: Certificado da Comunicação Oral “Notificação de Eventos de Segurança do Doente na Perspetiva dos Enfermeiros”	255
ANEXO XVIII: Certificado da Comunicação Oral “Cultura de Segurança do Doente: Aprendizagem Organizacional e a Resposta ao Erro na Perspetiva dos Profissionais”	259
ANEXO XIX: Certificado de Participação na Bolsa de Investigação de Enfermagem “Enfermeira Arminda Mendes Costa”	263
ANEXO XX: Certificado de Participação na Comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde – 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica	267
ANEXO XXI: Certificado de Participação no Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”	271
ANEXO XXII: Certificado da Apresentação do Póster “Intervenções de Enfermagem perioperatórias para a prevenção da infeção na hernioplastia abdominal”	275
ANEXO XXIII: Certificado da Apresentação do Póster “Reprocessamento de Dispositivos Médicos e Prevenção de Infeção: Papel do Enfermeiro Perioperatório”	279
ANEXO XXIV: Questionário <i>Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®)</i> , versão 2.0	283
ANEXO XXV: Itens e Dimensões do Questionário da Avaliação da Cultura de Segurança do Doente - <i>SOPS®, Version 2.0</i>	293
ANEXO XXVI: Declaração de autorização da AHRQ para a tradução do questionário <i>SOPS® Hospital Survey 2.0</i>	297
ANEXO XXVII: Parecer da Comissão de Ética da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP	301
ANEXO XXVIII: Parecer do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a Saúde	305
ANEXO XXIX: Comentários dos Participantes do Estudo de Investigação	309

INTRODUÇÃO

Atualmente, os danos causados aos doentes por cuidados inseguros é um grande e crescente desafio global de saúde pública, sendo uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, mas, na sua maioria, evitáveis (WHO, 2021). Para além dos danos causados ao doente, os profissionais de saúde envolvidos em incidentes de segurança graves, podem também sofrer danos psicológicos com sentimentos profundos de culpa e autocritica, que podem perdurar no tempo (WHO, 2021). A experiência profissional em várias instituições de saúde (nacionais e internacionais) promoveu o interesse e reflexão acerca da prestação segura de cuidados de saúde aos doentes, incitando a busca constante de conhecimento, baseado na melhor evidência científica.

Os sistemas de saúde funcionam em ambientes cada vez mais complexos, onde novas ameaças à segurança do doente (SD) se impõem. A SD assumiu, então, maior relevância, materializando-se num indicador relevante para a qualidade dos cuidados em saúde (Pinto *et al.*, 2020; Pires *et al.*, 2021). Apesar dos esforços globais para reduzir o impacto dos danos causados aos doentes, nas duas últimas décadas não foram registadas mudanças significativas, mesmo nos países mais desenvolvidos (WHO, 2019). Torna-se, portanto, fundamental a avaliação e implementação sistemática de melhorias das práticas assistenciais associadas à avaliação da cultura de segurança do doente (ACSD) (Galvão *et al.*, 2018), pois a aplicação de precauções de segurança sem avaliação adequada, aumentam os custos e riscos imprevistos (Khosravizadeh *et al.*, 2020).

Para evitar ao máximo os danos ao doente, a Organização Mundial da Saúde (OMS) apresentou o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021-2030, que tem como missão impulsionar políticas, estratégias e ações baseadas na ciência, experiência do doente, desenvolvimento de sistema e parcerias, para eliminar todas as fontes de risco evitável. Este plano assenta em 7 objetivos estratégicos e apresenta a SD como estratégia prioritária para o cuidado em saúde (WHO, 2021). Alinhada com a OMS e outras organizações internacionais, a Direção-Geral da Saúde (DGS) apresentou o Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026, onde a cultura de segurança (CS) surge como 1º pilar, recomendando a sua avaliação de 2 em 2 anos em todas as instituições hospitalares (DGS, 2018).

Tal como os resultados encontrados noutros países, as últimas ACSD em Portugal (num estudo piloto nos anos de 2014, 2016 e 2018) revelaram dimensões com necessidade de melhorias, tais como: “Resposta não punitiva ao erro”, “Frequência da notificação”,

“Dotação de profissionais” ou “Abertura na comunicação” (DGS, 2018). As políticas de saúde nacionais reforçam a necessidade de dar continuidade à ACSD, e sendo verdade que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se mede, principalmente, pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação, é indiscutível que estes ganhos só serão significativos se for melhorada a sua segurança.

O PNSD 2021-2026 (DGS, 2018) consagra os elementos da equipa multiprofissional, agentes responsáveis pela melhoria da SD, reconhecendo o contributo de cada um pela mobilização de competências individuais (Despacho nº 9390/2021), onde os enfermeiros se apresentam como uma classe profissional privilegiada para a realização destas ações de melhoria contínua, pois *“são profissionais de alta competência técnica e científica e trabalham frequentemente em ambientes de grande dureza, com elevadas exigências físicas e psicológicas e tantas vezes com condições organizacionais deficientes”* (Rolo et al., 2023, p.232). Pela natureza das suas funções e competências, os enfermeiros constituem um elemento fundamental para a garantia da SD e da qualidade dos cuidados, agindo como dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento nº 429, 2018).

Perante os pressupostos apresentados, desenvolveu-se um estudo de investigação, onde se pretende dar resposta à seguinte questão de investigação: “Qual a cultura de segurança de um centro hospitalar da região norte de Portugal?”. Este tem como objetivo descrever a cultura de segurança do doente (CSD), percecionada pelos profissionais de saúde. Neste sentido, foi desenvolvido um estudo descritivo de abordagem quantitativa, norteado metodologicamente pelo referencial *EQUATOR*. Foi aplicado um questionário de ACSD, desenvolvido a partir do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* (HSPSC), da *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ), referenciado pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety* para a ACSD nos hospitais. Este permite avaliar dimensões da CSD, monitorizar alterações ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções nesta área (DGS, 2018).

A realização desta investigação vem acrescentar conhecimento acerca da CS, contribuir para o aumento da sensibilização de todos os profissionais para a problemática, constituindo um potencial de diagnóstico para a definição de ações de melhoria contínua, em prol da SD, conforme apresentado na segunda parte do presente relatório final de estágio, na componente de investigação.

Esta unidade curricular (UC) é constituída por um total de 810 horas, das quais 440 horas são de contacto em tipologia de estágio. Este foi dividido em dois momentos distintos, correspondendo 220 horas a cada um deles.

A primeira parte do presente relatório versa a componente de estágio com o respetivo enquadramento da instituição onde decorreram os dois momentos – Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) e Bloco Operatório Central (BOC). Segue-se uma descrição, análise e reflexão das atividades desenvolvidas, com referência às competências comuns do Enfermeiro Especialista e às competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCEPSP), sustentadas conceptualmente pelo referencial teórico - *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020), criado e desenvolvido pela *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)*. As considerações finais encerram a primeira parte - componente de estágio.

A segunda parte do relatório versa a componente de investigação. Estruturalmente, inicia-se com a apresentação do resumo do trabalho desenvolvido. Segue-se a fundamentação e o enquadramento teórico da temática, apresentam-se os objetivos e finalidades, a metodologia aplicada, os resultados, a discussão e respetiva conclusão. As considerações finais dão término ao presente documento.

Tendo em conta as competências que prefiguram a enfermagem especializada e as competências conducentes ao grau de mestre, apresenta-se o desenvolvimento e aquisição destas no capítulo seguinte - Componente de Estágio.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A prática da Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização da enfermagem à pessoa em situação perioperatória é centrada na pessoa a vivenciar processos de saúde/doença que necessita de procedimentos cirúrgicos e anestésicos no período perioperatório. Promove-se o empoderamento da pessoa (e respetiva família/pessoa significativa), a promoção da saúde, prevenção de eventos adversos (EA) e tratamento da doença (OE, 2017).

Pelas características dos contextos perioperatórios, houve necessidade de fundamentar e apoiar a prática clínica num modelo conceptual conducente com as intervenções perioperatórias. A seleção do referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model* veio responder a esta necessidade, pois foi um modelo desenvolvido especificamente para a prática da enfermagem perioperatória, apresentado pela AORN no ano de 2000, onde a pessoa em nesta situação perioperatória assume a centralidade dos cuidados (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). Em termos gráficos, este modelo sofreu alterações relativamente ao original, apresentando-se atualmente conforme a Figura 1.

Este modelo é focado nos resultados de alta qualidade, advindos da prestação de cuidados perioperatórios personalizados dentro do sistema de saúde, contribuindo para a garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória (AORN, 2018a).

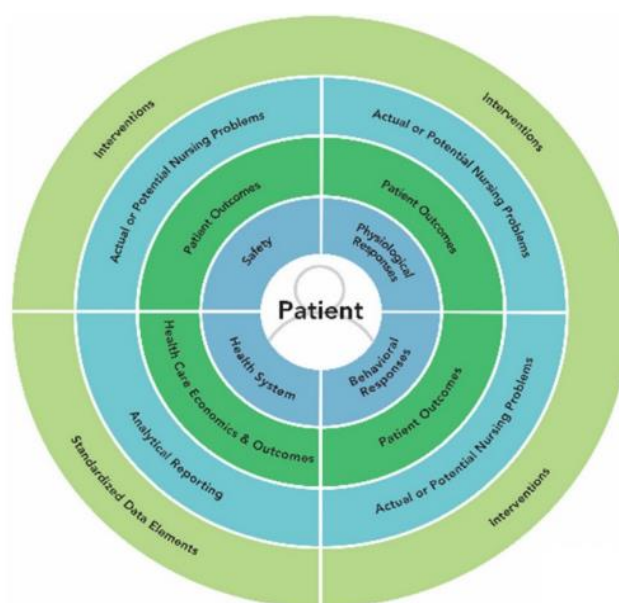


Figura 1: *Perioperative Patient Focused Model*.

(Fonte: AORN, 2018, p. 3)

Esta ilustração do modelo (Fig. 1) está dividida em quatro quadrantes, dos quais três – as alíneas a), b) e c) representam domínios centrados na pessoa em situação perioperatória (Van Wicklin, 2020; Rothrock & Smith, 2000):

a) Segurança - corresponde à ausência de sinais e sintomas de lesão física. Preconiza a prestação de cuidados que visem a proteção da pessoa em situação perioperatória de lesões físicas, não expectáveis, em todas as fases deste período;

b) Respostas fisiológicas - corresponde à adequação das respostas físicas, bioquímicas e funcionais da pessoa em situação perioperatória durante adaptação ao seu processo terapêutico;

c) Respostas comportamentais - corresponde ao apoio na interpretação do processo anestésico e cirúrgico, na garantia da satisfação das necessidades psicológicas, sociais e espirituais, assim como da família ou pessoa(s) significativa(s);

d) Sistema de saúde – representa o sistema de saúde no qual os cuidados perioperatórios são prestados, contemplando as preocupações administrativas e fatores estruturantes do ambiente da prática, fulcrais para o sucesso dos resultados.

Segundo as mesmas fontes, por via da prática baseada na evidência, o processo de enfermagem perioperatório é implementado de acordo com as seguintes etapas: avaliação da pessoa em situação perioperatória, identificação de diagnósticos de enfermagem e implementação de intervenções de enfermagem individualizadas (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Neste capítulo será apresentada a instituição onde se realizou o estágio e a caracterização dos locais de estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II.

Os contextos da prática clínica são determinantes e influenciam o desenvolvimento de competências e respetiva consecução dos objetivos pessoais e profissionais, assumindo especial relevância devido à sua influência nos cuidados e no exercício profissional (Carvalho *et al.*, 2019). Segundo Le Boterf (2005), o desenvolvimento de competências ocorre por meio da experiência e é influenciado por três fatores: saber agir, querer agir e poder agir. O autor argumenta que diante de situações imprevistas, os profissionais devem demonstrar iniciativa, assumir responsabilidade e investir em si mesmos, a fim de desenvolver as competências que já possuem e adquirir outras necessárias. Neste norteamto, Carvalho *et al.* (2019) reitera que “*devem ser proporcionadas condições (contexto) para que ele se possa desenvolver*” (p.14). Estes princípios estão alinhados com a especialização em enfermagem que procura o aprimoramento de competências especializadas, onde o poder agir também é contexto dependente, sendo importante a sua

caraterização na contextualização do desenvolvimento de competências de especialista e de mestre.

O centro hospitalar onde se realizaram ambos os estágios é uma organização de saúde constituída por duas unidades hospitalares. Abrange doze concelhos de quatro distritos, dando resposta às necessidades em cuidados de saúde hospitalares da população de três agrupamentos de centros de saúde para um total de 408.878 habitantes, representando 9,95% da população do país, segundo resultados dos Censos de 2021 (INE, 2023).

Desenvolve, de forma continuada, uma política de gestão de recursos humanos promotora do desempenho e da motivação de todos os profissionais, norteada pela exigência, pelo mérito e pelo cumprimento de objetivos, assente numa cultura de responsabilidade e melhoria contínua na prática de cuidados de saúde. Desenvolve, ainda, funções de assistência e de ensino pré- e pós-graduado, estimulando, assim, a investigação e o desenvolvimento científico.

Esta instituição está certificada pelo modelo de Certificação da *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía* (ACSA), sendo também certificados três serviços pela norma portuguesa NP ISO 9001:2015 (o serviço de esterilização, imuno-hemoterapia e o serviço de instalações e equipamentos).

O primeiro momento de estágio decorreu na UCA, no período de 3 de outubro a 9 de dezembro de 2022, e o segundo no BOC entre 12 de dezembro de 2022 e 8 de março de 2023.

1.1. Estágio em contexto de unidade de cirurgia de ambulatório

A cirurgia de ambulatório (CA) é definida pelo Ministério da Saúde (Portaria nº 132/2009, p. 660) como:

“(...) intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais legis artis, em regime de admissão e alta no período inferior a vinte e quatro horas”.

Em Portugal, a CA deu os seus primeiros passos nos anos 90, trazendo inúmeras vantagens do ponto de vista social, permitindo uma rápida recuperação pós-operatória com o regresso precoce ao domicílio e, consequentemente, às atividades pessoais, sociais e profissionais.

São conhecidos e reconhecidos os benefícios deste modelo organizativo, quer pela acessibilidade, humanização e incremento de qualidade para a pessoa em situação

perioperatória, quer pela satisfação do profissional prestador de cuidados de saúde, quer pelo Estado, por ser fonte da estrutura de otimização de recursos (CNADCA, 2008).

A CA *“baseia-se num modelo organizativo centrado no doente, que está relacionado com um grande incremento da qualidade, aumento da personalização e da humanização dos cuidados de saúde”* (Carvalho *et al.*, 2023, p.60). Deste modo, o impacto socioeconómico deste modelo organizacional reflete o aumento efetivo da qualidade, nomeadamente na redução das listas de espera cirúrgicas e redistribuição e alocação da despesa em saúde (Despacho Nº 1380, 2018). Apresenta um carácter inovador relativamente à cirurgia eletiva em regime de internamento, ao estar suportada por um paradigma organizacional, que é centrado na pessoa que irá ser submetida à intervenção cirúrgica (Pinto & Sarnadas, 2020).

A UCA do centro hospitalar onde se realizou este estágio está organicamente inserida numa unidade de tipologia autónoma, pois é independente na estrutura, organização e funcionamento, mas dentro do recinto da unidade hospitalar. É considerado o modelo mais adequado, pelo facto de existir um espaço totalmente dedicado aos procedimentos de ambulatório e, por isso, promove uma abordagem mais personalizada, uma das premissas da CA (Duarte & Martins, 2014).

Está sediada numa das unidades hospitalares do local de estágio, no piso 3. Apresenta duas salas operatórias, recobro I e recobro II, instalações administrativas e secretariado do serviço. Não está contíguo à unidade de reprocessamento de dispositivos médicos (URDM) (que se situa no piso superior do edifício), contribuindo para alguns constrangimentos ao nível da esterilização e rastreabilidade.

A atividade assistencial dos elementos do serviço da UCA é realizada em ambas as unidades funcionais, conforme plano de trabalho, pois apresentam o mesmo diretor de serviço e a mesma enfermeira gestora. A equipa de enfermagem é constituída por 35 profissionais, liderada por uma enfermeira gestora, pertencendo a esta equipa: 3 enfermeiros especialistas em EMC (dos quais 1 é igualmente mestre), 2 enfermeiros especialistas em enfermagem comunitária e 1 enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação.

A prestação de cuidados é realizada pelo método individual de trabalho, numa filosofia de partilha e de espírito de equipa, estando os profissionais distribuídos por turno, de acordo com o regulamento de cálculo das dotações seguras dos cuidados de enfermagem da Ordem dos Enfermeiros (OE).

Ainda de referir que a UCA está a candidatar-se ao processo de idoneidade formativa da OE, assegurando os enfermeiros especialistas as cinco áreas de responsabilidade no processo: Padrões de Qualidade, Gestão de Risco, Controle de Infecção e Resistência aos Microbianos, Sistemas de Informação e Formação Contínua. A uniformização e

normalização das práticas clínicas neste contexto, permitem uma melhor integração no serviço, havendo, de igual forma, a possibilidade de participação (tanto de estudantes, como de novos profissionais) em projetos inovadores ou outros que estejam a decorrer.

A passagem pela UCA de uma das unidades funcionais do local de estágio (fisicamente separada da anteriormente descrita), permitiu a reflexão acerca das capacidades arquitetónicas do espaço e a tecnologia a ele inerente. Está inserida num hospital de proximidade, que data de 2013, e está equipada com a tecnologia mais avançada. As 3 salas operatórias foram recentemente equipadas e não existe carro de circulante, pois os armários com material de apoio às cirurgias estão embutidos, ficando a sala mais otimizada em termos de espaço, proporcionando maior organização de materiais e diminuindo o risco de infeção.

Ambas as UCA prestam assistência a pessoas adultas em situação perioperatória das especialidades de cirurgia geral, urologia, nefrologia, ortopedia, oftalmologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, cirurgia vascular e cirurgia maxilo-facial.

Para além dos objetivos preconizados no guia de orientação do estágio foram definidos os seguintes objetivos específicos, definidos à luz das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica (EEEMC), alinhados com a temática da componente de investigação deste relatório final de estágio e de acordo com as necessidades do serviço:

- Desenvolver estratégias que visem a garantia da segurança e qualidade dos cuidados na administração terapêutica à pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver, no âmbito da gestão do risco, estratégias /ferramentas de apoio à notificação de incidentes de segurança do doente.

1.2. Estágio em contexto de bloco operatório central

O segundo momento de estágio decorreu no BOC do centro hospitalar, inicialmente caracterizado neste capítulo. Este serviço encontra-se no quarto piso do edifício, estando adjacente à unidade de cuidados intensivos (UCI) e ao bloco de partos. No mesmo piso estão ainda a unidade de cuidados intensivos neonatais, o serviço de urgência (pediátrica, adultos e obstétrica) e a unidade de cuidados intermédios polivalente. A clínica de admissão pré-internamento cirúrgico (APIC), o serviço de imagiologia e a URDM são valências que fazem igualmente parte deste piso, o que faz com que cumpra as recomendações técnicas da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).

O bloco operatório (BO) é definido por Duarte & Martins (2014, p.11) como uma:

“unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos-cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida”.

De facto, não existe um projeto arquitetónico de bloco operatório *standard*, nem que seja satisfatório das necessidades de cada especialidade cirúrgica, mas é consensual que o BO deve ser projetado e organizado de modo a facilitar o fluxo interno e externo de pessoas, profissionais e materiais, nas diferentes áreas definidas, promovendo o controlo de infeção e a higiene ambiental (ACSS, 2011). Este tipo de estrutura vai de encontro ao recomendado, em que se decreta que o BO deverá estar localizado num local resguardado, de forma a não ser atravessado por qualquer tipo de circulação que lhe seja estranha, mas com uma proximidade relativa entre o BO e os vários departamentos hospitalares, como a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM), laboratório, imagiologia, entre outros que se mostrem necessários para a sua atividade (ACSS, 2011). Esta estrutura possibilita uma menor deslocação das pessoas em situação perioperatória, minimizando o risco de intercorrências associados ao transporte intra-hospitalar.

Este BO apresenta uma correta definição de circuitos, todavia há zonas onde o espaço está subdimensionado para a quantidade de profissionais que nele trabalham diariamente, refletindo-se significativamente nos vestiários femininos e na copa.

Relativamente à estrutura, apresenta, ainda, 7 salas operatórias, devidamente equipadas e uma sala de indução anestésica para cada duas salas (uma exclusiva para a sétima sala operatória). O recobro apresenta 10 unidades de cuidados pós anestésicos correspondendo a uma tipologia recobro 1 (ACSS, 2011) ou recobro imediato em cirurgia convencional, segundo o Regulamento n.º 743/2019.

A equipa de enfermagem do BOC é constituída por uma enfermeira gestora e 68 enfermeiros, em que 18 são especialistas em enfermagem médico-cirúrgica (dos quais 3 são igualmente mestres), uma enfermeira é especialista em enfermagem comunitária e uma enfermeira especialista em enfermagem de reabilitação. Fazem ainda parte da equipa 21 assistentes operacionais (AO) e 3 técnicos administrativos.

No BOC são realizadas cirurgias eletivas nas especialidades de cirurgia geral, cirurgia bariátrica, urologia, ortopedia e ortopedia infantil (só a partir dos 3 anos de idade, pelo risco anestésico associado), otorrinolaringologia, cirurgia plástica, ginecologia, obstetrícia e cirurgia vascular. Pontualmente, ocorre colheita de órgãos neste serviço.

A Urgência do BOC é assegurada 24h por dia, pelas especialidades de cirurgia geral, ortopedia (adultos e infantil – a partir dos 3 anos de idade), obstetrícia e ginecologia.

Os objetivos específicos definidos para este segundo momento de estágio foram:

- Uniformizar a prática clínica na recolha e acondicionamento de produtos biológicos para anatomia patológica, contribuindo para o aumento da segurança e garantia da qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória;
- Desenvolver estratégias/ferramentas que visem a garantia da segurança e qualidade dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, relativamente à prestação de cuidados de enfermagem do enfermeiro circulante.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A OMS utiliza o termo competência na profissão de saúde para descrever o conhecimento que permite ao profissional realizar atividades, consistentemente, e de maneira segura (WHO & ICN, 2009). Atualmente, para que haja garantia da segurança dos cuidados, urge a necessidade da diferenciação dos profissionais de saúde, no geral, e dos enfermeiros, em particular, pela exigência técnico-científica a que estes estão sujeitos. Conforme assume a OE, em 2022, pelo regulamento que define o ato do enfermeiro, os enfermeiros constituem, na generalidade dos sistemas de saúde, o maior número de profissionais, assumindo a enfermagem uma crescente diferenciação e relevância enquanto profissão e disciplina (Regulamento nº 613, 2022).

De acordo com o Regulamento nº 140/2019 (p. 4745) da OE, entende-se por:

“Competências comuns: as 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”.

As competências comuns do enfermeiro especialista subdividem-se em quatro domínios, nos quais serão apresentados seguidamente, de forma reflexiva, o desenvolvimento e aquisição de competências, assim como o seu contributo para a tomada de decisão na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória.

2.1. Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Ao longo do estágio foi demonstrada uma prática de cuidados segura, de acordo com um dos domínios do *Perioperative Patient Focused Model*, numa conduta de responsabilidade profissional e ética, agindo conforme a deontologia e as normas legais do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Prestaram-se cuidados no cumprimento da *legis artis* e no respeito pelos direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos (OE, 2015).

Assim sendo, cabe aos profissionais de saúde reconhecer que existe um compromisso latente em respeitar os direitos da pessoa em situação perioperatória, as suas necessidades e angústias, diante de momentos em que estes estão entregues aos seus cuidados, com o propósito final de reduzir a possibilidade de ocorrência de danos (Araújo *et al.*, 2022).

No BO, a urgência/emergência de alguns atos cirúrgicos, comprometem, de certa forma, a privacidade da pessoa em situação perioperatória. Na persecução do circuito da pessoa em situação perioperatória, foram efetuados esforços no sentido de preservar ao máximo a sua privacidade e na garantia deste direito que lhe assiste.

Na integração nas equipas, em ambos os momentos de estágio, procurou-se auxílio de profissionais mais experientes perante situações éticas mais complexas, o que permitiu uma tomada de decisão conjunta, pois o facto do enfermeiro ser um elemento integrante da equipa de enfermagem e da equipa multidisciplinar, ao relacionar-se com profissionais heterogéneos, está propenso a vivenciar dilemas, principalmente no cuidado perioperatório (Paixão *et al.*, 2021).

Respeitou-se meticulosamente os direitos humanos, assumindo a responsabilidade profissional pelas decisões tomadas (e/ou atos delegados), de acordo com os recursos existentes e as regras da instituição. No BO não é permitido acompanhamento de familiares/pessoa significativa/representante legal à pessoa em situação perioperatória (exceto aos menores de idade), tendo sido proposta extensão desta premissa para os casos de maior vulnerabilidade (por exemplo, para a população geriátrica e as pessoas portadoras de deficiência). Recentemente foi instituída e autorizada a entrada de um acompanhante para as grávidas submetidas a cesariana, de acordo com a indicação clínica (processo de tomada de decisão multidisciplinar).

A urgência e/ou emergência das condições clínicas da pessoa em situação perioperatória, fazia com que nem sempre a informação chegasse em tempo útil ou com a devida clareza e esclarecimentos, como são o caso das mulheres grávidas submetidas a cesariana de urgência/emergência. A ansiedade destas estava, sobretudo, aliada à escassez de tempo para esclarecimento de dúvidas (pela iminência da sua condição clínica), destacando-se, nestas situações, as competências de gestão e liderança do enfermeiro especialista na resolução de processos clínicos mais complexos. A conduta antecipatória, conducente com as competências do enfermeiro especialista, destaca-se na garantia da segurança, da privacidade e da dignidade da pessoa, apresentado no domínio do *Perioperative Patient Focused Model* das respostas comportamentais.

Por questões estruturais, a área de acolhimento no BO é uma zona reduzida (sem barreiras físicas entre as quatro unidades), o que faz com que a recolha de dados não seja tão confidencial quanto o desejável. Na UCA, a cirurgia de catarata apresenta um vasto número de pessoas em situação perioperatória geriátrica, com muitas comorbilidades e comprometimento da acuidade auditiva, tornando-se um verdadeiro desafio para a garantia da confidencialidade e segurança da informação verbalizada, no qual o EEEMC

“assegura a confidencialidade (...) da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional” (Regulamento nº 140, 2019, p.4746).

As possibilidades para vivenciar os dilemas éticos pela equipa de enfermagem são condições presentes rotineiramente no contexto perioperatório (Paixão *et al.*, 2021), onde estas lacunas estruturais, organizacionais e/ou governamentais, são um desafio diário para o cumprimento do código deontológico e valores profissionais. Todavia, houve oportunidade de deixar à equipa (e seus líderes) sugestões de melhoria, assim como a oportunidade de participar nas Jornadas Humanize Healthcare II, organizadas pela equipa da humanização do centro hospitalar, em março de 2023 (ANEXO I), onde a arquitetura humanizada e o seu contributo para a privacidade e dignidade dos utilizadores do Sistema Nacional de Saúde (SNS) foram valorizadas. Além disso, as questões arquitetónicas e o seu impacto económico-ambiental fazem igualmente parte das preocupações das lideranças institucionais na área da saúde, devendo incorporar a avaliação dos riscos climáticos nos seus planos estratégicos, reforçar a resiliência das instalações, das infraestruturas críticas e na cadeia de abastecimento dos cuidados de saúde, em prol do desenvolvimento sustentável, repercutindo-se em ganhos na saúde, onde a missão de não causar dano deve orientar a ação da gestão (Lima, L. *et al.*, 2018; Sherman *et al.*, 2023).

Tal como refere Araújo *et al.* (2022) é preciso uma postura incorporada na formação ética dos profissionais, apoiada em referenciais teóricos e metodológicos da bioética, na ampliação de novas tecnologias, e na socialização dos meios de comunicação. Assim, deve-se desenvolver uma consciência moral, promovendo mudanças de comportamentos, que serão pautados na justiça, na beneficência, no respeito mútuo, auxiliando na tomada de decisões dos enfermeiros perioperatórios em presença dos conflitos ético-morais (Araújo *et al.*, 2022).

A OE em 2001 realça a importância de as instituições de saúde adequarem os recursos e criarem estruturas que possibilitem o exercício profissional de qualidade, proporcionando condições e um ambiente favorecedor do desenvolvimento dos enfermeiros, levando à melhoria da qualidade dos cuidados prestados. Neste sentido, surge o segundo domínio das competências comuns aos EEEMC: melhoria contínua da qualidade.

2.2. Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica (Regulamento nº 140, 2019), considerando que, para haver melhoria da qualidade, estas devem ser avaliadas e,

em função dos resultados, eventualmente revistas, implementando programas de melhoria contínua.

O Colégio da especialidade de EMC aprovou, em 2017, um referencial de padrões de qualidade para a prática especializada, com objetivo de estimular a reflexão e auxiliar na criação de projetos de melhoria contínua da qualidade (OE, 2017), servindo igualmente como fio condutor na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. A meta de qualquer sistema de gestão de qualidade é providenciar serviços ao melhor nível possível e oferecer cuidados segundo um padrão de qualidade elevado, sendo o resultado disto a redução do risco e a melhoria da SD (Pires *et al.*, 2021).

Como referido anteriormente, o centro hospitalar onde foi efetuado o estágio está certificado pelo modelo de acreditação ACSA. Este é o modelo oficial, adotado pela DGS, para a certificação dos hospitais. Baseia-se num processo através do qual se verifica e reconhece de que forma os cuidados de saúde prestados aos cidadãos estão de acordo com os padrões de qualidade nacionais e internacionais, aplicáveis às diversas tipologias de unidades de saúde, e com os eixos prioritários da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde (ENQS). As características deste modelo assentam na aplicação das referências nacionais, como as normas de orientação clínica ou os regimes jurídicos de qualidade e segurança (Barroso *et al.*, 2021). O objetivo último é o de alcançar, de forma consistente e sustentável, a excelência organizacional e colocando-a ao serviço do cidadão, consonante com o domínio do sistema de saúde do *Perioperative Patient Focused Model*.

Tendo em conta o exposto, verificou-se que os contextos de prática clínica onde decorreram ambos os estágios estão munidos de normas, protocolos, instruções de trabalho e projetos de melhoria contínua, onde houve a oportunidade de participação/colaboração da norma “Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório” (ANEXO II), encontrando-se na comissão da qualidade e segurança (CQS) para aprovação. Estes instrumentos são uma mais-valia para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados prestados (no seio da equipa e de quem recentemente a integra), fundamentais para os processos de supervisão clínica, sendo também um espelho das suas culturas organizacionais (Carvalho *et al.*, 2019). Além disso, Le Boterf (2003) afirma que os saberes associados aos procedimentos pressupõem um guia de instruções orientadores da prática. E neste contexto, o enfermeiro especialista e mestre destaca-se na liderança da elaboração e implementação destas ferramentas de apoio à tomada de decisão (Regulamento nº 743, 2019), demonstrando competências clínicas na conceção, prestação, gestão e supervisão dos cuidados de enfermagem, numa área especializada de prática baseada em evidência (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A pessoa em situação perioperatória é submetida a vários momentos de transição de cuidados, constituindo muitas vezes um desafio, pela realização de *handoffs* em ambientes ruidosos com fatores de distração e, por vezes, com reduzida luminosidade. Além disso, na maioria das vezes, não existe um processo estruturado na transição de informação (Barbeito *et al.*, 2018), levando a situações potenciadoras de erro e a falhas, conforme descrito no estudo de Nagpal *et al.* (2012), verificando-se a ocorrência de 61,7 % de falhas na fase pré-operatória.

Estudos de investigação acerca da CSD, demonstram que a dimensão “transferências e troca de informação” apresenta uma média de respostas positiva desfavorável, como se pode constatar pelos 55,81 % apresentados num estudo espanhol (Segura-García *et al.*, 2023). Em contexto perioperatório, a percentagem de respostas positivas para a mesma dimensão foi de 25,07 %, num estudo de Silva (2019) realizado no BO. Estes resultados críticos revelam a extrema necessidade de se continuar a investir e desenvolver estratégias que otimizem a comunicação na transição de cuidados nas instituições e, especificamente, nos BO, como a utilização da ferramenta ISBAR - *Identify* (Identificação), *Situation* (Situação atual), *Background* (Antecedentes), *Assessment* (Avaliação) e *Recommendation* (Recomendações), em prol da garantia da qualidade e continuidade dos cuidados.

A técnica ISBAR está implementada na UCA (primeiro momento de estágio), onde a transmissão de informação na transição de cuidados em todos os momentos vulneráveis/críticos é assegurada pela equipa de enfermagem e de anestesiologia, contribuindo para uma comunicação eficaz entre profissionais de saúde, conforme a Norma nº 001/2017 da DGS. Esta ferramenta de padronização de comunicação é reconhecida por promover a segurança da pessoa em situação perioperatória, especialmente nos momentos cuja complexidade envolve maior risco de erro na transferência de informação. São exemplo os momentos das admissões e das altas hospitalares para o domicílio (DGS, 2017), onde a aplicação desta metodologia está fortemente recomendada pela quantidade/rotatividade de pessoas em situação perioperatória inerentes à CA, alinhando-se com os domínios da segurança e ambiente de saúde do *Perioperative Patient Focused Model*. O sucesso deste projeto foi divulgado e disseminado no segundo momento de estágio, tendo havido a oportunidade de participar e acompanhar a operacionalização da técnica ISBAR no BOC (segundo momento de estágio) até às primeiras auditorias.

Este projeto de melhoria contínua está incorporado no planeamento estratégico do serviço e da instituição, alinhado com o PNSD 2021-2026 que tem como objetivo estratégico (do pilar da comunicação): melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. A transmissão de informação ambígua pode ter consequências ao nível dos

diagnósticos, dos incidentes de segurança (tais como erros, tratamentos pouco adequados ou ineficazes), podendo ainda ser geradora de conflitos entre os profissionais de saúde (Figueiredo *et al.*, 2020).

A comunicação eficaz na administração terapêutica deve ser uma prática basilar em contexto perioperatório, essencialmente porque a maioria dos medicamentos utilizados são de alto risco clínico. Um grande número de incidentes de segurança ocorre devido a erros na prescrição, solicitação, armazenamento, dispensa, preparação e administração de medicamentos, ou falha na monitorização dos processos relacionados com uso dos mesmos (WHO, 2021). Os erros de medicação ocorrem por variados fatores, sendo potencialmente evitáveis através da implementação de estratégias que melhorem os sistemas e práticas relacionadas com o circuito do medicamento (WHO, 2017).

Neste sentido, ao longo dos anos têm sido desenvolvidas várias estratégias, definidas em procedimentos institucionais, que visam a prevenção de erros na utilização destes medicamentos, nomeadamente, a utilização da dupla verificação, conforme a recomendação da Orientação nº 14 da DGS (2015a, p.2) - Processo de Gestão da Medicação: *“Reduzir, ao mínimo, as indicações/pedidos orais e definir procedimentos internos específicos para quando tal acontecer” e “(...) sempre que possível, implementar procedimento de dupla verificação”*.

No alinhamento do tema do Dia Mundial da SD de 2022 da OMS “Segurança medicamentosa: medicação sem dano”, contribui-se, em contexto de estágio, para a garantia de um ambiente terapêutico mais seguro com a elaboração de uma proposta de norma “Dupla Verificação na Administração de Medicamentos de Alerta Máximo” (ANEXO III). Esta norma visa definir os procedimentos necessários para a administração de medicamentos de alerta máximo (MAM) à pessoa em situação perioperatória da UCA, realizando a dupla verificação verbal e, desta forma, dar-se cumprimento às orientações da Norma nº 014/2015 “Medicamentos de alerta máximo” (DGS, 2015b). Contribuiu-se igualmente para a garantia da segurança na administração terapêutica pelos pares, corroborando os sistemas de prevenção de erros de medicação, propostos pelas estratégias de SD a nível nacional e internacional. A criação desta ferramenta deu resposta ao primeiro objetivo específico do primeiro campo de estágio, encontrando-se em processo de homologação na CQS do centro hospitalar.

Num artigo com uma metodologia descritiva, realizado com base na análise e interpretação de publicações científicas, Saraiva (2016) refere que a dupla verificação tem sido considerada um método preventivo bem estabelecido de redução de erros na administração, por ser considerada a “última barreira” antes de o erro causar dano.

Na prática clínica, em contexto perioperatório, a dupla verificação pode ser efetuada por enfermeiros, em colaboração com a equipa médica (por exemplo, com o médico anestesiológista), destacando as situações em que a prescrição é verbal (aquando das induções anestésicas ou num quadro de descompensação/instabilidade hemodinâmica, por exemplo), tornando-se fulcral a dupla verificação verbal antes da administração.

Desta forma, foi assegurada a aplicação dos princípios relevantes para a garantia da segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares (Regulamento nº 140, 2019).

A gestão do risco ambiental em contexto perioperatório é um grande desafio para os elos dinamizadores da gestão do risco. A reflexão acerca dos riscos inerentes à manipulação do formaldeído, enfatizou a pertinência da elaboração de uma proposta de instrução de trabalho com a finalidade de envolver todos os colaboradores na recolha, preservação e transporte de produtos biológicos oriundos de atos cirúrgicos. Em colaboração com o elo dinamizador do risco do BOC foi elaborada uma proposta de instrução de trabalho intitulada “Produtos Biológicos para Anatomia Patológica” (ANEXO IV), dando igualmente cumprimento ao 1º objetivo específico do segundo momento de estágio.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), o enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que apresenta funções relativas à gestão dos produtos biológicos, acondiciona adequadamente, rotula e regista as peças para anatomia patológica, citologia, microbiologia ou outros exames (Duarte & Martins, 2014). É um processo dinâmico, pluridisciplinar, em que compete ao enfermeiro circulante o planeamento, organização, comunicação e coordenação das atividades da restante equipa de profissionais funcionalmente dependente. Deste modo, pretendeu-se subsidiar a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, tornando-se imperiosas a elaboração e implementação de ferramentas que contribuíssem para a prevenção do erro e, consequentemente, a melhoria das práticas clínicas, aumentando a qualidade e a eficiência dos cuidados de saúde.

Ainda no domínio da gestão do risco é de salientar que a instituição tem acessível a todos os profissionais um sistema de notificação de incidentes, disponível na intranet, no qual todos os colaboradores podem notificar, sem carácter punitivo. Existe uma política promotora de notificação do risco (seja ele clínico ou não clínico), que incentiva os profissionais a notificarem, promovendo a aprendizagem com o erro. O gabinete de gestão do risco analisa os incidentes, desenvolvendo e implementando ações de melhoria necessárias para a resolução dos mesmos. Periodicamente, os profissionais recebem informação relativa à percentagem de notificações de cada serviço/departamento e a sua

categorização. Ainda assim, a subnotificação é uma realidade. Os incidentes associados à atividade cirúrgica são mais frequentemente evitáveis e têm consequências mais graves, comparativamente a EA que ocorrem noutra contexto (Zegers *et al.*, 2011).

Os sistemas de notificação de incidentes são importantes para mitigar os danos, prevenir a sua ocorrência no futuro, fomentar a aprendizagem com o erro, relevando a CS, pois um incidente só existe a partir do momento em que é notificado (DGS, 2022a). A informação gerada pela análise de incidentes é bastante útil no suporte à tomada de decisão a nível institucional, regional e nacional.

Neste sentido, em colaboração com a equipa de gestão do risco da UCA, realizou-se formação em serviço acerca da CS das organizações (ANEXO V, ANEXO VI), com criação/desenvolvimento de estratégias inovadoras para adesão dos profissionais à notificação do risco - auxiliar de memória nos computadores de registos clínicos, onde estão identificadas as duas plataformas de notificação de incidentes de segurança (NOTIFICA® e Her+) e onde consta um *QRcode* com vídeo tutorial para auxílio dos profissionais na notificação de incidentes na plataforma institucional Her+ (ANEXO VII). O objetivo é otimizar o processo de notificação de incidentes de segurança, consubstanciado no PNSD 2021-2026. Cumpru-se, desta forma, o segundo objetivo específico proposto para o estágio na UCA.

Ao enfermeiro especialista compete-lhe ainda o conhecimento e aplicabilidade dos planos de emergência e de catástrofe, pois em contexto perioperatório os incidentes desta natureza são escassos. Todavia, quando ocorrem, são geralmente graves e de difícil gestão, como são exemplo os incêndios. O conhecimento acerca dos agentes comburentes existentes na sala operatória (ambiente rico em oxigénio, assim como dispositivos transportadores deste gás como as traqueias, tubos respiratórios, máscaras respiratórias e circuitos de anestesia) é fundamental para a prevenção da ignição e consequente incêndio.

A evacuação da pessoa em situação perioperatória de uma sala cirúrgica é um procedimento que requer muita organização, sendo imprescindível a existência de protocolos/normas de atuação em caso de incêndio, assim como o conhecimento por parte de todos os profissionais. Todos os elementos da equipa multidisciplinar (da UCA e do BOC) devem saber as suas funções para uma rápida e eficaz atuação, de forma a encontrarem uma solução para a viabilidade da continuação da cirurgia, onde, segundo Rocha & Ramos (2021, p.334):

“as organizações de saúde devem promover um programa de formação no âmbito desta matéria e realizar periodicamente treinos/exercícios de simulacro, pois são fundamentais no envolvimento e sensibilização dos profissionais para as medidas de prevenção de incêndios, bem como para uma intervenção coordenada e apropriada perante uma situação de emergência”.

Em ambos os locais de estágio, a consulta destes documentos está disponível em suporte de papel e em formato digital, na plataforma interna da instituição (intranet), constituindo preocupações administrativas e estruturantes do ambiente da prática fulcrais para o sucesso dos resultados, descrito no domínio do sistema da saúde do *Perioperative Patient Focused Model*.

O conhecimento científico foi mandatório para as tomadas de decisão nas atividades desenvolvidas em contexto de estágio, a comunicação com a equipa foi vital para o esclarecimento de dúvidas. Houve sempre o apoio e assessoria da enfermeira tutora e restantes profissionais dos serviços, contribuindo desta forma para a redução da probabilidade de ocorrência de erro humano nos circuitos da pessoa em situação perioperatória, profissionais e materiais. Também, para que haja garantia da qualidade dos cuidados, é fundamental que os enfermeiros especialistas adotem uma postura de liderança e de gestão adequada de recursos adaptada às situações e aos contextos, conforme refere o terceiro domínio das competências comuns do enfermeiro especialista – gestão dos cuidados.

2.3. Domínio da Gestão dos Cuidados

A mudança de paradigma para a valorização da profissão especializada, traduzida em ganhos e não apenas vista como uma despesa económica para as instituições/Estado, evidenciou-se num estudo realizado pelo Instituto de Engenharia de Sistemas e Computadores, Tecnologia e Ciência, sob coordenação da OE. Esta investigação revelou poupanças significativas no número de internamentos, pela prestação de cuidados diferenciados, concluindo que um aumento da proporção de enfermeiros especialistas de 1 % pode conduzir a uma diminuição do tempo de internamento em cerca de 6 % (Lopes *et al.*, 2018). Este estudo refere, ainda, que a evidência empírica corrobora o impacto positivo da especialização em enfermagem, identificando ganhos em saúde, ganhos para a pessoa, ganhos para as instituições e ganhos para os próprios profissionais, gerando melhoria nos indicadores de saúde, gestão, eficiência e melhoria nos índices de satisfação e de retenção (Lopes *et al.*, 2018). A temática foi apresentada, e tem vindo a ser enfatizada em eventos científicos. Exemplo disso foi a oportunidade de refletir e participar na II Convenção Internacional dos Enfermeiros, em maio de 2023, no painel “Valor Económico da Enfermagem”.

É categórico conhecer e reconhecer as competências dos profissionais e adequar postos de trabalho às funções que lhe são exigidas, por um lado, garantindo a segurança e a qualidade dos cuidados, por outro, porque é motivador para os elementos da equipa a valorização profissional, desenvolvimento da autonomia e responsabilização. A dotação adequada de enfermeiros, o nível de qualificação e perfil de competências dos mesmos, são aspetos fundamentais para atingir índices de segurança e de qualidade dos cuidados de saúde para a população alvo e para as organizações (Regulamento nº 743, 2019).

Em ambos os estágios constatou-se o respeito pelo cálculo recomendado pela OE, relativamente às dotações seguras de enfermeiros para os BO (de cirurgia convencional e de CA): nas salas operatórias de cirurgia programada ou urgente constatou-se a presença do enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia. A falta de um destes profissionais impede a concretização da cirurgia programada, pese embora as cirurgias urgentes e emergentes que ocorram em simultâneo, não cumpram com estes critérios. As situações mais críticas são as do turno da noite, pois não há possibilidade de mobilização de elementos de outras salas operatórias para cumprir com os rácios preconizados para a realização de uma cirurgia em segurança. Estas tomadas de decisão são realizadas em equipa multidisciplinar, sendo soberana a decisão do enfermeiro responsável de turno. Estas situações são frequentemente reportadas e notificadas na plataforma institucional de notificação de risco. Considera-se adequado que estes postos de trabalho sejam assegurados por EEEMCEPSP, mas que, transitoriamente, até à existência em número suficiente de enfermeiros especialistas nesta área, os BO integrem enfermeiros e enfermeiros especialistas das diferentes áreas de especialidade, preferencialmente EEEMC (Regulamento nº 743, 2019).

Tendo em conta que, eletivamente, o BOC realiza cirurgia pediátrica 2 dias por semana, preferencialmente deveria existir o exercício especializado de enfermagem de saúde infantil e pediátrica no intraoperatório e no recobro, o que não se verifica. Seria expectável que a equipa do BOC integrasse um enfermeiro especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica na realização de cesarianas eletivas e de urgência, o que também não se verifica. Os rácios no recobro do BOC estão a ser otimizados. Recentemente foram designados 3 enfermeiros nos turnos da manhã e da tarde (para um total de 10 unidades), ainda assim, com um rácio fora do que está recomendado. No entanto, todos os outros rácios de enfermeiros são adequados, estando ainda incluídos postos de trabalho de admissão – enfermeiro de acolhimento, atividades de suporte/assessoria e locais de intervenção cirúrgica fora do BO, como por exemplo a sala híbrida (com a realização de procedimentos endovasculares ou realização de colangiopancreatografia retrógrada endoscópica – CPRE) ou apoio do enfermeiro de anestesia no serviço de gastroenterologia

para realização de procedimentos digestivos sob sedação. Os rácios devem ser cumpridos como forma de garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória e não percecionados como meros obstinações das classes profissionais, pois *“estudos demonstram que rácios mais elevados de enfermeiros especialistas estão associados a menos complicações, menos infeções hospitalares e menos efeitos adversos”* (Lopes et al., 2018, p.37).

A equipa de Urgência do BOC é constituída por 3 enfermeiros no turno da manhã, 4 no turno da tarde e 5 no turno da noite, em que, imperativamente, tem de existir: (pelo menos) um enfermeiro que assegure funções de instrumentação na cirurgia ortopédica e outro que assegure funções na cirurgia geral e cirurgia ginecológica. Das 8h às 14h (turno da manhã), as funções do responsável de turno são partilhadas com o enfermeiro que está de apoio à gestão, no turno da tarde e da noite estes elementos são designados. Esta atribuição é da responsabilidade da enfermeira gestora (nos dois locais de estágio), conforme sugere o Regulamento 743/2019, em que a designação deve obedecer a critérios de clareza, igualdade de oportunidade e gestão equilibrada dos recursos existentes no serviço, pelo que devem, estas funções ser asseguradas por enfermeiros detentores do título de enfermeiro especialista na área de especialidade em enfermagem adequada às características do serviço.

Nos percursos realizados em contexto de estágio houve a oportunidade de acompanhar os enfermeiros responsáveis de turno, permitindo o desenvolvimento das competências de gestão de recursos materiais - gerindo os *stocks* e assegurando que todo o material necessário para a realização das cirurgias estava disponível, tendo-se ainda verificado o material e equipamentos/dispositivos médicos para as cirurgias eletivas (e de urgência no caso do BOC). Com o objetivo de contribuir para a otimização de materiais e tempos cirúrgicos, propôs-se a realização de fichas cirúrgicas de cirurgia geral do procedimento cirúrgico da mastectomia parcial (ANEXO VIII) e tireoidectomia (ANEXO IX), dando cumprimento ao segundo objetivo específico do estágio do BOC. A continuidade da elaboração destas ferramentas de trabalho, alargado a todas as especialidades cirúrgicas, são cruciais para o alcance da garantia da segurança da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais, evitando gastos e riscos desnecessários, num período em que muitos profissionais estão em fase de integração nas funções de circulação e instrumentação.

Houve a oportunidade de participar na delegação de funções a enfermeiros e assistentes operacionais e respetiva supervisão, gestão de fármacos e articulação com a farmácia central. A gestão de recursos humanos nos BO, sejam eles convencionais ou em regime ambulatorial, é um desafio. Por um lado, pelos processos de integração (que são longos e complexos), por outro pelo absentismo laboral, o que dificulta crassamente a elaboração

dos planos de trabalho, sem quebras nos planos de integração dos novos elementos nas diferentes funções, ou sem sobrecarregar os restantes enfermeiros da equipa, com horas suplementares.

Os enfermeiros estão entre os profissionais de saúde que mais horas extraordinárias realizam (Rolo *et al.*, 2023), sendo uma das causas o absentismo laboral. Os contextos onde se realizaram os estágios são prova deste fenómeno, constituindo um desafio diário para a gestão a organização dos horários e respetivos postos de trabalho. Cargas de trabalho elevadas levam a insatisfação, desmotivação e *burnout* nos enfermeiros (Poeira *et al.*, 2019). Para além disso, a longa duração do trabalho por turnos ao longo do tempo está relacionada com tumores positivos para estrogénios e progesterona, principalmente em mulheres jovens (Rolo *et al.*, 2023). O trabalho por turnos, especificamente o trabalho noturno, envolve um risco maior de doenças cardiovasculares e metabólicas, devido à dessincronização dos ritmos circadianos, potenciando, ainda, a probabilidade de existirem atritos familiares resultantes do isolamento e menor capacidade de ter um papel adequado neste contexto (Rolo *et al.*, 2023).

A passagem por outros serviços permitiu o conhecimento mais aprofundado da dinâmica destes locais e a articulação com o BOC ou a UCA, como se pode vivenciar, na passagem pela URDM, comum aos dois BO. A gestão dos instrumentos cirúrgicos e dos dispositivos médicos (DM) é difícil pela elevada rotatividade cirúrgica inerente à CA e, no BOC, pela dupla razão de apresentar um volume cirúrgico crescente e pela complexidade das cirurgias.

Segundo o Regulamento nº 743/2019 (p.148) da OE para o cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem, para uma URDM:

“Recomenda-se que, a URDM, integre enfermeiros com uma alocação a tempo integral, detentores de perfil de competências e experiência profissional adequada ao exercício de funções na área do reprocessamento de dispositivos médicos e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em reprocessamento de dispositivos médicos, de forma a garantir a permanência de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro 24 horas, todos os dias da semana”.

De facto, a enfermeira gestora está diariamente no turno da manhã, mas a condição supra referida não se verifica. Na ausência da enfermeira gestora, a atividade na URDM é assegurada exclusivamente pelos AO.

A gestão das organizações de saúde passa pela eficiência, na medida em que a contenção de custos está aliada à qualidade dos cuidados. Uma boa liderança é determinante para uma gestão eficiente, com ganhos em saúde para as pessoas e administrações, tornando-as

sustentáveis. A liderança nas unidades de saúde é considerada um fator fundamental para satisfação dos seus utilizadores, sustentabilidade financeira, desenvolvimento das equipas, bem como para a qualidade e SD (Celik Durmuş & Kırca, 2019). Pela pertinência da temática, e o seu contributo para o desenvolvimento de competências de especialista, participou-se numa conferência subordinada ao tema da liderança, onde ficou bem marcada a importância da liderança na gestão, da segurança psicológica das equipas, do *coaching* profissional, da gestão de talentos e do poder da comunicação na liderança (ANEXO X), uma vez que ao enfermeiro especialista é-lhe exigido competências na área da gestão de cuidados, gestão de equipas, gestão de recursos materiais, gestão de conflitos e gestão financeira. *“A liderança e o ambiente de prática, constituem fatores ligados à estrutura organizacional que podem afetar o desenvolvimento das funções de enfermagem, nomeadamente nas que têm reflexo nos resultados do doente, como a segurança”* (Mota, 2021, p.30).

Estas e outras experiências permitem o desenvolvimento de competências e subsequentemente o desenvolvimento pessoal e profissional, como será abordado no próximo domínio de competências - Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.

2.4. Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

A OE define que o enfermeiro especialista fundamenta a sua tomada de decisão em conhecimento válido, atual e pertinente, sendo ainda facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação (Regulamento nº 140, 2019). Lopes *et al.*, (2018, p. 57) acrescentam que:

“Os enfermeiros especialistas tendem a possuir maior conhecimento, a ter menos incidentes e complicações no atendimento ao cliente, a ter melhores perspetivas de carreira, a participar em ações de formação contínua com mais frequência, a ser menos propensos a ter intenção de deixar a sua posição atual, a perder menos dias de trabalho e a colaborar mais e melhor com outros profissionais de saúde”.

A frequência do curso do mestrado em EMC surgiu nesta expectativa e em primeira instância, pelo gosto particular na aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências. Em segunda instância, pelas necessidades profissionais percebidas em contexto laboral, inerentes à recente transferência para um serviço cirúrgico diferenciado – o BO.

Desta forma, o crescimento profissional foi, concomitantemente, o crescimento de uma mestranda e futura enfermeira especialista. Um percurso ainda mais difícil e exigente no processo de aquisição de competências de uma iniciada relativamente a um perito,

conforme define Benner (2001) nos diferentes estádios: de iniciado a perito. Neste modelo conceptual, o perito demonstra um desempenho muitíssimo eficiente e tem uma consciência global e holística das situações (Benner, 2001).

Portanto, todo o percurso académico foi pautado pela auto- e hétero-reflexão crítica das práticas, procurando insistentemente as oportunidades de aprendizagem experiencial, conseguidas através dos estágios clínicos. Estes permitiram otimizar o autoconhecimento, reconhecendo as limitações pessoais e profissionais, aproveitando a oportunidade para desenvolver competências de instrumentação, particularmente nas cirurgias de foro colorretal. Ainda dentro da especialidade de cirurgia geral, no BOC, foram elaboradas duas fichas cirúrgicas, conforme referido anteriormente.

De forma pioneira, estes documentos foram executados no modelo desenvolvido pelo serviço (previamente certificado pela CQS e pelo CA) para este efeito, apresentados à equipa multidisciplinar (que apresentou sugestões de melhoria) e ao grupo de enfermeiros peritos da cirurgia geral. A elaboração das fichas cirúrgicas subsidiou a consolidação do conhecimento teórico acerca desta tipologia de cirurgias, fomentou reflexão das práticas clínicas adaptadas ao serviço, envolvimento da equipa multidisciplinar, gerou inspiração e motivação, foi ainda o ímpeto para a realização de mais fichas cirúrgicas de diversas especialidades. Contribui para a organização dos cuidados perioperatórios, uniformização dos procedimentos, segurança dos cuidados e melhoria contínua da atividade assistencial, constituindo uma ferramenta de duplo apoio: à tomada de decisão (dos vários níveis de gestão) e de apoio aos estudantes e profissionais (nos diferentes níveis de aprendizagem).

Nos últimos dois anos, ambos os contextos de estágio receberam novos enfermeiros, passando por um processo moroso de integração, o que se deve à complexidade do trabalho de enfermagem neste serviço. Este aspeto foi percecionado por enfermeiros supervisionados num estudo de investigação de Assunção (2022), no âmbito do processo de integração dos enfermeiros em contexto de BO. A par disso, têm igualmente recebido bastantes estudantes de licenciatura em enfermagem, estudantes de cursos pós-graduados, estudantes da especialidade e mestrado em EMC. Neste sentido, a supervisão clínica em enfermagem (SCE) surge como uma importante ferramenta de apoio e acompanhamento a estudantes e novos enfermeiros. Abreu (2007) vincula esta premissa, referindo que a SCE é imprescindível para a qualidade da prática profissional, para o crescimento pessoal, profissional e humano, através de uma política de reflexão e experimentação.

A elaboração de documentos tais como guias de integração, normas, instruções de trabalho, fichas cirúrgicas, formação e reuniões de serviço, contribuem significativamente

para o planeamento e desenvolvimento dos planos de integração dos campos de estágio. Na continuidade da operacionalização do processo de supervisão no BO, participou-se na reunião de enfermeiros especialistas na qualidade de formadora (ANEXO XI), relevando a SCE na segurança dos cuidados perioperatórios. Denote-se que o perfil do enfermeiro supervisor clínico é fundamental para o sucesso do processo supervisivo e, embora a maioria das vezes seja nomeado pelos gestores/instituição, o enfermeiro supervisor deve ser eleito pelos pares (Carvalho *et al.*, 2019). A este, é-lhe reconhecido um perfil de competências pessoais, pedagógicas e profissionais, destacando-se o ser enfermeiro especialista para a gestão dos processos de integração no BO (Assunção, 2022).

As equipas de urgência do BO devem estar preparadas e treinadas para atuar eficazmente sob pressão. As cesarianas emergentes são as situações mais difíceis de gerir pela dupla assistência necessária. Por vezes, o recém-nascido apresenta sinais e sintomas de sofrimento respiratório e/ou cardíaco, pelo que os primeiros cuidados devem ser céleres e eficientes. Para melhorar a performance na receção do RN participou-se no curso “Suporte Avançado de Vida Neonatal” (ANEXO XII).

Em alguns momentos foi realizado o *debriefing* de situações assistenciais mais complexas (politraumatizados, cirurgia pediátrica de urgência, emergências obstétricas, entre outras), no seio da equipa multiprofissional, de forma a melhorar a performance *à posteriori*. Este método de aprendizagem proporciona a reflexão crítica, com formulação de alternativas relativamente aos aspetos que correram menos bem (Mota *et al.*, 2019). As críticas construtivas contribuíram significativamente para a reflexão de práticas clínicas mais complexas, suportando a tomada de decisão em situações futuras semelhantes e desenvolvendo a assertividade. É fundamental a utilização do *debriefing* em contexto de prática simulada, prática que foi treinada nas UC do mestrado, no centro de simulação da ESSNorteCVP, onde o desenvolvimento de competências da enfermagem especializada foi incrementado de forma positiva. O *debriefing* constitui um elemento-chave na geração de conhecimentos e competências, no ensino e treino baseado na simulação, onde a análise reflexiva dos participantes gera modelos mentais (com uma aprendizagem consistente e duradoura) para utilização futura em casos reais (Garcia *et al.*, 2021).

O contexto perioperatório é reconhecido pela sua complexidade e risco potencial para a ocorrência de incidentes de segurança, pelo que a prática simulada é uma estratégia que contribui significativamente para o treino de competências técnicas (conhecimentos, desempenho físico, manuseamento de dispositivos) e não técnicas (comunicação, liderança, trabalho de equipa, pensamento crítico) dos profissionais de saúde (Garcia *et al.*, 2021). Assim, em ambos os locais de estágio, foi proposto (ao grupo de trabalho responsável pela formação em serviço, ao grupo de trabalho responsável pelo processo

supervisivo de estudantes e enfermeiros e à enfermeira gestora) a construção de cenários de simulação com elementos da equipa multiprofissional, de forma integrada, permitindo o treino de forma replicável, de elevado realismo e adequado à prática clínica (nos diversos níveis de aprendizagem). O foco principal é reduzir erros e proporcionar segurança durante a prestação de cuidados (Mota *et al.*, 2021). A prática simulada contribui, ainda, para uma potencial de redução de custos, uma melhoria das práticas clínicas e dos indicadores, um aumento da confiança dos profissionais de saúde nos seus procedimentos, da sua satisfação e potencia a gestão do *stress* e de conflitos, num contexto altamente diferenciado.

Em ambos os momentos de estágio foram consultados documentos disponíveis, elaborados de acordo com a melhor e mais recente evidência científica, foram realizadas pesquisas bibliográficas em bases de dados para a fundamentação das práticas e consultados conteúdos programáticos das unidades curriculares deste segundo ciclo de estudos, pois de acordo com Príncipe & Mota (2023, p.1):

“o enfermeiro especialista suporta a sua prática clínica pela incorporação de conhecimento novo e relevante para o seu contexto profissional de cuidados, atua proactivamente na investigação, identifica lacunas do conhecimento, divulga e dissemina resultados da investigação, patrocinando a inovação e translação do conhecimento”.

Assim, foram diagnosticadas necessidades formativas no âmbito da gestão do risco, rentabilizando a oportunidade para a realização de formação em serviço. No BOC foi ministrada uma sessão de formação (ANEXO XIV) com o título “produtos biológicos para anatomia patológica” onde foi dada relevância às intervenções do enfermeiro circulante no processo de recolha e acondicionamento de produtos biológicos, oriundos de procedimentos cirúrgicos (ANEXO XV). Tendo em consideração a importância da segurança dos profissionais na manipulação do formaldeído para a prevenção de complicações, foi apresentada uma instrução de trabalho (como referido anteriormente), fundamentada em evidência científica. As formações foram realizadas em duplo formato: presencial e *online*, de forma a aumentar (estrategicamente) a adesão às mesmas.

A divulgação científica de conhecimento foi uma constante durante este percurso, apresentando-se os resultados preliminares de estudos de investigação em formato de comunicação oral em eventos científicos: 2 trabalhos como primeira autora (ANEXO XV e ANEXO XVI) e 2 em coautoria (ANEXO XVII e ANEXO XVIII). Os resumos dos trabalhos de investigação apresentados na VI Conferência Internacional de Investigação em Saúde estão publicados na Revista de Investigação & Inovação em Saúde (RIIS) da ESSNorteCVP.

Neste seguimento, e fazendo jus às competências de mestre do Decreto-Lei nº 65/2018 foram devolvidos os resultados provenientes da investigação realizada (desenvolvida e apresentada na segunda parte deste relatório) à instituição onde foi efetuada a colheita de dados, com a participação ao prémio de estímulo e investigação em Enfermagem (ANEXO XX).

De forma a consolidar os conhecimentos adquiridos na UC Investigação, e desta forma aprimorar a pesquisa científica de conteúdos científicos nas diferentes bases de dados, participou-se no *webinar* “pesquisa básica e pesquisa avançada” promovido pela OE, em fevereiro de 2023.

De salientar que a atualização contínua dos conhecimentos dos enfermeiros, através da frequência de ações de qualificação profissional, é um dever deontológico, disposto na Lei nº 156/2015. Tendo em conta este desígnio, participou-se no evento científico da comemoração do Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde – 2º Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica, em dezembro de 2022 (ANEXO XXI). Todas as participações em eventos científicos, referidas ao longo deste relatório, tiveram como mote, além do desenvolvimento e motivação pessoais, a resposta a esta orientação.

Este período de estágio permitiu reconhecer melhor os recursos pessoais e profissionais e gerir de melhor forma as idiossincrasias no processo de construção da identidade profissional. Este processo é dinâmico, passível de sofrer alterações com a prática de enfermagem especializada *in loco*, com a formação e a reflexão, num “saber transformar-se” *continuum*, numa prática cuidada, centrada na pessoa em situação perioperatória, conforme advoga o *Perioperative Patient Focused Model*.

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

A realização dos estágios em BO (ambulatório e convencional) possibilitou a vivência de situações novas e o aprimoramento de competências já desenvolvidas no percurso profissional em contexto perioperatório. As práticas clínicas realizadas foram adequadas às necessidades específicas de cuidados à pessoa a vivenciar processos de saúde/doença que necessitem de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, desenvolvendo, deste modo, um conjunto de competências especializadas no pré-, intra-, pós-operatório, alta e consulta de *follow-up*.

A constante evolução e complexidade de diagnósticos, tratamentos, técnicas cirúrgicas, dispositivos, entre outros, requerem a sistemática atualização de conhecimento técnico-científico dos enfermeiros perioperatórios. Os cuidados especializados em EMC, área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, vêm acompanhar este paradigma. Na procura de dar uma resposta mais efetiva a estas necessidades, a OE desenvolveu o referencial de padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem especializados em EMC, essencial para a melhoria contínua dos cuidados. Os enunciados descritivos contemplados neste documento, estabelecem o modelo de excelência do exercício profissional. Estas ferramentas orientam a reflexão profissional e a tomada de decisão, servindo ainda como referencial na definição de indicadores que permitam identificar o contributo para ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados de enfermagem perioperatórios (OE, 2017).

A pessoa em situação perioperatória é definida como aquela pessoa que aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes aos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, ficando, assim, num estado de vulnerabilidade física e emocional (OE, 2017). A AESOP (2012, p.107) define a enfermagem perioperatória como um:

“(...) 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”.

Em 2018, a OE definiu a aquisição de competências específicas do EEEMCEPSP através do Regulamento n.º 429/2018, que se enquadram na homologação: a) Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; e b) Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a

consciência cirúrgica (Regulamento nº 429, 2018), servindo como apoio à estrutura da elaboração deste capítulo.

Neste seguimento será feita uma análise e reflexão descritivas do processo de aquisição destas unidades de competência nos estágios, fundamentadas em evidência científica e pelo *Perioperative Patient Focused Model*, enfatizando o seu contributo para a prática da enfermagem especializada.

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

A submissão de uma pessoa em situação perioperatória a atos cirúrgicos e/ou anestésicos expõe-na a uma posição que envolve fortes significados na sua vida pessoal, carregando reações que podem assemelhar-se a outras vivências traumáticas, sejam elas de natureza social, física ou mental. A experiência com o procedimento cirúrgico exige uma preparação psicológica, a promoção de um novo estilo de vida, que pode ser passageiro ou permanente, a necessidade de adaptar-se às mudanças socioeconómicas advindas da cirurgia, bem como a sua transição entre o medo e a certeza, a dor e a cura, e a ansiedade e paz (Araújo *et al.*, 2022).

Neste contexto, a importância da família ou pessoa significativa (e a sua implicância) na vivência do processo cirúrgico, é inquestionável. O ambiente familiar e/ou social em que o utente se insere influencia, de forma determinante, a sua recuperação. Cabe ao EEEMCEPSP elaborar um plano de intervenção face às necessidades identificadas, tendo em conta a singularidade da pessoa, envolvendo-a no processo cirúrgico e capacitando-a, desde a admissão até à alta, para o período pós-operatório, sendo o momento privilegiado para tal o acolhimento.

As pessoas em situação perioperatória propostas a uma cirurgia convencional eletiva do BOC são admitidas na clínica APIC, um serviço inovador, a funcionar desde 2020, com uma admissão centralizada, representando valor para a pessoa em situação perioperatória e profissionais. Este projeto foi vencedor do prémio *Healthcare Excellence* em 2021, atribuído pela Associação Portuguesa de Administradores Hospitalares. Esta unidade funcional é constituída, exclusivamente, por enfermeiros e assistentes operacionais, reduzindo o tempo de internamento (em pelo menos um dia por cada pessoa intervencionada), otimização da gestão de camas hospitalares (libertação de um número significativo de camas dia/ano no departamento cirúrgico), rentabilização da ocupação das salas operatórias do BOC e do recobro, reduzindo o número de dias de absentismo laboral e escolar por parte da pessoa em situação perioperatória e acompanhantes, resultando em

maior segurança (reduzindo a probabilidade de desenvolvimento de infeções hospitalares) e satisfação para os utentes e profissionais. A par destes benefícios está a humanização dos cuidados, quer em termos de espaço físico (com música ambiente relaxante e confortáveis condições de hotelaria), quer a nível assistencial, pela personalização dos cuidados, excelente acolhimento e aproximação com os profissionais, como houve oportunidade de constatar na visita realizada em contexto de estágio. A pessoa em situação perioperatória pode ainda ter o acompanhamento de um familiar/pessoa significativa, desde a sua admissão administrativa até à entrada no BOC, e após a alta do recobro até ao internamento.

Este serviço pré-cirúrgico não faz escusar a consulta pré-operatória de enfermagem inexistente, fulcral para a individualidade dos cuidados intra- e pós-operatórios, impactando ainda valor e visibilidade à profissão, constituindo uma intervenção autónoma da enfermagem. São sobejamente conhecidos os benefícios da consulta pré-operatória de enfermagem, evidenciados pela investigação. Mendes & Ferrito (2021) concluíram que a consulta é importante para a pessoa em situação perioperatória. Os níveis de satisfação foram elevados, o que contribui para uma melhoria dos processos e dos resultados, através de uma melhor preparação da pessoa em situação perioperatória, com mais informação e maior colaboração, retomando a sua autonomia mais precocemente numa experiência cirúrgica mais positiva.

As pessoas em situação perioperatória, submetidas a uma cirurgia urgente ou emergente, são oriundas de serviços de internamento, urgência, unidade de cuidados intensivos, unidade de cuidados intermédios polivalente ou do bloco de partos. Foram acompanhadas algumas situações de fragilidade social, financeira e laboral. Os medos e ansiedade, associados ao ato cirúrgico em si, eram frequentemente acompanhados de outras problemáticas que potenciavam o aumento da ansiedade e *stress* no perioperatório: expectativas defraudadas relativamente ao momento do parto (por consequência de uma cesariana urgente/emergente), baixas médicas causadas por acidentes de viação ou de trabalho, amputações de membros, entre outras. Estas tratam-se de necessidades pessoais (sensíveis a resolução), que carecem igualmente de acompanhamento e ajuda, tal como uma necessidade fisiológica. As intervenções de enfermagem para a situação apresentada estão preconizadas no terceiro domínio do modelo conceptual *Perioperative Patient Focused Model* “respostas comportamentais” definidas pelo apoio na interpretação do processo anestésico e cirúrgico, na garantia da satisfação das necessidades psicológicas, sociais e espirituais da pessoa em situação perioperatória, assim como da família ou pessoa(s) significativa(s) (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Numa ótica de enfermagem especializada, foram elaborados planos de intervenção em função das necessidades identificadas, pedindo acompanhamento da família ou pessoa

significativa sempre que era possível, conforme o modelo conceptual *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020). Nos casos de cirurgias pediátricas, as crianças estavam sempre acompanhadas por um adulto (normalmente um dos progenitores), tanto no período pré-operatório como no período pós-operatório.

Nesta instituição não é permitido o acompanhamento de familiares ou pessoas significativas no período intraoperatório (em nenhuma instância, exceto nas cesarianas com indicação clínica para que o acompanhante possa estar presente). Portanto, foram assegurados mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de maior vulnerabilidade, como foram o caso dos menores de idade e as pessoas com necessidades especiais/específicas.

Na urgência perioperatória surgem com alguma frequência trauma ortopédico pediátrico, sendo exemplo as fraturas supracondilianas do úmero, onde houve a oportunidade de acompanhar uma criança de apenas 3 anos. De todas as fraturas na população pediátrica, a fratura supracondiliana do úmero representa cerca de 3 a 15 % e a que mais requisita tratamento cirúrgico (Poggiali *et al.*, 2021).

No caso acompanhado, tendo em conta que era a primeira vez de ambos num BO, foi assegurada a passagem de informação clara e efetiva, tanto à progenitora como à criança. A linguagem foi adaptada a ambas as faixas etárias, tendo sido explicada, calmamente, a dinâmica do processo cirúrgico. Foi solicitada colaboração à equipa médica (anestesiologistas e cirurgiões ortopédicos) no sentido de obter maior clarificação de algumas dúvidas. Foi assegurada a compreensão da informação, determinante para a tomada de decisão. Este momento de capacitação foi oportuno para preparar ambos para as alterações da autoimagem e diminuição (ainda que temporárias) das capacidades motoras do membro. Foram ainda abordadas as questões sociais, pessoais e financeiras decorrentes de todo este evento súbito.

O centro hospitalar onde decorreram os estágios tem disponível e acessível a todos os colaboradores um código de ética, considerado um instrumento orientador para a tomada de decisões equitativas, com vista a fomentar a confiança dos diferentes intervenientes no desenvolvimento da atividade, contribuindo para a garantia da qualidade da gestão e do serviço prestado, bem como para a interiorização de valores éticos. É de extrema importância que o enfermeiro especialista esteja ciente deste código. É da sua responsabilidade proteger a pessoa na sua vulnerabilidade e assegurar que esta e a sua família/pessoa significativa tenham conhecimento do procedimento cirúrgico e dos riscos envolvidos. Os consentimentos informados, cirúrgico e anestésico, devidamente assinados, são da responsabilidade médica. Porém, a equipa de enfermagem perioperatória deve colaborar na sua execução, garantindo a livre e espontânea vontade da pessoa em situação

perioperatória em fazê-lo, pois uma intervenção cirúrgica realizada sem autorização prévia, pode acarretar graves consequências legais para todas as partes envolvidas.

Em regra, qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ter lugar após prestação do consentimento livre e esclarecido pelo destinatário da mesma (ERS, 2023). Estes dois conceitos, quando assumidos pela pessoa em situação perioperatória, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de autorresponsabilização, conhecimento e liberdade de escolha. A tomada de decisão implica o empoderamento e é considerada a capacidade de compreender uma intervenção proposta, os seus benefícios, riscos e alternativas, incluindo a recusa de tratamento, ou seja, é a autonomia na decisão sobre os seus cuidados (Carvalho *et al.*, 2023).

Na impossibilidade da defesa das vontades e valores da pessoa, deverá ser a equipa multidisciplinar, na qual se inclui o enfermeiro especialista, a assegurar-se do seu processo de saúde. Foi possível constatar-se este pressuposto nas cesarianas emergentes e numa pessoa em situação perioperatória politraumatizada, com alteração do estado de consciência, com indicação eminente de cirurgia. Frustradas as tentativas de contacto com os familiares, considerou-se um consentimento presumido, pois assentiu-se que a pessoa consentiria naquela circunstância os atos cirúrgicos e anestésicos. Esta decisão foi tomada em equipa multidisciplinar, pautada pelos princípios éticos da beneficência e não de maleficência. Portanto, uma intervenção cirúrgica/anestésica coloca sempre a pessoa em situação perioperatória numa posição vulnerável. Assim, o enfermeiro perioperatório é responsável por salvaguardar a integridade desta pessoa, agindo como seu “advogado”.

Em CA, a informação é transmitida à pessoa em situação perioperatória, com o acompanhamento do seu familiar (ou pessoa significativa), sendo um elemento facilitador para a compreensão da mensagem, auxiliando a equipa profissional na adequação da linguagem, do tom e volume da voz (muito frequente em pessoas geriátricas intervencionadas a cirurgia de catarata, por exemplo). Diariamente surgem desafios à comunicação, sendo a barreira linguística um deles. Houve oportunidade de acompanhar no BOC pessoas estrangeiras, em situação perioperatória, que não falavam nem compreendiam a língua portuguesa. De acordo com a fluência linguística da pessoa em situação perioperatória, eram adotadas estratégias que operacionalizassem a comunicação: recurso a profissionais que falassem fluentemente a língua dominante do indivíduo ou acesso a ferramentas digitais (aplicações móveis). Fruto da experiência académica e profissional anteriores, houve um forte contributo na efetividade da comunicação com pessoas em situação perioperatória espanholas e francesas.

O direito à informação está contemplado no artigo 7º dos direitos do utente dos serviços de saúde, da Lei nº 15/2014, onde o prestador de cuidados de saúde tem o dever de informar o utente acerca do seu estado clínico, assim como as alternativas possíveis de tratamento e

a evolução provável do seu estado. Este documento refere, ainda, que a informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.

Neste seguimento, afere-se que a comunicação é um instrumento de trabalho em enfermagem, com implicações diretas na prestação de cuidados. De facto, revela-se fundamental para a criação de vínculo com a pessoa em situação perioperatória, ajuda na diminuição da ansiedade e do medo e promove uma esperança realista, promotora de expectativas e resultados consonantes, reiterado pelo *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

A OMS destaca o envolvimento e capacitação da pessoa e da sua família na sua segurança, pois eles são as únicas pessoas presentes em todo o processo de cuidados (WHO, 2013). Por este motivo, apresentam um repositório de informação crítica que, quando são envolvidos e capacitados, podem influenciar positivamente os resultados em saúde, tornando-os mais seguros, integrados e centrados nas pessoas (WHO, 2013). Este é o foco e objetivo principal da conceptualização do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

A pessoa em situação perioperatória é submetida às maiores mudanças fisiológicas, impostas pelo uso das mais variadas drogas e manobras empregadas pelas técnicas cirúrgicas, o que pode, conseqüentemente, submetê-los a complicações operatórias. Isto não faz parte da intenção e dos objetivos propostos para as intervenções, embora se saliente a existência das suas possibilidades em variados níveis (Araújo *et al.*, 2022). Os enfermeiros perioperatórios destacam-se, assim, pela sua competência técnica e científica, sendo-lhes exigida uma atuação de referência em todas as etapas do processo cirúrgico. Com base nesta conjuntura, procurou-se entender todas as fases do perioperatório na perspetiva do EEEMCEPSP e implementar esse conhecimento na prática clínica.

A fase do pré-operatório inicia quando a pessoa e o médico decidem a realização da cirurgia e termina quando a pessoa em situação perioperatória é transferido para a mesa operatória. Este é um período de preparação física e psicológica da pessoa para a cirurgia. O tempo de duração desta fase é curto numa situação de urgência e, muito curto, em casos de *life saving*.

Durante este período, as intervenções de enfermagem são essencialmente de suporte, ensino e preparação para os procedimentos anestésicos e cirúrgicos (Duarte & Martins, 2014). A gestão de cuidados iniciou-se no acolhimento, em ambos os estágios, onde se cumpriram as funções do enfermeiro de acolhimento. No BOC estas intervenções foram desempenhadas pelo enfermeiro de acolhimento, conforme a norma existente no serviço.

Faz parte deste processo o registo das intervenções de enfermagem, em *software* próprio (*Patient Care*®), onde consta o preenchimento da *checklist* de anestesia (lista de verificação

pré-operatória), confirmando: 1) a identidade da pessoa; 2) o procedimento cirúrgico; 3) a existência de pulseira de identificação devidamente colocada; 4) o jejum pré-operatório; 5) existência de veia puncionada e solução em perfusão; 6) administração de medicação pré-operatória prescrita (caso se aplique); 7) joias, ganchos, maquilhagem e verniz das unhas retirados; 8) próteses dentárias, ortóteses, lentes de contacto e óculos retirados; 9) vestuário para o BO adequado; 10) banho tomado; 11) tricotomia realizada (caso se aplique); 12) marcação do local operatório (caso se aplique). A pessoa em situação perioperatória é, ainda, questionada acerca da presença de alergias conhecidas, patologias e medicação habitual.

Na execução desta lista, verificou-se que, raramente, o local cirúrgico estava marcado, e que, em alguns casos, era o enfermeiro que o fazia. Esta é uma prática comum neste BO, e por essa razão, refletiu-se acerca da possibilidade do enfermeiro poder ou não fazer a marcação do local cirúrgico, sabendo, de antemão, que a responsabilidade do ato é do cirurgião.

O Conselho Jurisdicional da OE emitiu, em fevereiro de 2012, um parecer sobre as intervenções da responsabilidade do enfermeiro, abordando esta temática (OE, 2012). Segundo a fundamentação apresentada (p. 2):

“De acordo com as orientações da OMS para a cirurgia segura 2009 (cirurgia segura salva vidas), publicado no site da DGS, no que concerne ao local da marcação cirúrgica e por quem deve ser realizado, refere que ‘O protocolo Universal afirma que o local ou locais a serem operados devem ser marcados’, e que a marcação deve ser ‘feita pelo cirurgião que vai realizar o procedimento (para tornar as recomendações praticáveis, no entanto, esta tarefa poderá ser delegada, desde que a pessoa que faz a marcação esteja presente durante a cirurgia, especialmente durante o momento da incisão)’”.

Ainda neste seguimento, o mesmo documento (OE, 2012; p. 3) fundamenta esta questão, alegando que:

“A marcação do local cirúrgico não deve ser uma mera formalidade, deve constituir-se como mais um momento para garantir a qualidade e a segurança dos cuidados ao cliente. Desta forma não deve ser o enfermeiro a proceder à marcação baseado no processo do cliente, na sua avaliação e dos ECD, de acordo com o preconizado com a OMS, AESOP e DGS. O enfermeiro quando assume este papel, está a assumir a total responsabilidade do ato que pratica e das suas consequências, com as repercussões profissionais e legais que daí advém”.

O processo de enfermagem nesta etapa contempla, ainda, a execução do protocolo de cuidados pré-operatório, e o registo das atividades de enfermagem, nesse mesmo aplicativo. Assim, monitorizou-se a temperatura corporal, a glicemia capilar e a dor; foram avaliados o estado de consciência (pelo preenchimento da escala de coma de *Glasgow*), o

risco de queda (pelo preenchimento da escala de Morse) e o risco de úlcera de pressão (UP) (pelo preenchimento da escala de *Braden*).

Foi promovido conforto à pessoa em situação perioperatória e oferecidos contributos para a redução da dor, medos e ansiedade. Colaborou-se na realização e gestão do plano de cuidados e participou-se nas transferências para a mesa operatória, de acordo com a norma do BOC e da UCA da prevenção do risco de queda da pessoa em situação perioperatória.

A fase do intraoperatório inicia quando a pessoa em situação perioperatória é transferida para a mesa operatória e termina quando esta é transferida para a unidade de recobro, UCPA, para uma unidade de cuidados intermédios polivalente ou UCI. Durante este período a pessoa é monitorizada, sujeita a atos anestésicos e o procedimento cirúrgico é realizado.

As áreas de intervenção do enfermeiro centram-se essencialmente na segurança, na facilitação do procedimento, na prevenção da infeção e na satisfação das necessidades fisiológicas, em resposta à anestesia e à intervenção cirúrgica (Duarte & Martins, 2014).

No percurso de estágio, desenvolveram-se e otimizaram-se as competências técnicas, cognitivas e relacionais, em contextos anestésicos altamente complexos., Verificaram-se as salas operatórias, de acordo com as *checklist* de anestesia vigentes nos serviços, foi preparado e gerido material necessário para intubações difíceis, prepararam-se e administraram-se fármacos para induções de quadros clínicos críticos e complexos, numa ótica antecipatória de previsão de materiais, fármacos e aparelhos anestésicos.

No intraoperatório, no que concerne à segurança dos cuidados, é realizada a lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC), conforme emanam as boas práticas.

A OMS e a Aliança Mundial para a Segurança do Doente produziram, em 2008, a iniciativa "Cirurgia Segura Salva Vidas", na qual consagra a lista de verificação cirúrgica como meio de prever a maioria dos erros cirúrgicos, permitindo uma redução de cerca de 50 % destes erros nos EA cirúrgicos (Fragata, 2010).

A LVSC é uma ferramenta na gestão do risco no BO que contribui para a melhoria na qualidade dos cuidados e sucesso cirúrgico, sendo também uma estratégia de comunicação entre a equipa e a pessoa em situação perioperatória.

A *Checklist* Cirúrgica consiste numa confirmação oral, efetuada pela equipa (enfermeiros, anesthesiologistas e cirurgiões) de diversos fatores que contribuem para a segurança da pessoa intervencionada. É realizada em três momentos críticos: antes da indução anestésica (*sign in*), imediatamente antes da incisão (*time out*) e antes da pessoa em situação perioperatória sair da SO (*sign out*).

São orientações da DGS (2010) para a "Cirurgia Segura", que as equipas cirúrgicas tenham em conta dez objetivos básicos, a cumprir em qualquer ato cirúrgico:

1. A equipa vai operar o doente certo, no local correto;
2. A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor;
3. A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória;
4. A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue;
5. A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente;
6. A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico;
7. A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas;
8. A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas;
9. A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos;
10. Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.

Assim, foi possível participar na realização da LVSC nas cirurgias eletivas e em vários procedimentos cirúrgicos urgentes e emergentes, constatando que nem sempre era possível a sua realização nos *timings* propostos, pela iminência da situação, pela prestação asoberbada de cuidados no intraoperatório ou ainda por questões administrativas (em que o utente não estava admitido no sistema de informação *Sclinico*, impossibilitando o registo da cirurgia segura nesta plataforma digital). Nestes casos, a LVCS é efetuada *à posteriori* e registado o motivo do diferimento.

Na maioria dos procedimentos anestésicos urgentes e emergentes a pessoa em situação perioperatória perde totalmente a sua autonomia (pois a anestesia geral é a técnica anestésica de eleição para as situações urgentes/emergentes). Foi sempre zelada a integridade física, conservando o projeto de saúde da pessoa intervencionada, até que esta tivesse capacidade para os assegurar, e envolvida toda a equipa, neste mesmo postulado, alinhado com os domínios da segurança e respostas físicas do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Importa ainda referir que, em 2019, a AESOP elaborou e divulgou “A minha Lista de Verificação da Cirurgia” destinada aos cidadãos, com informação e recomendações importantes para a segurança cirúrgica, desde o momento em que é proposta a cirurgia até

ao momento da alta, contribuindo para o aumento da literacia em saúde da pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2019). Foi recomendada a utilização desta ferramenta em ambos os locais de estágio, pelo aporte que dá, tanto aos profissionais como à pessoa, promovendo a sua capacitação e empoderamento na gestão da experiência cirúrgica, tal como apresentado no domínio das respostas comportamentais do *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Nas funções de circulação foram desenvolvidas competências pessoais e profissionais em contextos altamente complexos, essencialmente no BOC, como era inicialmente expectável, tendo havido a oportunidade de exercer funções enquanto enfermeira circulante em cesarianas urgentes e emergentes, prestação de cuidados ao recém-nascido, articulação com o serviço de obstetrícia e participação na transferência do neonato em incubadora. Os turnos de estágio realizados em urgência permitiram, ainda, o desenvolvimento de competências de enfermeiro(a) circulante, como foram exemplo, situações de politrauma e quadros de disfunções multiorgânicas (neste caso, em contexto de colangite).

No BOC, as principais causas de realização de cirurgias de urgência/emergência, na especialidade de cirurgia geral são os abdómens agudos, laparotomias, abscessos perianais, encarceramento de hérnias, oclusões intestinais, hemoperitoneus, apendicectomias, colecistectomias, limpezas cirúrgicas de pé diabético e as amputações de membros (de foro vascular). Na ortopedia, os casos mais frequentes são os de trauma: esfacelos, fraturas trocântéricas, fraturas bimaléolares e trimaleolares, as fraturas do fémur, ruturas ligamentares e amputações de membro. Na cirurgia ortopédica infantil são frequentes os casos de fratura de úmero e rádio. A obstetrícia e ginecologia intervêm nas situações de cesariana urgente e emergente, nas curetagens, gravidezes ectópicas e algumas hemorragias vaginais não controladas.

Foi adequado o posicionamento cirúrgico da pessoa em situação perioperatória em cada intervenção, com os objetivos de colaborar com a equipa anestésica e cirúrgica, prevenindo complicações associadas (tais como, lesões nervosas, vasculares e/ou cutâneas), permitir o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório, permitir o acesso a dispositivos de monitorização, manter o conforto e respeitar a privacidade da pessoa, conforme recomendado pela AORN (Benze *et al.*, 2021).

Se na UCA as cirurgias são relativamente rápidas, no BOC os procedimentos podem demorar várias horas, tendo em conta o tipo de cirurgias realizadas nos blocos centrais. Esta situação é potenciadora de riscos, nomeadamente risco de desenvolvimento de úlceras por pressão (UPP) associadas sobretudo ao posicionamento cirúrgico. Além dos conhecimentos de anatomia, fisiologia, da técnica cirúrgica, da abordagem cirúrgica, técnicas anestésicas, funcionamento de materiais e equipamentos (entre outros), na

garantia do correto posicionamento cirúrgico que os enfermeiros perioperatório devem suportar, acresce ao EEEMCEPSP uma atuação mais holística no âmbito da gestão do risco e controlo da segurança perioperatória, na liderança de ações/intervenções de monitorização do risco de desenvolvimento de UPP, tendo por base a análise epidemiológica de EA (Regulamento nº 429, 2018). As UPP são um indicador da qualidade dos cuidados prestados e a avaliação do risco é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção, conforme a Orientação 017/2011 “Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica (Braden Q)” (DGS, 2011a).

A instituição hospitalar onde decorreram os estágios tem adotadas ferramentas estruturadas para avaliação do risco de desenvolvimento de UPP, em todos os contextos assistenciais, conforme preconizado pela DGS (2011a). É utilizada a escala de *Braden*, embora esta escala não esteja adaptada ao contexto perioperatório (Celik *et al.*, 2019; He *et al.*, 2012; Price *et al.*, 2005), uma vez que não considera fatores de risco específicos deste contexto, particularmente no intraoperatório. Price *et al.* (2005) constataram que o recurso à escala de *Braden* à pessoa em situação perioperatória não era eficaz e, de acordo com He *et al.* (2012), esta deve ser utilizada em complementaridade com outras ferramentas específicas para este contexto.

Uma das recomendações da literatura para a prevenção do risco de desenvolvimento de UPP no contexto perioperatório é a aplicação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO) (Lopes *et al.*, 2016; Salvini, 2022). A adaptação cultural e validação desta escala para o contexto português será uma mais-valia na prevenção de UPP, dor e lesões nervosas, possibilitando a identificação de pessoas em situação perioperatória com alto risco de desenvolvimento de lesões, diferenciando os cuidados durante as práticas anestésico-cirúrgicas, diminuindo a incidência das UPP nos BO, prevenindo EA, aumentando a SD e gerando indicadores de qualidade (Salvini, 2022). Seria igualmente importante a inclusão destes instrumentos/ferramentas nas políticas de saúde nacionais (Normas da DGS, PNSD) de modo a fomentar a sua utilização e consequente prevenção de UPP no perioperatório, conforme refere Mota (2021).

Foram prezadas todas as condições de segurança e conforto da pessoa em situação perioperatória, mesmo com a participação de múltiplas equipas ou outros técnicos, como são exemplo, a colaboração de técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica, para a realização de imagiologia (RX) de apoio às intervenções cirúrgicas (comummente presentes nas correções de fraturas trocântéricas, lesões da coluna vertebral por via percutânea, colecistectomia com colangiografia intraoperatória, esfacelos, entre outras). Na mesma cirurgia, a pessoa em situação perioperatória pode necessitar de ser posicionada várias vezes, como se pode apreciar e colaborar numa reintervenção cirúrgica após prótese total

da anca, proveniente da UCI. As equipes médicas designadas para esta intervenção de urgência foram a cirurgia ortopédica e a cirurgia vascular, alternando o decúbito lateral com o decúbito dorsal. Foi um momento de grande aprendizagem no desenvolvimento de competências na circulação, pelas múltiplas equipes de profissionais a atuarem em simultâneo. Apreciando a sua sincronização, entendeu-se que o EEEMCEPSP tem um papel determinante em toda a organização desta complexidade de cuidados.

Na sala operatória, o enfermeiro instrumentista é responsável por garantir a técnica asséptica na passagem de instrumentos e em tempo útil, com o objetivo de reduzir o tempo cirúrgico. Em colaboração com o enfermeiro circulante, realiza-se a gestão consciente do material, utilizando apenas o necessário e indispensável para a cirurgia. A contagem rigorosa de compressas, agulhas e instrumentos cirúrgicos são princípios indispensáveis à prevenção da retenção acidental de dispositivos na pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2012).

Com base nestes princípios, as atividades realizadas enquanto enfermeira instrumentista, foram desenvolvidas com os enfermeiros especialistas deste serviço, dando primazia na instrumentação cirúrgica de algumas cirurgias, passando sempre pelo cumprimento destas recomendações. Foram desenvolvidas competências direcionadas para a técnica e manuseamento de materiais e dispositivos mais diferenciados, utilizados na especialidade de cirurgia geral, sobretudo no BOC. Neste contexto, oportunamente, instrumentaram-se cirurgias de correção de oclusões abdominais, manuseando várias máquinas de sutura automática, jamais utilizadas na prática profissional corrente. Foi realizada a correta lavagem cirúrgica das mãos, paramentação cirúrgica, preparação de mesas cirúrgicas, colaboração na colocação dos campos cirúrgicos e transferência de instrumental cirúrgico, conforme recomendado pela AESOP e manual do serviço relativamente à função do enfermeiro instrumentista. Em articulação com os enfermeiros circulantes, foram preparados os materiais necessários para as intervenções de urgência e emergência, assim como possíveis recursos necessários (para uma eventual complicação). Foram dispostas mesas cirúrgicas, respeitando a assepsia e a esterilização envolvida, em colaboração com a enfermeira circulante. Foram organizados os instrumentos cirúrgicos de acordo com o posicionamento e procedimento cirúrgicos, de forma a garantir a continuidade de cuidados nos momentos de substituição ou passagens de turnos e prestada colaboração na desinfecção do local cirúrgico e na colocação dos campos. Pela natureza das situações urgentes e emergentes, é exigida uma grande e rápida capacidade de organização, perícia e antecipação na gestão dos cuidados 24 horas por dia, sendo a noite um momento mais crítico na prestação de cuidados emergentes.

A fase do pós-operatório inicia-se quando a pessoa em situação perioperatória é admitida na unidade de recobro e termina quando está recuperada da cirurgia. No pós-operatório

imediatos, os cuidados de enfermagem centram-se na manutenção dos sistemas fisiológicos. Nas fases seguintes, o foco principal incide na capacitação da pessoa e cuidadores para a preparação do regresso a casa, que se realizou, sobretudo, no estágio da UCA.

A passagem pelos recobros pós-anestésicos, permitiu o desenvolvimento de atividades preconizadas pela AESOP relativamente à prestação de cuidados pós-anestésicos, que incluem: a) preparação das unidades para acolher e acomodar a pessoa em situação perioperatória, b) receção da informação emitida pelos enfermeiros de anestesia e circulante e c) monitorização e avaliação das pessoas em situação perioperatória. É garantida a continuidade do plano de cuidados de enfermagem e é realizada a documentação de enfermagem. Toda a informação verbal recebida e transmitida na transição de cuidados é realizada segundo a metodologia ISBAR, já implementada em ambos os contextos de estágio.

De forma a garantir o bem-estar da pessoa em situação perioperatória, a dor é avaliada sistematicamente: na admissão dos blocos operatórios, na entrada para as salas, no intra-operatório, na chegada ao recobro e no momento da alta do recobro, conforme norma para a avaliação da dor dos serviços onde se realizaram os estágios. Ainda segundo esta norma, a avaliação da dor deve ser registada informaticamente, no *software Patient Care®*, identificando o diagnóstico “Dor presente” para a pessoa em situação perioperatória com queixas álgicas. As intervenções de enfermagem como “Informar o médico”, “Gerir analgesia” ou “Aliviar a dor através de posicionamento” devem estar associadas ao diagnóstico e devidamente documentadas. Para a pessoa em situação perioperatória com dor, efetua-se a reavaliação periodicamente, de acordo com a norma instituída no serviço e na Circular Normativa nº 9 (DGS, 2003, p.4) que preconiza que a *“dor e os efeitos da sua terapêutica sejam valorizados e sistematicamente diagnosticados, avaliados e registados pelos profissionais de saúde, como norma de boa prática e como rotina, altamente humanizante, na abordagem das pessoas”*, registando também as intervenções farmacológicas e não farmacológicas (tais como: “aplicação de gelo”; “massagem” ou “alívio através da técnica de posicionamento”), enfatizando estas últimas na capacidade de proporcionar conforto à pessoa (Williams *et al.*, 2009). A dor apresenta causas multifatoriais e envolve a componente sensorial e emocional da pessoa que sofre (DGS, 2003) e não deve ser desvalorizada pelos profissionais de saúde, pois o mesmo estímulo doloroso pode ser percecionado e expressado de múltiplas formas por parte da pessoa que sofre.

A preocupação com o conforto e alívio da dor nos vários momentos de transferência não foi descurada em nenhum dos contextos de estágio, nas intervenções observadas. As vítimas de trauma são mais suscetíveis ao desenvolvimento de dor no momento da transferência para a maca operatória. O BOC dispõe de um *transfer* automático, que

contribui notoriamente para a diminuição da dor nos momentos das transferências, assim como o recurso a analgesia antes da mesma, algumas das estratégias que se verificaram serem eficazes na gestão da dor da pessoa em situação perioperatória.

De igual forma houve a oportunidade de colaborar na gestão de processos de dor complexos, com o forte contributo da unidade de dor aguda da instituição (composta por anestesiolistas e enfermeiros) que elaboraram múltiplos protocolos, dos quais se ressalva a importância destes na gestão da dor pós-operatória de cirurgias *major*, utilizando um dispositivo designado *Patient-Controlled Anesthesia*, que promove a gestão autónoma da analgesia por parte da pessoa em situação perioperatória. Pela dinâmica dos cuidados no BOC, a preparação do dispositivo e os ensinamentos são funções do enfermeiro de anestesia e de recobro.

Contudo, Valente *et al.* (2018) refere que as deficiências na formação dos profissionais de saúde, nomeadamente médicos e enfermeiros, são uma das causas para o tratamento inadequado da dor. Segundo os autores, a dor aguda tem sido subtratada há décadas, e não são os novos fármacos, nem as tecnologias analgésicas a solução deste problema, mas antes a organização adequada dos serviços com utilização dos conhecimentos existentes.

A realização de bloqueios de nervos periféricos (BNP) é uma técnica anestésica/analgésica frequentemente utilizada pelos anestesiolistas. Sempre que a pessoa cumpre critérios para a sua realização, é uma opção digna para o alívio da dor, pela diminuição de risco anestésicos associados a outras técnicas, e pela otimização e durabilidade do efeito analgésico. Reduz ainda a utilização de fármacos analgésicos sistémicos, podendo ser privilegiada a sua singular utilização, ou como coadjuvante de outras técnicas anestésicas (sedações ou anestésias gerais). A título de exemplo, foi constatado, durante o estágio no BOC, que a todas as pessoas em situação perioperatória com esfacelos dos dedos da mão, foram realizados BNP e num deles com colocação de cateter perineural.

Perante o exposto, é factual o trabalho do enfermeiro perioperatório no seio de equipas dinâmicas e integradas, exigindo excelentes capacidades clínicas e de comunicação, centrando-se em cuidados seguros e na pessoa em situação perioperatória, acrescentando assim valor significativo à equipa perioperatória (Benze *et al.*, 2021).

O trabalho em equipa é fundamental na profissão de enfermagem, especialmente em contexto perioperatório. Pode até dizer-se, que seria inexequível a prática de cuidados neste contexto abdicando do trabalho em equipa, até porque o sucesso de uma cirurgia passa essencialmente pela comunicação e pelo trabalho em equipa. São francamente conhecidas as vantagens deste último, como a flexibilidade em situações de conflito, a descentralização (fomentando a responsabilização individual), a comunicação de forma positiva (interna e externamente), saber respeitar limites e fronteiras de cada um, ajuda na

formação e integração de pares. Potencia, ainda, o talento de cada um, estimula a criatividade e a motivação nas metas a atingir, diminuição dos tempos cirúrgicos (pela maior rapidez na execução das atividades, complementaridade de funções, entre muitas outras).

O recurso a técnicas de comunicação como o *briefing* e o *debriefing* são facilitadores da comunicação, contribuindo para a segurança dos procedimentos cirúrgicos, tal como concluíram Santos & Martinho (2022) na sua revisão integrativa, referindo que ambas as ferramentas proporcionam um ambiente de segurança institucional e que a sua padronização traz grande impacto na diminuição de EA, com consequente diminuição da morbilidade e mortalidade.

O *debriefing* é uma poderosa ferramenta educacional e de trabalho, possibilitando uma reflexão guiada, em contextos de urgência e emergência perioperatórias. Pode ser entendido como uma comunicação entre equipa multidisciplinar sobre os cuidados prestados, no sentido de melhorar a *performance* de todos, pela reflexão em grupo e partilha de experiências (e até de sentimentos/emoções), num ambiente pedagógico (Garcia *et al.*, 2021), não devendo incidir apenas em situações com conotação negativa (ou que tiveram um desfecho indesejável), mas também em situações com desfecho positivo, onde houve um adequado desempenho de todos os profissionais.

Durante os estágios percecionou-se que esta ferramenta foi muito pouco utilizada. Em análises crítico-reflexivas (desenvolvidas em conversas informais com vários elementos das equipas multiprofissionais) a falta de espaço apropriado, falta de profissionais treinados para liderar estes momentos, falta de tempo, fatores culturais (pessoais e profissionais), falta de motivação, medo da crítica e descrença de que o *debriefing* possa trazer benefícios para a prestação dos cuidados, foram mencionadas como algumas das barreiras para a sua inexistência.

Todavia, podem apontar-se algumas reservas relativamente ao trabalho em equipa e o quanto influenciam toda a gestão de cuidados: a dispersão e distração, o choque de personalidades e a procura de liderança, desmotivação em cadeia, confusão nas funções a desempenhar (e respetivo desgaste do grupo), sobrecarga de trabalho num dos elementos ou até a falta de produtividade de alguns, levando ao desequilíbrio da equipa. Estas situações são potencialmente geradoras de conflitos, frequentemente vivenciados no BO (Araújo *et al.*, 2022).

É crucial a formação e instrução da equipa multiprofissional, no sentido de atenuar os conflitos e contribuir para a prática harmoniosa de cuidados. No BOC, a formação no âmbito da liderança e gestão de conflitos não tem sido realizada. Foi apontado como uma necessidade formativa, fazendo parte do plano formativo da equipa de enfermagem para o

corrente ano, ficando o repto para futuras formações, tendo sido igualmente desafiadas as lideranças para formação em *coaching* profissional. Seria realmente importante para a gestão de emoções no trabalho em equipa e na relação com a pessoa em situação perioperatória, para aquisição de competências de comunicação e estratégias na gestão de conflitos e claramente vantajoso para a melhoria da qualidade dos cuidados numa esfera multiprofissional.

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

Nesta conduta reguladora da profissão, a consciência cirúrgica surge como um princípio ético e moral que orienta a prática do cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo sempre em seu benefício, independentemente do controlo externo (OE, 2017). A proteção da pessoa está, então, assegurada pela adoção das melhores práticas, mesmo que isso implique advertência para com a equipa cirúrgica ou outro profissional que tenha transgredido na segurança ou mesmo a admissão do próprio erro (Link, 2019).

Perante o enunciado, a AESOP refere que a consciência cirúrgica contempla um sistema de valores internos que levam a uma prática correta do profissional a qualquer altura do seu desempenho (AESOP, 2012). Uma prática consciente, em que o profissional perioperatório desempenha a sua atividade, respeitando escrupulosamente determinados princípios, quer esteja a ser observado ou não, norteando a sua *práxis* clínica por conhecimentos teóricos e práticos, entre os quais: a) princípios de assepsia b) autodisciplina e organização da própria higiene, vestuário e prática de enfermagem, sem quebras da técnica c) antecipação de necessidades da pessoa e da equipa, conhecendo a pessoa em situação perioperatória, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e como os obter. A participação no Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório” (ANEXO XXII) permitiu a reflexão da temática e partilha de conhecimento no âmbito das atividades assistenciais neste contexto.

De referir que o conhecimento teórico e as competências técnicas e não técnicas são estruturantes para o cumprimento da assepsia cirúrgica e consequente segurança operatória. A aquisição destas competências foi marcadamente subsidiada pela frequência do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, na sua componente teórica e teórico-prática. A mobilização do conhecimento para a prática ocorreu em contexto de estágio, que permitiu a consolidação de conhecimentos já adquiridos e a sua atualização, desta vez

numa ótica mais especializada e fundamentada, à luz das competências de mestre do Decreto-Lei nº 65/2018.

Participou-se e colaborou-se na gestão do risco e controlo da segurança perioperatória, antevendo e antecipando situações de risco em contexto de cirurgia programada, urgente e emergente, advertindo (construtivamente) alguns profissionais, aquando da prevaricação dos princípios anteriormente mencionados, ou de outros, que colocassem a segurança da pessoa em situação perioperatória comprometida.

Foram adotadas estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração terapêutica e procedimentos anestésicos, apreciando a padronização dos carros de anestesia (todas as salas operatórias em ambos os contextos de estágio), de acordo com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. Os carros de anestesia não padronizados podem contribuir para o aumento dos erros de medicação, armazenamento incorreto dos dispositivos e desperdício de material e de tempo (Shultz *et al.*, 2010).

Nos BO (sejam eles convencionais ou de ambulatório) são utilizados muitos medicamentos com nome e aparência semelhantes o que constitui mais um fator de risco à ocorrência de erros e EA. Estes fármacos, denominados LASA (*Look Alike – Sound Alike*), podem ser confundidos uns com os outros, originando troca de medicamentos (DGS, 2015c). Os medicamentos LASA são, entre muitos outros fatores, contribuições para a ocorrência de incidentes de segurança relacionados com a medicação e *“de acordo com a literatura, um em cada quatro destes incidentes estão relacionados com medicamentos LASA”* (DGS, 2015c, p.3). A adoção de técnicas de rotulagem de medicamentos padronizadas tais como *Mid-Type Tall Man Lettering* e a utilização de cores definidoras de grupos de fármacos (disponíveis em todos os carros de anestesia das salas operatórias do BOC e UCA, sala híbrida, serviço de gastroenterologia e recobro), como é preconizado pela norma ISO 26825: 2020, constituem ferramentas efetivas na minimização do erro e devem ser adotadas na elaboração das gavetas de medicação (ISO, 2020). A utilização de seringas pré-cheias, como é exemplo a disposição da fenilefrina, elimina a necessidade de diluição, diminuindo os erros de dosagem ou administração inadvertida de um fármaco não diluído, sendo particularmente útil em situações de emergência (AORN, 2018b).

A prescrição verbal de fármacos é comumente usada no BO, comportando os seus riscos que crescem na utilização de MAM. Como referido anteriormente, foi elaborada uma norma, com o objetivo de uniformizar os cuidados de enfermagem relativamente à administração de medicamentos de alerta máximo, realizando uma dupla verificação verbal, recomendada e baseada na evidência científica. A AORN (2018b) recomenda que o enfermeiro perioperatório que recebe a prescrição verbal deve repetir ao prescritor o nome da medicação e os algarismos da dosagem prescrita.

Para além destes aspetos, as pressões de produção, a tensão, a atividade intensa, as interrupções do fluxo de trabalho, a natureza dinâmica da SO que condiciona distrações, os problemas de comunicação, associados ao barulho de equipamentos, conversas inerentes à prestação de cuidados, máscaras que dificultam a interpretação, poderão conduzir a uma maior taxa de erros de medicação (Mota, 2021). Portanto, torna-se pertinente a consciencialização dos profissionais de saúde para a importância da aplicação e cumprimento desta ferramenta de dupla verificação, de forma a promover uma prática baseada na evidência e garantindo a excelência dos cuidados de enfermagem perioperatórios.

Na garantia de condições do ambiente de trabalho promotoras de saúde e da segurança dos profissionais, considerou-se pertinente a continuidade de formação no âmbito da gestão do risco, especificamente nas precauções a ter na manipulação do “formol” no BO (conforme Anexo xlv). O formaldeído é amplamente utilizado para conservar as amostras cirúrgicas de tecidos orgânicos destinados a anatomia patológica. A manipulação desta substância de conservação dos produtos biológicos constitui um risco profissional, pela sua propriedade cancerígena. Segundo a *American Cancer Society* (ACS), foi demonstrado que a exposição ao formaldeído causa cancro em animais de laboratório. A exposição a quantidades relativamente elevadas de formaldeído em locais de trabalho médicos e outros têm sido ligadas a alguns tipos de cancro em humanos, mas o efeito da exposição a pequenas quantidades é menos claro. Todavia a *International Agency for Research on Cancer*, que faz parte da OMS, concluiu que o formaldeído é “cancerígeno para os seres humanos”, conforme foi evidenciado para o cancro nasofaríngeo e leucemia. Por conseguinte, o programa nacional de toxicologia dos Estados Unidos da América (EUA) enumera o formaldeído como um carcinogénico humano (ACS, 2022). Isto levou igualmente o Sistema Integrado de Informação de Risco a classificar o formaldeído como “provável carcinogénico humano” (ACS, 2022).

Sendo o formol uma substância altamente irritante para os olhos e para as vias respiratórias, existe um conjunto de medidas de prevenção que os profissionais devem adotar, no sentido de diminuir os riscos inerentes à sua utilização, designadamente o uso apropriado de equipamento de proteção individual no manuseamento e utilização deste produto químico.

Segundo a *American Cancer Society* (ACS), foi demonstrado que a exposição ao formaldeído causa cancro em animais de laboratório. A exposição a quantidades relativamente elevadas de formaldeído em locais de trabalho médicos e outros têm sido ligadas a alguns tipos de cancro em humanos, mas o efeito da exposição a pequenas quantidades é menos claro. Todavia a *International Agency for Research on Cancer*, que faz parte da OMS, concluiu que o formaldeído é “cancerígeno para os seres humanos”, com base em provas suficientes de

que pode causar cancro nasofaríngeo e leucemia. O programa nacional de toxicologia dos Estados Unidos da América (EUA) enumera o formaldeído como um carcinogénico humano (ACS, 2022).

No âmbito da prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios, já à época, Florence Nightingale preocupava-se com as questões do controlo da infeção. Conhecida por muitos como sendo a mãe do controlo da infeção pela sua visão precursora da epidemiologia hospitalar, foi uma das primeiras pessoas a reconhecer que um prestador de cuidados poderia estar na origem do dano causado à pessoa em situação perioperatória. Estes contributos de Nightingale são enfatizados por Martins & Benito (2016) numa revisão sistemática da literatura em que analisaram os contributos contra a infeção hospitalar, referindo um dos estudos que esta se preocupava com as boas condições ambientais do BO como fator determinante para o restabelecimento da saúde (mantendo o ambiente seguro, confortável e limpo para a realização da cirurgia), e a importância da aplicação de medidas de prevenção da proliferação e transmissão de microrganismos.

A complexidade e o ambiente perioperatório com alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco. Para este item, foi dada especial atenção à orientação relativa à aplicação de estratégias para minimizar o risco de infeções associadas ao local cirúrgico.

De acordo com as recomendações da AESOP (2012), o enfermeiro circulante deve proceder à manutenção de ambiente operatório seguro, reduzindo risco de infeção intraoperatória. Este, antes do início da atividade cirúrgica, deve verificar: se as condições de limpeza da sala operatória são adequadas, cumprindo o protocolo do serviço; 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 entre 20 a 24 °C e a humidade de aproximadamente 60 % estão asseguradas; se o sistema de exaustão de gases anestésicos está ligado; se o pavimento, o mobiliário e todas as superfícies horizontais da sala operatória estão livres de poeiras e resíduos orgânicos e se estão secos. O responsável de turno toma nota de todas as ocorrências que a equipa tenha detetado, articulando-se rapidamente com os respetivos serviços de apoio, nomeadamente o serviço de instalações e equipamentos. São frequentes as alterações da temperatura das salas. Pelo que se percecionou nos estágios, os técnicos intervêm rapidamente após o contacto.

Para diminuir o número de partículas em suspensão, torna-se necessário diminuir a atividade no seu interior, limitando o número de pessoas dentro da sala e as presentes durante uma cirurgia, manter as portas fechadas, controlar a movimentação ao redor da equipa estéril, alertar e supervisionar quando há quebra assética no campo cirúrgico, detetar e corrigir falhas no vestuário (touca mal colocada, máscara mal adaptada e tipo de máscara desajustado ao preconizado para uso em BO, utilização de adereços, etc.). O

EEEMCEPSP deve demonstrar preocupação em manter um ambiente seguro para todos os intervenientes no perioperatório, reduzindo barulhos de fundo, promovendo um ambiente calmo e seguro, fazendo a gestão intraoperatória.

Contudo, para que o sucesso seja garantido, estas intervenções carecem de uma abordagem multimodal e perene, em que o enfermeiro especialista deve agir e fazer cumprir diligentemente os padrões estabelecidos com registo e avaliação das medidas implementadas, advogando as melhores práticas, baseadas em evidências, de forma a prevenir a infeção do local cirúrgico (ILC). Estas práticas dependem, não só da função da equipa, mas também da legitimidade organizacional e individual. Além disso, a legitimidade organizacional e individual dependem uma da outra num ambiente de cuidado complexo como é o BO (Qvistgaard *et al.*, 2019).

A ILC é uma consequência do procedimento cirúrgico, podendo ocorrer no local da incisão cirúrgica ou próximo deste, nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até noventa, nas colocações de implante (Kärki & Suetens, 2017). Recentemente, a DGS emitiu a norma clínica de “Feixe de intervenções’ para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” (inserindo-se no quinto objetivo estratégico do pilar 5 do PNSD 2021-2026 “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”). De forma a garantir a uniformização integrada de cuidados de saúde baseados na melhor evidência científica disponível sobre a prevenção da ILC, as intervenções têm de ser implementadas de forma integrada na fase pré-operatória (como por exemplo a realização do banho com clorexidina na véspera e no dia da cirurgia, com pelo menos duas horas de antecedência – não aplicável à pessoa em situação perioperatória submetida a cirurgia de urgência e/ou emergência). Na fase pré e intra-operatória preconiza-se a não realização da tricotomia por rotina e, caso seja necessária, deve-se realizar imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único, de acordo com a norma clínica anteriormente referida (DGS, 2022b).

Preconiza-se ainda a realização de profilaxia antibiótica cirúrgica (quando indicada) nos 60 minutos anteriores à incisão da pele, para que o pico de atuação coincida com o ato cirúrgico (não aplicável nas cirurgias emergentes, sendo realizado na sala operatória no decorrer da cirurgia). A antissépsia da pele no intraoperatório deve ser com clorexidina a 2% solução alcoólica (exceto se contraindicado – por exemplo, nas cirurgias onde são necessárias marcações na pele com caneta dermográfica, esta solução elimina as marcações, pelo que a desinfecção da pele é realizada com outro antisséptico, geralmente a iodopovidona). Em ambos os estágios estas intervenções são realizadas de acordo com a norma da DGS e segundo os protocolos dos serviços. Assim, é igualmente garantida a homeostasia pré, intra e pós-operatória mantendo a normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$), a normoglicemia ($\leq 180 \text{ mg/dl}$) e a saturação periférica de oxigénio (SpO_2) $\geq 95\%$, e se necessária a realização do penso cirúrgico (não raras vezes acontece no recobro I e II da

UCA ou no recobro do BOC), cumprir com a técnica assética. A aplicação da presente norma é fundamental para a segurança da pessoa na prevenção da ILC (DGS, 2022b, p.6), pois:

“De acordo com o ECDC, as infeções do local cirúrgico estão entre as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) mais comuns, nomeadamente em Portugal, associadas a internamentos hospitalares prolongados e procedimentos cirúrgicos adicionais, podendo exigir cuidados intensivos e resultar em maior morbilidade e mortalidade atribuíveis e custos elevados em saúde”.

Estes “feixes de intervenção” agrupados têm de ser implementados de forma integrada, no mesmo tempo e espaço, em conjunto, para a promoção de um melhor resultado, com maior impacto e não a mera aplicação das intervenções separadamente (basta uma das intervenções da norma não ser cumprida, o resultado não será o mesmo). As intervenções de enfermagem nele designadas fazem parte do protocolo de enfermagem pré-, intra- e pós-operatório existente na UCA e BOC, onde são realizados os registos de enfermagem no programa existente – *Patient Care*®. De destacar, que o uso adequado de vestuário cirúrgico, a classificação da ferida, a duração e complexidade da cirurgia, a abordagem cirúrgica (aberta ou laparoscópica), a utilização de fios de sutura antimicrobianos e o tipo de anestesia são fatores que influenciam a ocorrência de infeções (Bashaw & Keister, 2019), pelo que o cumprimento destas recomendações é da responsabilidade de todos os profissionais. Porém, o EEEMCEPSP deve desempenhar com proatividade as suas funções no âmbito da prevenção e controle de infeções, com base em evidência científica, desenvolvendo procedimentos adaptados ao contexto da prática clínica e realização de auditorias, com o propósito de monitorizar e registar a eficácia das medidas aplicadas.

Pela pertinência da temática, aquando da realização do segundo momento de estágio no BOC na especialidade de cirurgia geral, e pela radicação do desenvolvimento de competências neste ciclo de estudos, participou-se no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada, realizado em fevereiro de 2023 na ESSNorteCVP, com uma comunicação livre, em formato de póster, intitulado “Intervenções de Enfermagem perioperatórias para a prevenção da infeção na hernioplastia abdominal” (ANEXO XXII).

A hernioplastia ocupa um lugar de destaque como uma das cirurgias mais realizadas em cirurgia geral, no entanto, a colocação de material protético pode gerar diversas complicações, entre elas, a infeção. Pande & Naidu (2020) descrevem uma taxa de infeção de 4,97 %, num estudo desenvolvido com 181 utentes submetidos a hernioplastia inguinal com implante de prótese, num centro hospitalar da Índia. Nos Estados Unidos da América, a ILC é um dos motivos mais comuns de readmissão hospitalar após cirurgia, em que cerca de 80 % dos utentes que desenvolvem ILC após hernioplastia, regressam ao hospital por necessidade de assistência médica (Wilson & Farooque, 2022). Concluiu-se que os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel fundamental na liderança de

processos de prevenção e controlo de infeção na garantia de um ambiente seguro, favorecendo a redução dos valores epidemiológicos apresentados.

Na continuidade da segurança perioperatória, compete ao EEEMCEPSP a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados, garantindo a sua utilização atempada e o seu reprocessamento inerente. É igualmente necessária uma boa via de comunicação, para que a informação acerca da gestão de materiais seja feita eficientemente. A tomada de decisão do enfermeiro perioperatório recai (cumulativamente) sobre estes conhecimentos, a fim de garantir a prestação de cuidados cirúrgicos à pessoa em situação perioperatória, diminuir o risco clínico e não clínico associado ao seu manuseio, garantir a segurança dos cuidados prestados e contribuir de forma sustentável para realização dos procedimentos cirúrgicos, com a perícia e literacia nesta matéria conforme define o *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020).

Nos turnos realizados com o responsável de turno colaborou-se na receção e acomodação de todo o material, tanto na cirurgia programada como na urgente. Esta gestão passou, ainda, pela garantia de *stocks* mínimos de dispositivos e materiais necessários para a concretização de todas as cirurgias. A preparação dos materiais e dispositivos para as cirurgias do dia seguinte era, ainda, da responsabilidade do coordenador de turno, delegando essa tarefa, na impossibilidade de a realizar. Foi realizada a rastreabilidade dos dispositivos médicos, verificação da integridade das caixas cirúrgicas e materiais vindos da URDM, verificação das datas de validade e notificadas avarias e inconformidades, juntamente com os enfermeiros tutores de ambos os locais de estágio. Em alguns casos houve necessidade de articulação com o fabricante (pelas dúvidas existentes relativamente à manutenção e reprocessamento de alguns dispositivos). Assim, enfatiza-se a rastreabilidade como um importante indicador de qualidade do reprocessamento dos DM (DGS, 2001).

Colaborou-se no acondicionamento e etapas do processo de reprocessamento, discutindo as dúvidas com os enfermeiros mais experientes e em articulação com a URDM da instituição. A esterilização de dispositivos médicos começou com o objetivo de reduzir infeções. Desta forma, assegurar que os instrumentos cirúrgicos reutilizáveis e os DM tenham sido esterilizados é um fator importante na prevenção de infeções do local cirúrgico, sabendo de antemão que os enfermeiros perioperatórios não são responsáveis por todas as fases de reprocessamento dos DM, mas detêm a liderança na prevenção e controlo de infeção na fase de utilização, transporte e armazenamento de DM nos BO (Link, 2019).

A passagem pela URDM permitiu conhecer melhor as caixas de instrumental cirúrgico da cirurgia geral e outras especialidades, com oportunidade de manuseamento, aumentando a

confiança na manipulação dos mesmos em contexto profissional, sobretudo as pinças de laparoscopia.

Pela sensibilização e conhecimento aprofundado da temática (assim como pela experiência na URDM), participou-se no Congresso Internacional de Controlo de Infecção, em março de 2023 (em formato *online*), com a apresentação de uma comunicação livre em formato de *e-póster* com o título “Reprocessamento de dispositivos médicos e a prevenção da infeção: papel do enfermeiro perioperatório” (ANEXO XXIV). Neste congresso, suscitou particular interesse o painel VI “Dispositivos Médicos: Desafios Atuais”, no qual foram abordadas as principais mudanças de paradigma relativas ao reprocessamento de DM.

Pela imprevisibilidade característica das cirurgias urgentes e emergentes, nem sempre os dispositivos preparados são os mais adequados e necessários. Percecionou-se a dificuldade dos enfermeiros responsáveis, em muitos dos casos, em tentar agilizar-se com a UCA, ou com a unidade de CA do outro hospital (pertencente ao mesmo centro hospitalar), na tentativa de assegurar materiais para a realização dos procedimentos. Esgotadas estas alternativas, a capacidade de sugerir alternativa viável, com materiais existentes no serviço era o desafio para as equipas. O conhecimento de todo o tipo de material e dispositivos no BO, assim como o seu acondicionamento, é uma mais-valia, pois em situações de urgência/emergência nem sempre se pode esperar por esclarecimentos adicionais acerca dos dispositivos.

Considera-se que todos os processos e etapas a que são submetidos os DM reutilizáveis, devem ser rigorosamente monitorizados e registados. A lista de LVCS contempla a verificação, pelos enfermeiros perioperatórios, da conformidade do processo de reprocessamento de DM como um aspeto fulcral para a segurança cirúrgica, como forma de prevenção de incidentes associados aos cuidados de saúde (Mota, S. *et al.*, 2021).

Mediante as atividades expostas, considera-se que estes estágios apresentaram as condições ideais para o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória, na medida em que a pessoa intervencionada está sujeita a riscos de variada ordem. A intervenção do enfermeiro especialista é preeminente na antecipação de focos de instabilidade, na gestão complexa de protocolos terapêuticos, da comunicação interpessoal, na gestão do bem-estar da pessoa em situação perioperatória, na gestão de recursos humanos e de material, na prevenção e controlo de infeção e até na gestão diferenciada da dor no pré-, intra- e pós-operatório hospitalar ou domiciliário (aplicável às pessoas intervencionadas em CA).

Em suma, os cuidados de enfermagem perioperatórios exigem identificação das necessidades, planeamento, execução e avaliação dos resultados obtidos nas áreas de complementaridade (desde a anestesia, circulação, instrumentação, cuidados pós-

anestésicos e consultas perioperatórias), numa atitude antecipatória dos riscos, fundamentados em cinco pilares: a) reconhecimento do outro e a capacitação, b) vulnerabilidade do cuidado, c) responsabilidade de cuidado, d) prudência e gestão de risco, e e) consciência cirúrgica (OE, 2017). Estes alicerces sobrepõem-se ao modelo de enfermagem perioperatória *Perioperative Patient Focused Model* (Rothrock & Smith, 2000; Van Wicklin, 2020) nos seus 4 domínios.

4. Considerações finais

Na ânsia de que chegasse a especialização de enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, é com enorme orgulho que este percurso foi desenvolvido, culminando esta primeira parte do relatório de estágio com a reflexão do desenvolvimento das competências (comuns e específicas) do EEEMCEPSP, permitindo a visibilidade da enfermagem perioperatória, em particular, e da enfermagem, em geral, enquanto disciplina do conhecimento.

Os objetivos delineados para os dois momentos de estágio foram formulados com vista ao alcance do desenvolvimento profissional avançado em contexto perioperatório. Foram alinhados com a temática de investigação, com o planeamento estratégico da instituição e os interesses dos serviços onde se realizaram os estágios, num percurso de prática clínica sustentado conceptualmente pelo *Perioperative Patient Focused Model* (modelo que fundamenta a intervenção dos enfermeiros perioperatórios).

As intervenções de enfermagem perioperatórias realizadas neste estágio pautaram-se pela obtenção de resultados centrados na segurança da pessoa em situação perioperatória, numa abordagem mais abrangente (pela realização do estágio na UCA e BOC), possibilitando o cuidar da pessoa e respetiva família (ou pessoa significativa) em todas as fases do percurso perioperatório (exceto na consulta de enfermagem pré-operatória, ficando a expectativa da sua implementação em ambos os contextos). A multiplicidade de áreas de atuação do enfermeiro perioperatório fez entender melhor o quanto o trabalho em equipa é determinante para a eficácia da prestação de cuidados e no sucesso dos procedimentos anestésicos e cirúrgicos, assim como o quanto é determinante a capacidade de liderança, gestão e a comunicação efetiva.

A realização do estágio foi a catarse de muita incerteza e insegurança no desenvolvimento profissional da discente, tendo em conta o curto percurso enquanto enfermeira no BO. Desta forma, com os conhecimentos já adquiridos, outros desenvolvidos no percurso académico e aqueles que advieram dos contextos de estágio, foi possível aprimorar algumas das habilidades técnicas e não técnicas que, imbuídas em atitudes próprias, proporcionaram o desenvolvimento de competências, contribuindo concomitantemente para a aceleração (cautelosa) do processo de integração enquanto enfermeira instrumentista na especialidade de cirurgia geral. Como aspetos impactantes deste estágio considera-se a passagem pela UCA, pela novidade em termos de organização e dinâmica de serviço, pela personalização e humanização sistemática dos cuidados ao cidadão (e respetiva família/pessoa significativa), pelo acompanhamento da pessoa em situação perioperatória no momento da alta (o contributo significativo do EEEMCEPSP na sua

capacitação e *empowerment* na promoção do potencial de autonomia) e pelo contacto com a pessoa em situação perioperatória no telefonema do dia seguinte (consulta de *follow-up*). Contrastando com o desafio dos processos complexos de saúde/doença do BOC, num ambiente altamente diferenciado que a natureza da pessoa em situação perioperatória neste contexto exige.

As atividades desenvolvidas (individualmente ou em coautoria) e os documentos elaborados nos dois momentos de estágio contribuíram para colmatar algumas lacunas do conhecimento relativas às temáticas desenvolvidas, tanto ao nível pessoal como no seio das equipas multidisciplinares, almejando a garantia da qualidade dos cuidados num ambiente terapêutico mais seguro (para profissionais e pessoas em situação perioperatória), com maior segurança psicológica, com lideranças positivas em ambientes favoráveis à prática da enfermagem. Fomentou-se, igualmente, a reflexão da prática, baseada em evidência científica - substrato para a tomada de decisão. Realizou-se formação e participou-se em eventos científicos, com a divulgação de resultados emergentes das pesquisas realizadas e/ou do estudo de investigação realizado.

Um dos constrangimentos a este estágio foi a difícil conciliação da vida pessoal, profissional e académica, fruto, essencialmente, da carga horária que este comporta, para o curto período de tempo para a sua realização, obtendo sempre o suporte dos enfermeiros tutores, da docente orientadora e da enfermeira gestora em toda a gestão deste projeto pessoal/académico. Tal como acontece noutros países, seria francamente facilitador a realização deste percurso académico no formato de Internato de Especialidade em Enfermagem, conforme projeta a OE no decorrer do processo de Acreditação da Idoneidade Formativa.

Ainda de salientar a disponibilidade e franqueza nas críticas construtivas que todos os profissionais teceram, pois contribuíram, indubitavelmente, para o aperfeiçoamento da prática clínica. O recurso a estratégias como o *debriefing* e o *feedback* positivo foram fulcrais para a transformação pessoal e profissional no constructo de um perfil individualizado de competências específicas.

Considera-se que os objetivos inicialmente traçados para esta unidade curricular- Estágio II- foram atingidos e até superados, pela explanação crítico-reflexiva das atividades desenvolvidas, acrescentando agora a responsabilidade de uma prática diferenciada, com vista à obtenção de ganhos em saúde para os cidadãos, traduzindo-se em valor económico da enfermagem especializada.

Na segunda parte deste relatório apresenta-se a componente de investigação no desígnio da continuidade da interseção das competências de mestre com as de especialista, catalisadoras de uma enfermagem avançada, ou seja, uma “enfermagem com mais enfermagem”.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

1. Resumo

Enquadramento: A prestação de cuidados de saúde, pela sua complexidade e elevada imprevisibilidade, é suscetível à ocorrência de incidentes que podem resultar em danos para os doentes e profissionais, assim como para o desempenho e credibilidade das instituições de saúde. A segurança do doente é uma prioridade para a qualidade na saúde e considera-se fundamental a avaliação da cultura de segurança do doente para direcionar intervenções de melhoria e monitorizar a evolução das mesmas nos hospitais.

Objetivo: Descrever a cultura de segurança de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

Metodologia: Estudo descritivo de abordagem quantitativa. A recolha de dados foi efetuada através da aplicação de um questionário de avaliação da cultura de segurança do doente, desenvolvido a partir do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®)*, versão 2.0, traduzido para a população portuguesa com autorização da *Agency for Healthcare Research and Quality*, onde são avaliadas 10 dimensões da cultura de segurança do doente. A população alvo foram os profissionais de um centro hospitalar da região norte do país, que consentiram a livre participação no estudo, detentores de vínculo contratual com a instituição. A amostra foi não probabilística por conveniência e os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva, de acordo com a natureza das variáveis, com recurso ao *Statistical Package for the Social Sciences*, versão 24.

Resultados: A amostra foi constituída por 304 participantes: a maioria são enfermeiros de cuidados gerais (32,6%, n=99). Relativamente ao serviço/unidade de trabalho onde exercem funções, constatou-se que a maioria dos participantes (23%, n=70) exerce funções no bloco operatório. Quanto ao tempo de exercício profissional, a maioria dos profissionais (49,7%, n=151) trabalha há 11 anos (ou mais) na instituição. As dimensões que apresentaram valores médios positivos mais elevados foram “Apoio do supervisor/gestor/diretor clínico à segurança do doente” e “Trabalho em equipa” com 67% e 65% de positividade, respetivamente. A dimensão “Notificação de eventos de segurança do doente” apresentou uma positividade de respostas de apenas 36%.

Conclusão: Os resultados explanam a necessidade de se adotarem ações de melhoria, assim como a necessidade de desenvolvimento de estratégias que permitam aumentar a segurança do doente, objetivando a diminuição de custos e riscos imprevistos.

Palavras-chave: Cultura de segurança; Segurança do paciente; Qualidade em saúde

2. Abstract

Introduction: Due to its complexity and high unpredictability, healthcare delivery is susceptible to the occurrence of incidents that may result in harm to patients and professionals, as well as to the performance and credibility of health institutions. Patient safety is a priority for healthcare quality, and the assessment of patient safety culture is essential to guide improvement interventions and monitor their progress in hospitals.

Objective: To describe the safety culture of a hospital centre in the northern region of Portugal.

Methodology: This is a descriptive study with a quantitative approach. Data were collected through the application of a questionnaire on patient safety culture, based on the Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®), version 2.0, translated to Portuguese with the authorization of the Agency for Healthcare Research and Quality, where 10 composite measures of patient safety culture are assessed. The target population was all the professionals from a hospital centre in the northern region of the country, who consented to participate freely in the study and had a contractual link with the institution. The sample was not probabilistic by convenience and the data were subjected to descriptive statistical analysis, according to the nature of the variables, using the Statistical Package for the Social Sciences, version 24.

Results: The sample consisted of 304 participants, the majority were general care nurses (32,6 %, n=99). Regarding the service/work unit, it was found that most participants (23 %, n=70) work in the operating room. Regarding the length of professional experience, most professionals (49,7 %, n=151) have worked for 11 years or more in the institution. The composite measures with the highest mean positive values were "Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for patient safety" and "Teamwork" with 67 % and 65 % of positivity, respectively. The composite measure "Reporting Patient Safety Events" showed a positivity response of only 36 %.

Conclusion: The results explain the need to adopt improvement actions, as well as the need to develop strategies to increase patient safety, aiming at reducing costs and unforeseen risks.

Keywords: Safety culture; Patient Safety; Quality of health care

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A OMS refere que cerca de 134 milhões EA ocorrem devido a cuidados inseguros, contribuindo com cerca de 2,6 milhões de mortes todos os anos. Estimativas recentes, ditam que o custo social do dano ao doente pode ser avaliado em 1 a 2 triliões de dólares por ano (WHO, 2019). Esta problemática assumiu maior relevância nas últimas duas décadas, com a projeção pública do impacto dos erros na saúde dos cidadãos, pela publicação do relatório americano *To Err is Human*, afirmando, claramente, a existência de erros clínicos nos cuidados de saúde, em que a sua maioria seriam evitáveis e onde se reconheceu que os hospitais não eram locais tão seguros como assumido até então (Ramos *et al.*, 2021). Este reconhecimento foi impulsionador da projeção da importância da segurança dos doentes como uma das dimensões integrantes da qualidade em saúde.

A SD é uma área dos cuidados de saúde que surgiu com a evolução da complexidade dos sistemas de saúde e o consequente aumento dos danos causados aos doentes nas unidades de saúde (WHO, 2019). Com o intuito de garantir a comparabilidade dos dados sobre SD, as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar a taxonomia definida pela OMS. Importa, então, definir o conceito de segurança do doente, que, segundo a Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (DGS, 2011b, p.14), está definida como:

“a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face ao conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo”.

Esta definição leva a refletir sobre o objetivo primordial da OMS “zero danos evitáveis”, garantindo desta forma cuidados de saúde seguros para todos. Com base nos estudos e evidências no âmbito da SD, a OMS assinala pela primeira vez o Dia Mundial da Segurança do Doente, lançando uma campanha global com o lema *Speak up for patient safety!* (Fale pela segurança do doente!), com o objetivo de consciencializar o mundo sobre a importância da SD e incentivar as pessoas a assumirem o compromisso de tornar a saúde mais segura (WHO, 2019).

Para evitar ao máximo os danos ao doente, aumentando a segurança destes e dos profissionais, a OMS apresentou o PAMSD 2021-2030, que tem como missão impulsionar políticas, estratégias e ações, baseadas na ciência, experiência do doente, desenvolvimento

de sistema e parcerias para eliminar todas as fontes de risco evitável (WHO, 2021), sendo uma garantia de sustentabilidade dos sistemas de saúde, aumentando a sua CS. Este plano, elencado em 7 objetivos estratégicos, apresenta a SD como estratégia prioritária, onde, segundo a OMS, a cultura de segurança de uma organização é (DGS, 2018, p.3):

“o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, percepções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança, e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde”.

Este plano é ambicioso e reforça a necessidade do estado de alerta para potenciais danos associados aos cuidados de saúde, que podem resultar em incidentes de segurança do doente, sendo este um *“evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou em dano desnecessário para o doente”* (DGS, 2011b, p.15). De salientar que os profissionais e as instituições de saúde têm a responsabilidade de promover cuidados mais seguros, em ambientes favoráveis às práticas clínicas, atuando preventivamente em eventuais falhas de segurança, passíveis de sofrer uma mudança e/ou implementação de medidas de melhoria (Ramos *et al.*, 2021). Estudos no âmbito da SD comprovam que o investimento nesta área conduz a uma melhor assistência e melhores resultados, como são exemplo o desenvolvimento e utilização da simulação nos cuidados de saúde para melhorar a educação e formação de todos os profissionais, produzindo sistemas mais seguros e com um impacto claro nos resultados dos doentes e na resiliência organizacional (Higham & Baxendale, 2017).

Deste modo, torna-se fundamental a implementação e avaliação de melhorias na assistência associadas à avaliação sistemática da CS, adotando estratégias que permitam aumentar a SD no hospital (Galvão *et al.*, 2018), sendo que, o pré-requisito para promover a CS é avaliá-la, uma vez que a implementação de precauções de segurança sem avaliação adequada, aumenta os custos e riscos imprevistos (Khosravizadeh *et al.*, 2020). São vários os autores que descrevem uma associação favorável entre a CSD, resultados seguros e a experiência do doente relativamente aos cuidados ao nível hospitalar (Berry *et al.*, 2016; Smith *et al.*, 2017).

Os instrumentos de ACSD devem contemplar a perspetiva do gestor e a perspetiva do profissional (cujo trabalho tem impacto direto na SD), *“tratando-se, geralmente de questionários que se focam nas percepções do que ocorre no dia a dia das organizações na perspetiva dos profissionais”* (Eiras, 2021, p. 43). A ACSD tem como propósito: diagnosticar a CS para identificar áreas de melhoria; avaliar intervenções ou programas na área da SD e seguir as alterações ao longo do tempo; conduzir *benchmarking* interno e /ou externo; cumprir diretivas ou requisitos regulamentares (Nieva & Sorra, 2003). Segundo as mesmas

autoras a seleção do instrumento depende, entre outros fatores, do tipo de dimensões que se pretende avaliar, do tipo de profissionais que se pretende incluir na amostra e do ambiente para o qual o instrumento foi desenvolvido.

Em contexto nacional o instrumento utilizado é o questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, desenvolvido pela AHRQ. Segundo a Norma 005/2018 da DGS, este instrumento está referenciado pelo projeto europeu *European Network for Patient Safety* para a ACSD nos hospitais (DGS, 2018). Permite avaliar dimensões da CSD, monitorizar alterações ao longo do tempo e avaliar o impacto de intervenções nesta área (Nieva & Sorra, 2003).

As avaliações da CSD em Portugal, realizadas num estudo piloto nos anos de 2014 e 2016, revelaram como dimensões a necessitar de melhorias: “Resposta ao erro não punitiva”; “Frequência de notificação”; “Dotação de profissionais”; “Apoio à segurança do doente pela gestão”; “Trabalho entre unidades”; “Abertura na comunicação”; “Comunicação e *feedback* acerca do erro”; “Perceções gerais sobre a segurança do doente” e “Transições” (DGS, 2018). Resultados semelhantes foram encontrados numa revisão sistemática e meta-análise da utilização do questionário do *Hospital Survey on Patient Safety Culture*, realizada para avaliar a CSD em hospitais do Irão (Okuyama et al., 2018), no qual se evidencia a existência de fragilidades nas dimensões associadas à notificação de incidentes de segurança do doente. Um outro estudo de revisão sistemática acerca do nível de CSD na perspetiva dos profissionais de saúde em hospitais iranianos (por meio de uma meta-análise de estudos), onde aplicaram o questionário HSPSC, constatou que a avaliação da dimensão “Trabalho em equipa dentro das unidades” apresentou melhor média de respostas positivas (67,2 %) e a dimensão “Resposta não punitiva ao erro” a menor percentagem com 40,4 % (Khosravizadeh et al., 2020). Uma meta-análise, incluindo 11 estudos descritivos sobre funcionários de hospital no Irão, constatou que apenas 8,3 % dos entrevistados dos artigos revistos classificaram a CSD no Irão como excelente e 32,3 % como muito boa (Amiri et al., 2018). Zebrak et al. (2022) enfatizam estes resultados num estudo piloto realizado em 28 hospitais dos Estados Unidos da América, utilizando o HSPSC, concluindo que a cultura punitiva é difundida na maioria dos hospitais que avaliaram a CSD e que incentivar o relato de EA, aprendendo com os erros, deve ser a prioridade nos hospitais de todo o mundo.

Neste propósito, em 2020, a OMS publicou o relatório “*Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*”, que releva os sistemas de notificação de incidentes para mitigar danos e prevenir a sua ocorrência futuramente e “coloca o foco na cultura de segurança, uma vez que um incidente só existe a partir do momento em que é notificado” (DGS, 2022, p.18).

A aferição da CSD é o primeiro passo para conhecer os pontos que necessitam de aperfeiçoamento (Galvão *et al.*, 2018). Reforçando a necessidade de dar continuidade à ACSD, a DGS, alinhada com a OMS e outras organizações internacionais, dedicadas à SD, apresentou o PNSD 2021-2026, que tem como objetivos: consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde, em particular no SNS. Encontra-se alavancado em cinco pilares, sendo o primeiro a CS. A DGS (Despacho nº 9390, 2021, p.22) advoga neste documento:

“a promoção de uma cultura de segurança, alinhada com um processo de melhoria contínua, através de uma comunicação, formação e sensibilização e deverá ser um imperativo para todos os profissionais, órgãos máximos de gestão e das lideranças das instituições prestadoras de cuidados de saúde, sendo responsabilidade de todos”.

Reforçando a necessidade de dar continuidade à avaliação da CS, e sendo verdade que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se mede, principalmente, pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação, é indiscutível que estes ganhos só serão significativos se for melhorada a sua segurança. O não cumprimento dos padrões das dimensões de CS tem um impacto direto nos doentes, profissionais e na instituição hospitalar. A DGS alega, ainda, que a melhoria da CS dos doentes nas instituições de saúde é um imperativo e uma prioridade consignada na ENQS (Despacho nº 9390, 2021).

A implementação da ENQS impõe uma diferenciação positiva a todos os que utilizam ou trabalham para o sistema de saúde, obrigando ao total empenho das direções clínicas e forte compromisso das CQS, como são exemplo: a redução de custos, de desperdício, uniformização de procedimentos, a melhoria da qualidade clínica e organizacional, a monitorização permanente da qualidade e da segurança e o reforço da segurança dos doentes (Despacho n.º 5613, 2015).

Estas comissões têm como objetivo divulgar, no seio das organizações de saúde e em rede, as melhores práticas clínicas, de forma a promoverem a interiorização da CS, de uma forma contínua, a todos os profissionais de saúde (Barroso *et al.*, 2021). Neste âmbito, a *International Council of Nurses* (ICN) apela aos governos, sociedades civis, organizações internacionais, prestadores de cuidados de saúde e profissionais de saúde que tomem medidas e que sejam responsáveis pela criação e manutenção de sistemas de saúde seguros, económicos e acessíveis (Stewart, 2023).

Os profissionais de saúde estão designados como sendo agentes responsáveis pela realização de ações/intervenções no âmbito da monitorização da CSD nas instituições (Despacho nº 9390, 2021). Pelas características e competências da profissão, os enfermeiros, por se encontrarem numa situação privilegiada para o fazer, têm que

assegurar que todos os procedimentos e atividades são realizadas em segurança, acompanhando o doente, desde a sua entrada até ao momento da alta (Davidson, 2014; Nelson, 2018). A sua participação nos processos de melhoria contínua constitui, igualmente, uma das competências comuns do enfermeiro especialista, estipulada no artigo 6º do regulamento nº 140/2019 da OE, segundo o qual este *“garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”* (p.4745), destacando-se aqui o papel da liderança da enfermagem especializada.

4. Finalidade e objetivos

Na sequência da fundamentação apresentada no capítulo anterior e o interesse particular da investigadora nesta temática, enfatizado pela componente de estágio realizada numa instituição do SNS na região norte do país, surgiu a seguinte questão de investigação: Qual a cultura de segurança de um Centro Hospitalar da região norte de Portugal? A questão de investigação, segundo Néné & Sequeira (2022, p.18): *“é o primeiro passo no processo de investigação e é o que nos guiará durante todo o procedimento subsequente”*.

Assim, foi definido como objetivo: descrever a cultura de segurança de um centro hospitalar da região norte de Portugal.

A realização desta investigação tem como finalidade contribuir para um estudo mais alargado de validação do questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture* versão 2.0 para a população portuguesa, acrescentar conhecimento acerca da CSD percecionada pelos profissionais de saúde, assim como contribuir para o aumento da sensibilização destes para a problemática, constituindo um potencial de diagnóstico das dimensões com necessidades de melhoria. Este estudo de investigação tem também como propósito contribuir para a promoção e dinamização da investigação em enfermagem, envolvendo/mobilizando todos os profissionais num processo multicêntrico por via do desenvolvimento de competências de liderança em enfermagem. Pretende-se ainda a reflexão e criação de estratégias organizacionais acerca da SD, que resultem num impacto direto na prestação de cuidados aos cidadãos, utilizadores das instituições de saúde.

5. Metodologia

De forma a dar resposta à questão de investigação deve ser desenhado um plano de estudo em conformidade com as etapas do método científico (Néné & Sequeira, 2022). A operacionalização deste estudo de investigação apresenta-se neste capítulo, com a descrição da metodologia utilizada.

5.1. Desenho do estudo

Em função dos objetivos do estudo, deve-se selecionar o método e as técnicas de investigação, reconhecendo as vantagens e desvantagens (Álvares, 2021).

Este estudo de investigação foi norteado metodologicamente pelo referencial EQUATOR.

Tipo de estudo

De forma a dar resposta aos objetivos definidos no capítulo anterior, optou-se por um estudo descritivo, uma vez que *“servem para explorar e descrever a saúde, as doenças e outros fenómenos de interesse e permitem gerar hipóteses”* (Néné & Sequeira, 2022, p.21), de abordagem quantitativa, pois pretende-se quantificar e analisar o fenómeno em estudo (a CSD), de forma a garantir a precisão dos resultados.

População do estudo

Todos os profissionais de um centro hospitalar da região norte de Portugal, detentores de vínculo contratual com a instituição e que consentiram a livre participação no estudo.

Técnica de amostragem

Foi utilizado um método não probabilístico, uma vez que *“têm a vantagem de permitir obter uma amostra de forma mais rápida e mais económica”* (Néné & Sequeira, 2022, p.35), numa amostragem por conveniência *“em que os indivíduos são selecionados de acordo com a facilidade de acesso aos mesmos, por exemplo, os indivíduos que participam voluntariamente num estudo”* (idem, p.35).

Instrumento de recolha de dados

“A opção pela recolha autónoma de dados e aplicação de um inquérito por questionário é a mais acertada em situações de pesquisa (...) em que a intenção é de descrever um fenómeno” (Álvares, 2021, p.9). Assim, o instrumento de recolha de dados utilizado foi o questionário de ACSD – hospitais, cuja última versão (2.0) foi desenvolvida em 2019 a partir do *Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®)*, da AHRQ, traduzida para a população portuguesa em 2022 (ANEXO XXIV).

Esta versão atualizada apresenta uma primeira parte constituída por questões de caracterização socioprofissional (categoria profissional e serviço/unidade de trabalho) e uma segunda parte composta por 32 questões, onde são avaliadas 10 dimensões da CSD: “Trabalho em equipa”; “Equipa e ritmo de trabalho”; “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”; “Resposta ao erro”; “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente”; “Comunicação acerca do erro”; “Abertura na comunicação”; “Notificação de eventos de segurança do doente”; “Apoio da gestão hospitalar à segurança do doente” e “Transições e troca de informação”.

Cada dimensão da CSD no *SOPS Hospital Survey 2.0* é composta por dois, três ou quatro itens que podem estar formulados positiva ou negativamente, conforme documento *SOPS® Hospital Survey Version 2.0 Items and Composite Measures* (ANEXO XXV).

As variáveis estão operacionalizadas numa escala de *Likert* de cinco pontos, que varia na concordância entre 1 e 5 de “discordo totalmente” a “concordo totalmente” (secções A, B e F) e varia na frequência de “nunca” a “sempre” (secções C e D), apresentando como sexta opção de resposta “não se aplica ou não sei”.

Apresenta ainda uma última parte com questões gerais (onde as variáveis estão relacionadas com o tempo de trabalho no hospital, tempo de trabalho no serviço/unidade de trabalho, carga horária semanal de trabalho e se tem interação/contacto direto com doentes) e uma secção para a escrita de comentários.

Para o cálculo percentual da dimensão foi efetuada a média das percentagens positivas de cada item. Para os itens redigidos de forma positiva, a percentagem de resposta positiva a considerar é a percentagem conjunta das respostas "Concordo totalmente" ou "Concordo"; "Sempre" ou "Na maioria das vezes". Para os itens formulados na negativa, a percentagem de resposta positiva é a percentagem conjunta dos participantes que responderam "Discordo totalmente" ou "Discordo", ou "Nunca" ou "Raramente" (porque uma resposta negativa num item formulado negativamente - indica uma resposta positiva).

Os dados foram recolhidos entre 13 de fevereiro e 16 de março de 2023. A aplicação do questionário foi realizada através do suporte informático *Microsoft Forms*, enviado para o email institucional dos participantes. Os inquéritos digitais são atualmente uma ferramenta útil para a recolha rápida de uma grande quantidade de dados, quando realizados com rigor (Ball, 2019).

Análise dos dados

Os dados foram sujeitos a análise estatística descritiva, de acordo com a natureza das variáveis, com recurso ao programa informático *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 24.

Na análise estatística, a medida de tendência central utilizada foi a média e a medida de dispersão foi a frequência. Na análise estatística inferencial foi utilizada a medida de consistência interna *alpha* (α) *de Cronbach* como técnica de confiabilidade, pois “a fiabilidade de um instrumento de medida indica sua precisão” (Néné & Sequeira, 2022, p. 53). A consistência interna do questionário foi analisada, calculando o α -Cronbach (valor total e o valor de cada dimensão) onde se considera um valor aceitável entre 0,7 e 0,9 (Néné & Sequeira, 2022). O princípio da fiabilidade corresponde ao facto dos itens apresentados obterem informações semelhantes dos participantes, mesmo que a formulação ou a estrutura das questões sejam alteradas (Ball, 2019).

Os itens formulados na negativa foram recodificados passando a respostas positivas, antes do cálculo do coeficiente de fiabilidade.

A informação recolhida da secção de escrita de comentários foi sujeita a análise síntese de conteúdos, tendo sido agrupados por tema e, posteriormente, transformados em itens para serem estatisticamente trabalhados, conforme recomendado pelo guia de utilização do *SOPS® Hospital Survey* versão 2.0 de Sorra *et al.* (2021).

5.2 Considerações éticas

A relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente, a garantia de respeito dos direitos dos participantes, estão entre os requisitos básicos a considerar na avaliação ética de uma investigação, em todas as etapas do processo (Nunes, 2020).

Na elaboração deste estudo de investigação foram tidos em consideração os princípios éticos que devem guiar a investigação: beneficência - fazer o bem; avaliação da

maleficência - não causar dano; veracidade - dizer a verdade, não deturpando as informações e conclusões dos estudos encontrados; justiça - proceder com equidade, valorizando de igual modo todos os estudos, desde que cumpram os critérios de inclusão (Nunes, 2020). Foi igualmente respeitado o princípio da pertinência do estudo, em que *“cada investigação que implique seres humanos deve apenas ser realizada se for devidamente justificada”* (Néné & Sequeira, 2022 p.100).

A participação dos profissionais foi de carácter voluntário, não tendo havido quaisquer risco e/ou consequências para os participantes. Aquando do preenchimento do questionário os participantes deram o seu consentimento explícito para a sua realização, onde foi garantida a confidencialidade e o anonimato das respostas, podendo abandonar o estudo a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em momento algum os participantes foram identificados e/ou identificáveis. Os comentários por escrito no final do questionário foram eticamente trabalhados, conforme os desígnios dos autores do manual de utilização do questionário (Sorra *et al.*, 2021, p.26):

“Comments can be used to obtain direct quotes for feedback purposes, but they should be carefully reviewed and deidentified first to ensure that they do not contain any information that can be used to identify who wrote the comment or individuals referred to in the comments”.

Para a aplicação e tradução oficial para a população portuguesa do questionário *SOPS® Hospital Survey 2.0*, foi solicitada autorização à *AHRQ*, a qual foi concedida em outubro de 2022 (ANEXO XXVI).

O estudo de investigação teve parecer favorável da Comissão de Ética da Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP - Parecer n.º 003/2023 (ANEXO XXVII) e foi igualmente aprovado pelo Conselho de Administração do centro hospitalar onde foi efetuada a recolha dos dados a 25/01/2023, com parecer favorável da Comissão de Ética de Saúde – proc. Nº 02/2023 (de 27/01/2023) (ANEXO XXVIII).

Declara-se, ainda, a não existência de conflito de interesses no domínio do estudo.

6. Resultados

Néné & Sequeira (2022, P. 201) referem que *“os resultados devem ser apresentados de forma clara e simples, já que estes representam o novo conhecimento que se está a partilhar com a comunidade científica”*. Neste capítulo procede-se à apresentação dos resultados, de acordo com os objetivos delineados no capítulo anterior.

Será apresentada de forma descritiva a caracterização socioprofissional da amostra, seguindo-se a apresentação dos resultados da ACSD por dimensões, com recurso a tabelas (de forma a facilitar a leitura e interpretação).

Por fim, será apresentada a análise de conteúdo relativa aos comentários efetuados pelos participantes.

6.1. Caracterização socioprofissional da amostra

A amostra é constituída por 304 participantes a exercer funções num centro hospitalar da região norte de Portugal, num universo de 3335 funcionários, correspondendo a uma representação de 9,12% da população alvo, semelhante ao das últimas avaliações da CSD em Portugal em 2014 e 2016, com aplicação do questionário digitalmente (Eiras, 2021).

A maioria dos participantes no estudo são enfermeiros de cuidados gerais (32,6%; n=99), seguindo-se da categoria profissional “outra” (20,1%; n=61), onde se incluíram, por exemplo, os participantes com a categoria profissional de assistente operacional. Seguem-se os enfermeiros especialistas com uma representatividade da amostra de 12,8% (n=39) e a equipa médica (em todas as suas categorias) com 12,1% (n=37). Constata-se ainda a participação da categoria profissional administrativo/secretariado/rececionista, representando 10,5% (n=32) da amostra. As restantes categorias profissionais estão representadas de forma pouco significativa, com frequência abaixo de 10.

Relativamente ao serviço/unidade de trabalho onde exercem funções constata-se que 23% (n=70) dos participantes exercem funções no BO, seguindo-se os serviços médicos (não cirúrgicos - 13,5%; n=41), os serviços médicos e cirúrgicos (10,2%; n=31) e o serviço de urgência (7,2%; n=22). Os restantes estão distribuídos pelos outros serviços hospitalares, numa representatividade residual, com uma frequência baixo de 7.

Quanto ao tempo de exercício profissional na instituição, a maioria dos participantes (49,7%; n=151) trabalha há 11 anos (ou mais) na instituição. Relativamente ao tempo de exercício profissional no seu serviço/unidade de trabalho, 41,8% (n=127) responderam exercer funções no intervalo de 1 a 5 anos. A maioria dos participantes têm uma carga horária semanal de 30 a 40 horas, correspondendo a 81,3% (n=247) da amostra. A maioria dos participantes (85,2%, n=259) interage (ou tem contacto direto) com doentes.

6.2. Dimensões da cultura de segurança do doente

A dimensão “Trabalho em equipa” apresentou um resultado com potencial de melhoria. Realça-se, nesta dimensão, a positividade do item A8 em que a maioria dos participantes considera haver entreaajuda nos momentos de maior carga de trabalho (Tabela 1).

Tabela 1: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Trabalho em equipa”.

Dimensão	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Trabalho em equipa				
A1. “Neste serviço, trabalhamos em conjunto como uma equipa eficaz”.	212	NA	304	212/304 = 70%
A8. “Nos momentos de maior carga de trabalho, os profissionais deste serviço entreajudam-se”.	213	NA	301	213/301 = 71%
A9. “Existe um problema com comportamentos de falta de respeito pelos profissionais que trabalham neste serviço”.	NA	158	301	158/301 = 53%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 65%				
NA = Não aplicável		Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,687		

A fragilidade da CSD na dimensão “Equipa e ritmo de trabalho” é traduzida pela baixa positividade dos itens A2, A3 e A11, onde a maioria dos profissionais perceciona que uma elevada carga e ritmo de trabalho podem afetar a SD (Tabela 2).

Tabela 2: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Equipa e ritmo de trabalho”.

Dimensão	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Equipa e ritmo de trabalho				
A2. “Neste serviço, temos profissionais suficientes para assegurar a carga de trabalho”.	135	NA	303	135/303 = 45%
A3. “Os profissionais deste serviço trabalham horas a mais, o que pode afetar o cuidado ao doente”.	NA	96	291	96/291 = 33%
A5. “Este serviço, depende em demasia de profissionais temporários, em mobilidade interna ou prestadores de serviços”.	NA	178	267	178/267 = 67%
A11. “O ritmo de trabalho neste serviço é tão elevado que afeta negativamente a segurança do doente ”.	NA	114	289	114/289 = 39%
Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 46%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (4itens) = 0,569

A dimensão da CSD “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua” apresenta os 2 primeiros itens formulados na positiva e o 3º item na negativa. A maioria dos profissionais considera que o serviço onde exerce funções adota e revê regularmente medidas para melhorar a SD (Tabela 3), considerando que esta dimensão tem um grande potencial de melhoria das práticas.

Tabela 3: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Aprendizagem organizacional – melhoria contínua”.

Dimensão	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Aprendizagem organizacional – melhoria contínua				
A4. “Este serviço revê com regularidade os procedimentos, para determinar se são necessárias mudanças para melhorar a segurança do doente”.	179	NA	291	179/291 = 62%
A12. “Neste serviço, as mudanças para melhorar a segurança do doente são avaliadas quanto à sua eficácia”.	146	NA	278	146/278 = 53%
A14. “Este serviço, permite que os mesmos problemas com a segurança do doente continuem a acontecer”.	NA	153	277	153/277 = 55%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 57%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,771

A dimensão da CSD “Resposta ao erro” foi considerada frágil, destacando-se a baixa positividade do item A13, no qual é percecionada a falta de apoio para com os profissionais envolvidos em erros de SD, no serviço onde trabalham (Tabela 4).

Tabela 4: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Resposta ao erro”.

Dimensão Resposta ao erro	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
A6. “Neste serviço, os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles”.	NA	148	295	148/295 = 50%
A7. “Neste serviço, quando um evento é reportado parece que é a pessoa que está a ser advertida e não o problema em si”.	NA	136	294	136/294 = 46%
A10. “Quando os profissionais cometem erros, este serviço preocupa-se mais em aprender do que culpar os indivíduos”.	171	NA	299	171/299 = 57%
A13. “Neste serviço, há falta de apoio para com os profissionais envolvidos em erros de segurança do doente”.	NA	101	269	101/269 = 38%
Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 48%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (4itens) = 0,713

Na dimensão “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente” verifica-se em 2 variáveis o valor mais alto de positividade dos itens avaliados. Na perspetiva dos profissionais, os seus líderes apoiam-nos nas considerações que fazem acerca da SD (Tabela 5), apresentando-se esta dimensão com potencial de melhoria.

Tabela 5: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente”.

Dimensão				
Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
B1. “O meu supervisor, gestor ou diretor clínico leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente”.	208	NA	294	208/294 = 71%
B2. “O meu supervisor, gestor ou diretor clínico quer que trabalhem mais depressa nos momentos de maior carga de trabalho, mesmo que isso signifique ultrapassar determinadas ações”.	NA	176	293	176/293 = 60%
B3. “O meu supervisor, gestor ou diretor clínico toma ações no âmbito da segurança do doente nas situações que lhe são reportadas”.	200	NA	282	200/282 = 71%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 67%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,671

A dimensão “Comunicação acerca do erro” apresenta resultados críticos. Os participantes demonstraram baixa concordância em todos os itens. O mais baixo relacionou-se com as mudanças efetuadas nos serviços, com base no reporte de EA (item C3), conforme apresentado na Tabela 6.

Tabela 6: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Comunicação acerca do erro”.

Dimensão	Item de formulação positiva “a maioria das vezes” ou “sempre” (n)	Item de formulação negativa “raramente” ou “nunca” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Comunicação acerca do erro				
C1. “Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço”.	135	NA	297	135/297 = 46%
C2. “Quando ocorrem erros neste serviço, discutimos formas de prevenção de repetição de erros”.	138	NA	296	138/296 = 47%
C3. “Neste serviço, somos informados sobre as mudanças que ocorrem, com base nos eventos reportados”.	134	NA	296	134/296 = 45%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 46%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,816

A dimensão da CSD “Abertura na comunicação” é composta por 4 itens, sendo o último (C7) formulado na negativa. Esta dimensão apresenta um grande potencial de melhoria. O item C5 apresentou a positividade mais baixa desta dimensão (Tabela 7).

Tabela 7: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Abertura na comunicação”.

Dimensão	Item de formulação positiva “a maioria das vezes” ou “sempre” (n)	Item de formulação negativa “raramente” ou “nunca” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Abertura na comunicação				
C4. “Neste serviço, os profissionais falam abertamente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente”.	167	NA	291	167/291 = 57%
C5. “Os profissionais deste serviço falam abertamente se virem alguém com maior autoridade fazer algo que coloque em causa a segurança do doente”.	113	NA	277	113/277 = 41%
C6. “Quando os profissionais deste serviço falam abertamente, os que têm maior autoridade estão disponíveis para as questões centradas na segurança do doente”.	142	NA	284	142/284 = 50%
C7. “Neste serviço, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar correto”.	NA	160	295	160/295 = 54%
Percentagem média de respostas positivas dos 4 itens = 51%				
NA = Não aplicável Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (4itens) = 0,836				

Na dimensão “Notificação de eventos de segurança do doente” verifica-se um resultado desfavorável e apresenta o valor médio positivo mais baixo. Ao item D1 corresponde o valor de positividade mais baixo de todos os itens que compõem as dimensões da CSD deste questionário (Tabela 8).

Tabela 8: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Notificação de eventos de segurança do doente”.

Dimensão				
Notificação de eventos de segurança do doente	Item de formulação positiva “a maioria das vezes” ou “sempre” (n)	Item de formulação negativa “raramente” ou “nunca” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
D1. “Quando um erro é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado”.	86	NA	269	86/269 = 32%
D2. “Quando um erro atinge o doente e poderia ter causado dano, mas isso não acontece, com que frequência é reportado”.	105	NA	261	105/261 = 40%
Percentagem média de respostas positivas dos 2 itens = 36%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (2itens) = 0,931

A dimensão “Apoio da gestão hospitalar na segurança do doente” apresenta as 2 primeiras variáveis formuladas na positiva e a 3ª na negativa, correspondendo esta última à positividade mais baixa desta dimensão (Tabela 9).

Tabela 9: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Apoio da gestão hospitalar à segurança do doente”.

Dimensão	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Apoio da gestão hospitalar à segurança do doente				
F1. “As ações da gestão hospitalar mostram que a segurança do doente é uma prioridade”.	192	NA	292	192/292 = 66%
F2. “A gestão hospitalar proporciona os recursos adequados à melhoria da segurança do doente”.	144	NA	293	144/293 = 49%
F3. “A gestão hospitalar parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso”.	NA	97	282	97/282 = 34%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 50%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,747

A última dimensão da CSD “Transições e troca de informação” apresenta um valor percentual médio de positividade correspondente a uma dimensão com aspetos a melhorar. O item F6 é formulado na negativa e o valor mais alto de positividade verifica-se no item F5 (Tabela 10).

Tabela 10: Pontuação das percentagens médias positivas da dimensão “Transições e troca de informação”.

Dimensão	Item de formulação positiva “concordo” ou “concordo totalmente” (n)	Item de formulação negativa “discordo” ou “discordo totalmente” (n)	Total de respostas do item (excluindo “Não sei/Não se aplica”)	Positividade de respostas do item (%)
Transições e troca de informação				
F4. “Ao transferir o doente de um serviço para outro, é omitida informação importante”.	NA	133	252	133/252 = 53%
F5. “Durante as mudanças de turno, é omitida informação importante sobre os cuidados ao doente”.	NA	151	246	151/246 = 61%
F6. “Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para a partilha da informação relevante sobre os cuidados ao doente”.	123	NA	246	123/246 = 50%
Percentagem média de respostas positivas dos 3 itens = 55%				

NA = Não aplicável

Confiabilidade desta dimensão – α -Cronbach (3itens) = 0,903

Para uma análise mais sintetizada dos resultados, compilou-se a positividade média de cada dimensão, assim como os valores do α -Cronbach das dimensões de CSD (Tabela 11). O instrumento utilizado obteve boa confiabilidade, apresentando um valor total de α -Cronbach= 0,927 e 3 dimensões apresentaram valor inferior a 0,7.

A dimensão com média de respostas positivas mais elevada é “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente” e a dimensão com positividade mais baixa é “Notificação de Eventos de Segurança do Doente” (Tabela 11).

Tabela 11: Tabela resumo da percentagem de positividade e do α -Cronbach das dimensões do *SOPS® Hospital Survey*, 2.0.

DIMENSÃO	Positividade	Confiabilidade (α -Cronbach)
1. Trabalho em equipa	65%	0,687
2. Equipa e ritmo de trabalho	46%	0,569
3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua	57%	0,771
4. Resposta ao erro	48%	0,713
5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente	67%	0,671
6. Comunicação acerca do erro	46%	0,816
7. Abertura na comunicação	51%	0,836
8. Notificação de eventos de segurança do doente	36%	0,931
9. Apoio da gestão hospitalar à segurança do doente	50%	0,747
10. Transições e troca de informação	55%	0,903

6.3. Notificação de Eventos de Segurança do Doente

A secção D do questionário apresenta uma última questão relacionada com a frequência da notificação de eventos de SD, onde era solicitado aos participantes que respondessem quantas vezes tinham reportado eventos de segurança no último ano. Pode constatar-se que quase metade (48,7%; n=148) dos inquiridos referiu não ter efetuado nenhuma notificação nos últimos 12 meses, e apenas 29,6% (n=90) admitiu tê-lo feito 1 a 2 vezes (Tabela 12). Esta questão tem uma positividade de 51,3%.

Tabela 12: Frequência da notificação de eventos de segurança do doente

Notificação de eventos de segurança do doente	Nenhum		1 a 2		3 a 5		6 a 10		11 ou mais	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
D3. "Nos últimos 12 meses, quantos eventos de segurança do doente reportou?"	148	48,7	90	29,6	52	17,1	10	3,3	4	1,3

Positividade do item = 51,3%.

6.4. Classificação da Segurança do Doente

Quando solicitado aos participantes que classificassem o grau de SD, observou-se que a média de positividade de respostas foi de 27% (n=83), constatando-se que apenas 27% dos participantes considera a SD no centro hospitalar onde trabalha como "Muito boa" ou "Excelente". Ainda assim, 41,1% dos profissionais (n=125) percecionaram como "Boa" a SD (Tabela 13).

Tabela 13: Avaliação do grau de Segurança do Doente

Classificação da Segurança do Doente	Fraca		Razoável		Boa		Muito boa		Excelente	
	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)	(n)	(%)
E1. "Como classificaria o seu serviço/unidade de trabalho em relação à segurança do doente?"	19	6,3	77	25,3	125	41,1	65	21,4	18	5,9

Percentagem média de respostas positivas do item = 27 %

6.5. Comentários dos participantes

Conforme referido no capítulo anterior, o questionário utilizado (*SOPS® - Hospital Survey* versão 2.0), preconiza uma secção para escrita de comentários, onde foi dada aos participantes a oportunidade de deixar o(s) seu(s) comentários(s) “acerca daquilo que se faz ou poderia ser feito no seu hospital que possa afetar a segurança do doente”, uma vez que os comentários podem ser utilizados para obter citações diretas para efeitos de *feedback* (Sorra *et al.*, 2021), 13,8% (n=42) dos funcionários respondeu a esta secção. Conforme sugerem Sorra *et al.* (2021) procedeu-se à codificação dos comentários, associando cada um deles a uma dimensão da CSD.

Num total de 42 respostas escritas, a dimensão de CSD com mais comentários foi a “Aprendizagem organizacional – Melhoria Contínua” com 11 unidades de registo (ANEXO XXIX). Não se verificou a escrita de comentários alusivos à “Comunicação acerca do Erro” e a palavra mais utilizada foi “profissionais” (Figura 2).



Figura 2: Palavras mais utilizadas na secção dos comentários.

7. Discussão

Os enfermeiros foram a classe profissional mais participativa no estudo, conhecida já esta adesão de iniciativas organizacionais, igualmente representada noutros estudos (Camacho-Rodríguez *et al.*, 2022; Draganović & Offermanns, 2022; Hare *et al.*, 2022; Segura-García *et al.*, 2023; Tartaglia Reis *et al.*, 2018). Este resultado poderá estar associado ao facto de ser a categoria profissional com maior representatividade no SNS (INE, 2023) e às características da profissão, intrinsecamente relacionadas com as competências pessoais (biografia, socialização), formativas e experiência profissional (Le Boterf, 2003).

Hare *et al.* (2022) apresenta no seu relatório a classe médica com uma representatividade de 5%, contrastando com os 12,1% de representatividade médica neste estudo de investigação.

O BO apresentou uma amostra expressiva relativamente ao serviço/unidade de trabalho, que poderá justificar-se pelo estímulo dos profissionais deste local de trabalho no preenchimento do questionário pela proximidade profissional com a investigadora.

No que concerne ao tempo de exercício profissional, quase metade dos participantes exerce funções neste centro hospitalar há 11 anos ou mais, o que significa que apresentam uma experiência profissional condizente com o nível de perito e que a sua perceção acerca da CSD nesta instituição está desenvolvida e, eventualmente, maturada. De acordo com a caracterização de Benner (2001, p.58): *“já não se apoia sobre um princípio analítico (regra, indicação, máxima) para passar do estado de compreensão da situação ao acto apropriado”*, agindo a partir de uma profunda compreensão da situação. A excelência da prática dos cuidados ocorre quando se atinge a perícia profissional, conseguida através da aprendizagem experiencial, e, deste modo, *“o perito tem uma enorme experiência, compreende de maneira intuitiva cada situação e apreende directamente o problema sem se perder com soluções e diagnósticos estéreis”* (Benner, 2001, p. 54), ao passo que os estudos de Reis *et al.* (2023) e de Hare *et al.*, (2022) apresentam, para o mesmo tempo de trabalho, valores percentuais muito inferiores.

Na sua maioria, os profissionais exercem funções entre 1 a 5 anos. Resultados similares foram encontrados no estudo de Reis *et al.* (2023) e de Hare *et al.* (2022).

Habitualmente os profissionais trabalham entre 30 a 40 horas semanais, tal como a maioria dos participantes dos estudos anteriormente referidos e de acordo com a legislação laboral em vigor para a carga horária semanal em Portugal, definida no Decreto-Lei nº 259/1998.

De referir, ainda, que a maioria dos inquiridos interage (ou tem contacto) com os doentes, o que significa que a grande maioria dos participantes presta cuidados de saúde diretos, tal como nos estudos encontrados onde foi aplicada esta nova versão do *SOPS*[®], onde mais de metade dos profissionais afirmou contactar diretamente com os doentes.

As dimensões “Trabalho em equipa” e “Apoio do supervisor/ gestor/ diretor clínico à segurança do doente” revelaram os resultados de positividade mais elevados neste estudo de investigação. Ainda assim, não se podem considerar dimensões fortes no âmbito da CSD, pois os resultados obtidos ficam aquém dos encontrados noutros estudos similares, com valores percentuais acima dos 75% de positividade (Draganović & Offermanns, 2022; Hare *et al.*, 2022; Segura-García *et al.*, 2023; Reis *et al.*, 2018). Para Kakemam *et al.* (2021) estas duas dimensões estão relacionadas, contribuindo mutuamente para o desenvolvimento da CSD.

No que diz respeito ao “Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente” surge como a dimensão mais positiva da CSD neste estudo, revelador de uma dimensão com oportunidades de melhoria. Os profissionais sentem que são ouvidos e que os seus superiores hierárquicos levam em consideração as suas sugestões para melhorar a SD e desenvolvem ações relativas às situações reportadas. De ressaltar que, apesar da dimensão “Equipa e ritmo de trabalho” apresentar uma positividade baixa, a maioria dos participantes considera não sentir pressão dos seus líderes para trabalhar mais depressa nos momentos de maior carga de trabalho, revelando-se como um aspeto bastante positivo. Estes resultados são corroborados pelo estudo realizado em 2018 pela DGS, que apresenta 63% de concordância nesta dimensão. Também os estudos de Okuyama *et al.* (2018) e de Wagner *et al.* (2013) na Holanda corroboram os resultados do presente estudo. Nestes últimos estudos, levados a cabo em Taiwan e EUA as percentagens obtidas forma bem mais elevadas. Resultados semelhantes aos apresentados no estudo anterior vão de encontro à literatura internacional (Draganović & Offermanns, 2022; Hare *et al.*, 2022; Reis *et al.*, 2023; Segura-García *et al.*, 2023).

Embora esta dimensão não tenha sido classificada neste estudo como *fraca*, o hospital participante beneficiaria de investimentos e iniciativas para melhorar esta dimensão, conforme percecionado pelos profissionais na escrita de comentários como: “*Maior acompanhamento de hierarquia superior*”; “*Não tenho muito a reportar, mas reparo que se existissem mais ações de formação qualificante e mais profissional direcionado a recém-chegados (...)*”. As CQS das instituições devem incluir no seu Plano de Ação medidas que envolvam, quer os profissionais, quer as lideranças em iniciativas de melhoria da SD.

O "Trabalho em equipa" revelou-se como a segunda dimensão com potencial de melhoria, o que significa que a maioria dos profissionais se entreajudam nos momentos de maior carga de trabalho e sentem que se trabalha como uma equipa eficaz. Esta percepção é estimulante para o desenvolvimento de estudos nesta matéria, no sentido de entender os fatores que levaram à obtenção deste resultado de forma a potenciá-lo, uma vez que o desempenho dos profissionais é influenciado pela qualidade do trabalho em equipa, o que pode levar à realização de EA (Camacho-Rodríguez *et al.*, 2022). O facto de 23 % da amostra ser constituída por profissionais que exercem funções no BO pode ter condicionado o resultado, na medida em que é um ambiente de trabalho que envolve tarefas complexas, dominadas pela pressão e pelo stress, onde a capacidade não técnica de trabalhar em equipa é crucial para o desenvolvimento de altas performances na prestação de cuidados, contribuindo para a redução de eventos de SD (Fragata, 2010). São apontadas na literatura como estratégias de melhoria do trabalho em equipa a formação, a aplicação de *briefings* e *defriefings*, recurso à simulação, no sentido de desenvolver competências de comunicação, fundamentais para o desenvolvimento e otimização do trabalho em equipa (Camacho-Rodríguez *et al.*, 2022; Khosravizadeh *et al.*, 2020; Mota *et al.*, 2019; Santos & Martinho, 2022).

Todavia, se há desrespeito na comunicação, a abertura para esta ficará igualmente fragilizada, como se poderá constatar à frente, na discussão dos resultados da dimensão "Abertura na comunicação". A manifestação pessoal dos participantes acerca destes domínios foi escrita por um profissional, que demonstra o seu desagrado ao alegar que *"o trabalho em equipa deixa muito a desejar"*. De ressaltar que *"um ambiente de trabalho seguro e saudável pode ajudar a criar uma cultura de trabalho positiva que incentiva o trabalho em equipa, a colaboração e o respeito entre colegas"* (Stewart, 2023, p.11).

Estes resultados ficaram aquém dos valores apresentados na maior parte dos estudos da ACSD (Eiras *et al.*, 2014; Hare *et al.*, 2022; Khosravizadeh *et al.*, 2020; Okuyama *et al.*, 2018; Reis *et al.*, 2023; Segura-García *et al.*, 2023), onde esta dimensão se apresenta com a pontuação mais elevada da ACSD.

A dimensão "Notificação de eventos de segurança do doente" foi a que apresentou os resultados mais baixos de positividade, traduzido em baixa frequência de notificação de eventos de SD e reportada por um dos participantes: *"acho que se poderia notificar mais eventos, mesmo os que não atingiram o doente, para que se possam evitar danos nos doentes."* Estes resultados podem estar relacionados com as barreiras à notificação de EA por parte dos profissionais, identificadas no estudo de Lima, S. *et al.* (2018), nomeadamente: a falta de conhecimento sobre os sistemas de notificação, a falta de cultura de reporte, a inexistência de *feedback* (relativamente à resolução das causas que

levaram à ocorrência do evento), a pressão no trabalho ou a sobrecarga de trabalho (Lima, S. *et al.*, 2018). Estes fatores são congruentes com a baixa positividade atribuída às dimensões “equipa e ritmo de trabalho”, “resposta ao erro” e “comunicação acerca do erro”, percecionadas como áreas críticas pelos participantes, que parecem justificar o facto de quase metade dos participantes não ter reportado nenhum evento de SD no último ano. Contudo, é notório que alguns dos participantes estão sensibilizados para a temática, abordada em comentários, em que consideram que deve haver: *“Mais informação sobre a importância de notificar no aplicativo interno Her+ e/ou no notifica; Formações obrigatórias sobre o aplicativo Her+”*.

Os resultados deste estudo, nesta dimensão são semelhantes aos encontrados por Wagner *et al.* (2013), num estudo conduzido na Holanda. De notar que vários estudos nesta área apresentam como resultado marcada fragilidade no âmbito da notificação de EA, o que vai de encontro aos resultados obtidos neste estudo e nas últimas avaliações realizadas em Portugal que, apesar da ligeira subida, (a última em 2018) apresenta um resultado crítico.

Esta dimensão constitui uma área de intervenção urgente, pelos resultados críticos apresentados. Face ao exposto, a gestão hospitalar implementar sistemas de notificação de incidentes de SD (com ressalva para a não culpabilização e confidencialidade de quem notifica, assim como a anonimização da informação notificada) acessíveis, anónimos e confidenciais, cujo objetivo é a análise, gestão e monitorização do processo de notificação, por via da informação gerada pelos profissionais e cidadãos, que permitam a implementação efetiva de ações corretivas das situações geradoras de dano ou (potencial dano), sendo bastante útil no suporte à tomada de decisão a nível institucional, regional e nacional (DGS, 2022).

Consubstanciado no 4º pilar do PNSD 2021-2026, constam os objetivos estratégicos de aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de SD no Sistema NOTIFICA®, sendo uma das metas: aumentar em 20 % a notificação de incidentes de segurança até 2026; promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de SD no sistema NOTIFICA®, apresentando como uma das ações *“100 % de consecução das metas de desenvolvimento do módulo de auditoria e de monitorização e feedback dos incidentes de segurança reportados no NOTIFICA, aos profissionais de saúde e cidadãos”* (Despacho n.º 9390/2021, p. 102). Esta realidade foi refletida por um dos participantes, que considerou a importância de *“Notificar mais incidentes de risco; maior acompanhamento de hierarquia superior”*.

Os resultados obtidos neste estudo, nesta dimensão, não vão de encontro aos resultados apresentados por Reis *et al.* (2023) e por Hare *et al.* (2022), colocando-se a hipótese da

diferença cultural destes dois países do continente americano, justificado pelo forte investimento e comprometimento da gestão com a SD (Ribeiro *et al.*, 2021).

No que concerne à “Equipa e ritmo de trabalho”, esta dimensão foi percecionada criticamente como uma das dimensões da CSD mais frágil (segunda com valores de positividade mais baixos). Ainda assim, com um resultado superior ao das últimas avaliações em Portugal (Barroso *et al.*, 2021), assim como noutros estudos (Azyabi *et al.*, 2021; Camacho-Rodríguez *et al.*, 2022; Khosravizadeh *et al.*, 2020; Segura-García *et al.*, 2023; Tartaglia Reis *et al.*, 2018). O trabalho de Wagner *et al.* (2013) da ACSD realizado em 3 países, de 3 continentes diferentes, apresenta resultados semelhantes à presente investigação em Taiwan e nos Países Baixos. Esta dimensão apresentou uma percentagem ainda mais baixa nos estudos de Eiras *et al.* (2014), Galvão *et al.* (2018), Okuyama *et al.* (2018) e Segura-García *et al.* (2023) e foi também a dimensão com positividade mais baixa do relatório da AHRQ de ACSD desta nova versão do questionário apresentado por Hare *et al.* (2022). No estudo de validação da versão 2.0 do *SOPS® Hospital Survey* para a população brasileira esta dimensão apresentou uma positividade mediana, ainda assim, foi a dimensão que apresentou a percentagem de respostas positivas mais baixa, ilustrando até que ponto as condições de trabalho (dotações de profissionais, carga horária, ritmo de trabalho) são essenciais para garantir a qualidade dos cuidados de saúde e a SD. Os resultados podem sugerir que os profissionais se sentem sobrecarregados por razões relacionadas com a falta de pessoal, por exemplo. Para Lee & Jeong (2018), a excessiva carga de trabalho pode incitar reações físicas, psicológicas e comportamentais negativas, sendo um foco de atenção no desempenho dos profissionais de saúde na prestação de cuidados.

Apesar do esforço do SNS, em geral, e do centro hospitalar onde decorreu a investigação, em particular, em reforçar as equipas de profissionais/colaboradores, parece que não é suficiente face às atuais exigências com que as instituições se deparam, patente no comentário de dois participantes *“Rever a dimensão do hospital e a política de recursos humanos. O hospital está subdimensionado relativamente à quantidade de população que abrange. Construído para metade da sua área de afluência, há imperiosa necessidade de se proceder à revisão da sua dimensão estrutural e, por essa via, dos quadros de recursos humanos”*; *“(…) fazer se tudo com mais calma”*.

Atualmente, os contextos de cuidados são ambientes complexos, nos quais os profissionais de saúde vivem e se desenvolvem, constituídos por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais que condicionam e influenciam os processos de trabalho (Carvalho *et al.*, 2019). Este fenómeno pode também ser explicado pela sobrecarga de trabalho constatada no momento de recolha de dados, tendo correspondido

um período de grande afluência de doentes ao hospital, refletindo-se em todos os serviços e departamentos o aumento da carga de trabalho. De entre os 42 comentários dos participantes, 10 estão relacionados com a dimensão “Equipa e ritmo de trabalho”, refletindo as suas inquietações relativamente às condições de trabalho “(...) *contratar mais profissionais de saúde para impedir que existam pessoas a fazer mais de 90 horas semanais*”; “listas cirúrgicas por vezes demasiado extensas”; “(...) *melhores materiais; mais profissionais (...)*”. Urge a necessidade de implementação de estratégias de melhoria de rácios, reorganização dos serviços e recursos, de forma a dar resposta aos problemas expostos, que podem afetar negativamente a SD.

A fragilidade da dimensão “Comunicação acerca do erro” foi espelhada na baixa concordância dos profissionais relativamente à informação acerca de erros que ocorrem nos seus locais de trabalho e à informação acerca das mudanças realizadas, com base em eventos reportados. Sobre esta matéria, um participante manifestou-se por escrito, referindo que “*Sempre que é feito o registo (Her+) de evento, quem o realiza e o seu gestor deveriam tomar conhecimento das medidas implementadas, o que não acontece, criando a sensação de que ‘não vale a pena’ a notificação*” (...). Esta fragilidade é igualmente encontrada no estudo de Galvão *et al.* (2018). Esta dimensão, como oportunidade de melhoria, surge nas últimas ACSD em Portugal e em alguns estudos (Eiras *et al.*, 2014; Okuyama *et al.*, 2018; Wagner *et al.*, 2013) e, noutros, apresenta-se com resultados contraditórios (Hare *et al.*, 2022; Reis *et al.*, 2023; Segura-García *et al.*, 2023). Considera-se que a formação em SD e gestão do risco a todos os profissionais torna-se uma atividade essencial para aumentar a positividade da dimensão, a par do estímulo à notificação e do *feedback* do tratamento dos casos notificados.

A dimensão “Resposta ao Erro” representa uma área de intervenção prioritária por parte da instituição hospitalar, pois metade dos participantes consideram que os erros são utilizados contra eles (item A6), em convergência com os resultados obtidos no estudo de Segura-García *et al.* (2023) num hospital espanhol e de Khosravizadeh *et al.* (2020), mas claramente abaixo dos resultados de Reis *et al.* (2023) e de Hare *et al.* (2023). As últimas avaliações da CSD em Portugal revelaram valores percentuais positivos inferiores ao da presente investigação, assim como o estudo de Eiras *et al.* (2014) e o estudo de Galvão (2018). Os profissionais reconhecem a necessidade da notificação, num ambiente justo e não punitivo, “*Formações anuais a todos os funcionários sobre cultura de segurança; incentivo à notificação e mudança de paradigma acerca da culpabilização na notificação*”, explicado pelo aumento percentual da ACSD nesta dimensão. Contudo, é ainda um forte indicador de uma cultura punitiva, podendo traduzir-se em medo em notificar (comportamento ainda intrínseco na cultura organizacional portuguesa), constituindo uma

das limitações à notificação (Lima, S. *et al.*, 2018). As organizações devem fomentar a notificação por parte dos profissionais e dos doentes de todo o tipo de eventos. Todavia, é indispensável o *feedback* do tratamento dos casos reportados e a formação em SD a todos os profissionais das instituições de saúde.

A “Aprendizagem organizacional e melhoria contínua”, obteve um resultado com potencial de melhoria, o que significa que grande parte dos profissionais concordam ou concordam totalmente que o serviço revê com regularidade os procedimentos e que as mudanças nos seus contextos de trabalho são avaliadas quanto à sua eficácia. Este resultado ficou muito abaixo dos resultados obtidos nos estudos de Wagner *et al.* (2013) (em Taiwan e nos EUA), de Okuyama *et al.* (2018), Hare *et al.* (2022) e de Reis *et al.* (2023), com valores reveladores de uma CSD forte nesta dimensão. Resultados não muito díspares do presente estudo de investigação estão descritos nos estudos de Galvão *et al.* (2018), Segura-García *et al.* (2023) e num estudo mais anterior de Eiras *et al.* (2014) de validação do SOPS®, versão 1.0, para a população portuguesa, alinhando-se com os resultados das últimas avaliações nacionais da ACSD.

A aprendizagem com o erro é fundamental para as organizações colmatarem as falhas e otimizarem estratégias de prevenção de incidentes de SD. Para tal, é necessária uma cultura justa, não culpabilizante (Fragata, 2010), favorável às práticas e com avaliação do impacto das mudanças. É fundamental a implementação de ações de melhoria ao nível de revisão de procedimentos e instruções de trabalho, o recurso à notificação para fomentar a reflexão acerca das causas dos erros, de forma a evitar a sua repetição, tornando-o um fator de crescimento e aprendizagem coletiva nas organizações (Azyabi *et al.*, 2021). Os participantes manifestaram-se significativamente acerca desta matéria, deixando os seus comentários por escrito, com oportunidade de sugestões de melhoria *“Alteração da aplicação ASIS que gere os resultados laboratoriais da medicina transfusional. Este software não cruza dados laboratoriais importantes e não deteta erros que podem comprometer a segurança transfusional do doente”* e reflexão das práticas *“Implementar medidas de prevenção na segurança do doente; Corrigir erros cometidos analisando a causa /origem e não a pessoa que o cometeu; Formar /informar todos os profissionais sobre medidas, ideias a adotar na melhoria da segurança do doente (...)”*.

A fragilidade desta dimensão “Comunicação acerca do erro” foi espelhada na baixa concordância dos profissionais relativamente à informação acerca de erros que ocorrem nos seus locais de trabalho e acerca das mudanças realizadas, com base em eventos reportados. Sobre esta matéria, um participante manifestou-se por escrito, referindo que *“Sempre que é feito o registo (Her+) de evento, quem o realiza e o seu gestor deveriam tomar conhecimento das medidas implementadas, o que não acontece, criando a sensação*

de que ‘*não vale a pena*’ a notificação” (...). Esta fragilidade é igualmente encontrada no estudo de Galvão *et al.* (2018). Esta dimensão, como oportunidade de melhoria, surge nas últimas ACSD em Portugal e em alguns estudos (Eiras *et al.*, 2014; Okuyama *et al.*, 2018; Wagner *et al.*, 2013) e noutros apresenta-se com resultados contraditórios (Hare *et al.*, 2022; Reis *et al.*, 2023; Segura-García *et al.*, 2023). A formação em SD e gestão do risco a todos os profissionais torna-se uma atividade essencial para aumentar a positividade da dimensão, assim como o estímulo à notificação e o *feedback* do tratamento dos casos notificados.

A dimensão “Abertura na comunicação” apresentou um resultado com grande potencial de melhoria, na medida em que a maioria dos participantes consideram que falam livremente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados para com o doente, ou se sentem à vontade para questionar as decisões e ações dos superiores hierárquicos. Ainda reside o medo de questionar quando constatarem o comprometimento da SD, resultado correlacionado com a baixa positividade da dimensão “Resposta ao erro”. Resultados semelhantes aos deste estudo, nesta dimensão, constam nos estudos de Eiras *et al.* (2014), e nas avaliações nacionais de 2014, 2016 e 2018. Quase uma década depois, verifica-se que não existem alterações significativas na cultura interna das organizações portuguesas para comunicarem abertamente (Barroso *et al.*, 2021), opondo-se aos resultados favoráveis para esta dimensão dos estudos de Hare *et al.* (2022) e de Segura-García *et al.* (2023). Da pesquisa realizada, constata-se que o Brasil e Taiwan apresentam resultados abaixo dos apresentados nesta investigação, constituindo uma dimensão crítica para estes países e suas organizações de saúde (Galvão *et al.*, 2018; Wagner *et al.*, 2013).

A comunicação é o substrato para a realização de um trabalho seguro no seio das organizações e é imprescindível para o trabalho em equipa, contribuindo para a minimização do erro. Este fator foi fortemente evidenciado e percecionado neste estudo, tendo sido explanado pelo comentário de um dos participantes: “*deveria haver mais diálogo entre todos os profissionais (...)*”. Este resultado parece transparecer a necessidade de desenvolvimento de competências e/ou técnicas de comunicação, da sensibilização de todos os profissionais (numa dissolução hierárquica de poder) para a importância do trabalho em equipa, da liderança e da comunicação aberta numa cultura positiva de questionamento, protetora da ocorrência de EA.

Relativamente à dimensão “Apoio da gestão hospitalar na segurança do doente” observou-se uma percentagem positiva ligeiramente abaixo das médias nacionais dos últimos anos e superior aos dados de Eiras *et al.* (2014). Esta dimensão está no limiar de ser considerada uma área frágil/crítica de intervenção, pelo que carece de particular atenção/reflexão, espelhada nas críticas construtivas dos profissionais, nos seus múltiplos comentários acerca

desta temática, de que são exemplo: *“Melhor material, está muito danificado e por vezes coloca a segurança do doente em causa”*; *“Rever a dimensão do hospital e a política de recursos humanos. O hospital está subdimensionado relativamente à quantidade de população que abrange. (...) há imperiosa necessidade de se proceder à revisão da sua dimensão estrutural e, por essa via, dos quadros de recursos humanos.”*; *“Aumentar o hospital. Quando passamos no corredor das urgências parte o coração ver doentes ‘entregues ao seu destino’. A mão dos profissionais não chega para tanta gente”*. De salientar, novamente, que a recolha de dados foi efetuada num período crítico, de grande afluência de doentes ao centro hospitalar onde se realizou o estudo. Não obstante, a perceção ao nível estrutural parece ser mais consistente no tempo e não uma perceção sazonal, estando representada em 49 % de concordância no item F2 desta dimensão. Apesar da dimensão *“Apoio do supervisor/gestor/diretor clínico à segurança do doente”* ter apresentado a percentagem positiva mais elevada deste estudo de investigação, revelando o agrado dos participantes relativamente ao apoio das suas lideranças (diretas, intermédias e de topo) na SD, o mesmo não ocorre relativamente ao apoio que sentem por parte da gestão hospitalar, manifestado pela baixa positividade de respostas ao item F3 e em comentários como *“A gestão hospitalar parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso”*. Supõe-se que os profissionais percecionam que a gestão desta instituição não atua proactivamente na CSD e não sentem que a SD seja uma prioridade das políticas institucionais, o que converge com as preocupações descritas anteriormente e coincide com os resultados dos estudos de Okuyama *et al.* (2018) e de Segura-Garcia *et al.* (2023). O apoio da gestão hospitalar é a garantia do desenvolvimento de uma CSD segura e eficaz e a gestão de topo deve ser a primeira a comprometer-se (Draganović & Offermanns, 2022; Pires *et al.*, 2021).

Relativamente à dimensão *“Transições e troca de informação”*, os resultados são semelhantes aos encontrados por Segura-García *et al.* (2023). Com mais um ponto percentual obteve a última ACSD nacional em 2018 (Eiras, 2021) e menos um ponto percentual apresentou o estudo de Eiras (2014). Seria expectável que ao longo da última década os resultados obtidos fossem mais favoráveis, mas em termos de *benchmarking* nacional não se verifica uma evolução significativa dos resultados. A dimensão apresenta um potencial de melhoria nos estudos de Reis *et al.* (2023) e de Hare *et al.* (2022) e apresenta-se como uma dimensão frágil da CSD em vários estudos (*e.g.*, Galvão *et al.*, 2018; Okuyama *et al.*, 2018; Wagner *et al.*, 2013).

Neste estudo, apenas metade dos participantes considera que há tempo suficiente para a partilha de informação relevante sobre os cuidados ao doente, durante as passagens de turno (item F6), o que revela uma grande necessidade de continuar o desenvolvimento e

implementação de estratégias/ferramentas mais eficazes de comunicação para as transições (turnos e serviços) e para as altas (DGS, 2015d). A omissão de informação (dentro ou entre os serviços/unidades) são lacunas da comunicação que comprometem a continuidade de cuidados e, simultaneamente, o risco de incidente de segurança dos doentes. Uma das causas para isto pode ser a escassez de tempo para o fazer, conforme refere um dos profissionais: *“O tempo contabilizado pelo hospital para a passagem de turnos dos enfermeiros é de 30 minutos, o que se revela insuficiente para a correta e completa passagem de turno dos diferentes doentes internados no serviço”*.

O PNSD 2021-2026 apresenta como 3º Pilar - Comunicação, enfatizando a importância da comunicação em saúde (Despacho nº 9390/2021 p.100):

“A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os 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”.

É recomendada a realização de *handoffs* estruturados, com recurso à técnica ISBAR, como forma de colmatar algumas das lacunas relativamente às transições e troca de informação, conforme a norma da 001/2017 da DGS. A qualidade da transição dos cuidados de saúde é um elemento fundamental na SD, estando associada à diminuição de EA e, consequente, à diminuição da mortalidade, tendo em consideração que a evidência mostra que até 70 % dos EA na saúde ocorrem devido a falhas de comunicação entre profissionais, durante os momentos de transição de cuidados do doente (DGS, 2017). O mesmo documento adverte para a efetividade da implementação da metodologia ISBAR e do seu cumprimento com responsabilização das direções clínicas das instituições prestadoras de cuidados, tendo sido este processo já iniciado no centro hospitalar onde se realizou o estudo de investigação.

Na classificação global da SD, a percentagem média de respostas positivas ao item foi baixa. Contudo, quase metade dos participantes consideram que a segurança do doente é “boa”, em linha com os resultados do estudo de Galvão *et al.* (2018).

A CSD do centro hospitalar onde se realizou o presente estudo tem um potencial de melhoria considerável, sendo a prática baseada na evidência uma das recomendações para melhorar cada uma das dimensões (Draganović & Offermanns, 2022).

8. Conclusão

Este estudo de investigação permitiu descrever a CS de um centro hospitalar da região norte de Portugal, caracterizando-a com base nos resultados emergentes da avaliação das dimensões da CSD percebida pelos profissionais.

Os profissionais de saúde e os demais colaboradores sentem apoio do seu supervisor/gestor/diretor clínico relativamente à SD, tendo sido esta a dimensão com valores percentuais médios positivos mais elevados. Ainda assim, este resultado ficou aquém das expectativas relativamente aos valores considerados favoráveis. Alinhada com este resultado, está a percepção dos profissionais relativamente à classificação geral da SD na sua instituição que na sua maioria foi considerada como “Boa”.

A dimensão com positividade mais baixa apresentada foi “Notificação de Eventos de Segurança do Doente”, em que, de forma síncrona, constata-se que quase metade dos profissionais assumiu não ter notificado nenhum evento de SD no último ano. Os resultados são consonantes com literatura científica nacional e internacional sobre esta temática.

A fragilidade da CSD, nesta e noutras dimensões (“Equipa e Ritmo de Trabalho”, “Resposta ao Erro” e “Comunicação acerca do Erro”), revela que estas constituem áreas críticas/problemáticas de atuação, pelo que representam matérias prioritárias de atuação nas políticas de saúde da instituição.

As restantes dimensões: “Trabalho em Equipa”, “Aprendizagem Organizacional – Melhoria Contínua”, “Abertura na Comunicação”, “Apoio à Segurança do Doente pela Direção do Hospital” e “Transições e Troca de Informação” são áreas e/ou aspetos com potencial de melhoria.

A escassez de recursos humanos e materiais é comprometedora da SD, sendo referida inúmeras vezes nos comentários dos participantes, e mantém-se a falta de uma cultura de notificação, também comentada pelos participantes.

O presente estudo de investigação comprova que a percepção que os profissionais têm acerca da CSD se encontra, ainda, longe do desejável, pelo que se considera que a CSD nos hospitais deve continuar a ser avaliada.

Espera-se que este estudo contribua para a promoção da SD e que os resultados obtidos permitam uma possível intervenção de melhoria contínua no desempenho das

competências dos profissionais, tendo como foco a SD. O impacto desta investigação passa pela divulgação dos resultados ao Conselho de Administração, a todos os líderes e a todos os profissionais, de forma a sensibilizar e envolver todas as partes neste processo de melhoria contínua das práticas. Espera-se, ainda, a incrementação do conhecimento disciplinar da enfermagem, dando maior visibilidade à profissão, criando valor para a pessoa/profissional e para as organizações.

Consideram-se como limitações do presente estudo a reduzida amostra (304 participantes, que correspondem a 9,12 % da população), consequência do curto espaço temporal para a recolha de dados, considerando a necessidade de término do presente curso de mestrado. O facto de a amostra estar concentrada em alguns serviços (como é o caso do BO) e não haver maior representatividade de todos os serviços clínicos e departamentos da instituição hospitalar é também uma fragilidade deste trabalho. Para além disso, sendo uma seleção da amostra não probabilística não garante a sua representatividade, limitando a generalização dos resultados e conclusões para a população. Uma outra limitação encontrada foi o facto do α -Cronbach apresentar um valor inferior a 0,7 em 3 dimensões da ACSD, o que pode comprometer a fiabilidade dos dados. O facto de ter sido aplicada uma nova versão de um questionário limitou a discussão dos resultados em algumas dimensões em alguns resultados, por não haver, ainda, muitos estudos com a versão atualizada do *SOPS® Hospital Survey 2.0*.

Surge, então, a necessidade de continuar a desenvolver estudos de investigação no âmbito da SD, para mitigar os erros e aprender com os incidentes de SD, de forma a aumentar a CSD das instituições e tornar os sistemas de saúde mais seguros, com vista ao alcance da excelência dos cuidados.

Pretende-se dar continuidade a esta investigação, almejando a supressão de algumas das limitações apresentadas e, consequentemente, incrementar o contributo para um estudo mais alargado de validação do questionário para a população portuguesa, possibilitando às organizações de saúde nacionais a continuidade da avaliação da CSD com um instrumento atualizado e mais adaptado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A frequência desta UC proporcionou um vasto conjunto de experiências, aprendizagens e partilha de conhecimento, fomentando a construção e desenvolvimento de competências numa área de especialização ainda recente em Portugal – Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O processo de aprendizagem foi eficientemente desenvolvido pela sistemática reflexão crítica acerca das práticas, baseado em evidência científica, um mecanismo basilar para a consciencialização das dificuldades e adoção de novas estratégias, com vista ao alcance das competências de EEEMCEPSP e de mestre. Este constitui um veículo para a superação dos objetivos delineados para cada contexto de estágio.

Promoveu-se e disseminou-se conhecimento científico, pertinente e atualizado, através de formação realizada em serviço (em ambos os momentos de estágio) e documentação elaborada (como são exemplo as normas e instrução de trabalho, fichas cirúrgicas, póster resumo com *QRcode*).

Participou-se em vários eventos científicos e, em alguns deles, com a divulgação de resultados preliminares decorrentes da investigação no âmbito da CSD. Participou-se no prémio de estímulo à investigação em enfermagem, promovido pelo centro hospitalar onde se realizaram os dois momentos de estágio e o respetivo estudo de investigação, com a concomitante oportunidade de prenúncio dos resultados ao Centro de Investigação e Formação, Direção de Enfermagem e Conselho de Administração.

Assim, e de acordo com o preâmbulo do capítulo da componente de investigação, este estudo cumpre com o propósito de contribuir para a promoção e dinamização da investigação em enfermagem, na (auto)implicação de todos, por via do desenvolvimento de competências de liderança em enfermagem.

A originalidade do estudo de investigação realizado fez jus às competências legisladas para este ciclo de estudos, apresenta novos resultados no âmbito da SD e cria valor para a pessoa e para as Ciências da Enfermagem. Considera-se, ainda, que a presente investigação acrescenta conhecimento acerca da CSD, percecionada pelos profissionais de saúde, contribuiu para o aumento da sensibilização destes para a problemática. Constituiu, ainda, um potencial de diagnóstico, identificando as dimensões da CSD com necessidades de melhoria, cumprindo-se com as finalidades deste trabalho de investigação.

A CSD foi caracterizada, o objetivo inicialmente delineado foi cumprido e as finalidades do estudo de investigação desenvolvidas, apesar dos desafios encontrados nas várias etapas do processo de investigação.

Sugere-se, de forma contínua e dinâmica, a continuidade do estudo, a divulgação dos resultados a todos os níveis hierárquicos, com a reflexão e criação de estratégias organizacionais acerca da SD, com vista à ascensão da CSD e que resultem num impacto direto na prestação de cuidados aos cidadãos - utilizadores dos sistemas de saúde. E sendo verdade que a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde se mede, principalmente, pelos ganhos obtidos em eficiência e efetividade da sua prestação, é indiscutível que estes ganhos só serão significativos se for melhorada a sua segurança. O não cumprimento dos padrões das dimensões de CS tem um impacto direto nos doentes, profissionais e na instituição hospitalar.

Projeta-se a continuidade do estudo de investigação, também de forma a ultimar a validação da nova versão do questionário (*SOPS® hospital survey 2.0*) para a população portuguesa, para que possa constituir-se como uma adequada ferramenta para as organizações de saúde continuarem a monitorizar a CSD nos hospitais portugueses.

E, assim, neste epílogo, reconhece-se que a mudança de paradigma para uma enfermagem com mais investigação é o caminho para a valorização do conhecimento e das competências, numa prática profissional mais autónoma e autossuficiente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico, fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Formasau
- Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS). (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. Ministério da Saúde. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes-Tecnicas_Bloco-Operatorio_2011.pdf
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta
- AESOP (2019). *PND 2019: dia europeu do enfermeiro perioperatório*. https://www.aesop-enfermeiros.org/pnd_2019/
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). *Surveys on Patient Safety Culture™*. <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>
- Álvares, M. (2021). *Introdução à investigação quantitativa e análise SPSS*. Universidade Aberta. https://repositorioaberto.uab.pt/bitstream/10400.2/10529/1/E_book_Quantitativos%20%281%29.pdf
- American Cancer Society (ACS). (2022). *Formaldehyde and Cancer Risk What is formaldehyde?* <https://www.cancer.org/about-us/policies/content-usage.html>
- Amiri, M., Khademian, Z., & Nikandish, R. (2018). The effect of nurse empowerment educational program on patient safety culture: A randomized controlled trial. *BMC Medical Education*, 18(1). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1255-6>
- Araújo, I., Souza, M., Gomes, J., Ferreira, V., Corgozinho, M., Oliveira, E., Brandão, V., Souza, L., Oliveira, F., Mendes, K., & Sousa, F., (2022). Conflitos ético-morais na assistência de enfermagem no período perioperatório. *Health Residencies Journal* 3(14), 890–911. <https://doi.org/10.51723/hrj.v3i14.317>
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2018a). Introduction to the AORN guidelines for perioperative practice. In AORN (Ed.) *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 1-5). Denver: AORN Inc. ISBN: 978-0939583089
- AORN. (2018b). Guideline Summary: Medication Safety. *AORN journal*, 107(4), 489-494
- Assunção, M. (2022). *O processo de integração dos enfermeiros em contexto de bloco operatório* [Tese de Mestrado] Escola Superior de Enfermagem de Coimbra file:///C:/Users/SDIB/Downloads/D2021_10001822122_21816003_2.pdf
- Azyabi, A., Karwowski, W., & Davahli, M. R. (2021). Assessing patient safety culture in hospital settings. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(5), 1-36). MDPI AG. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>
- Ball, H. L. (2019). Conducting Online Surveys. *Journal of Human Lactation*, 35(3), 413–417. <https://doi.org/10.1177/0890334419848734>
- Barbeito, A., Agarwala, A. V., & Lorinc, A. (2018). Handovers in Perioperative Care. *Anesthesiology Clinics*. 36(1), 87–98). <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2017.10.007>

- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia Prático para a segurança do doente* (1ª ed). Lidel
- Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). Perioperative strategies for surgical site infection prevention. *AORN Journal*, 109(1), 68–78. <https://doi.org/10.1002/aorn.12451>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto
- Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. AORN. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1
- Berry, J. C., Davis, J. T., Bartman, T., Hafer, C. C., Lieb, L. M., Khan, N., & Brilli, R. J. (2020). Improved safety culture and teamwork climate are associated with decreases in patient harm and hospital mortality across a hospital system. *Journal of patient safety*, 16(2), 130-136. <https://doi: 10.1097 / PTS.0000000000000251>
- Camacho-Rodríguez, D. E., Carrasquilla-Baza, D. A., Dominguez-Cancino, K. A., & Palmieri, P. A. (2022). Patient Safety Culture in Latin American Hospitals: A Systematic Review with Meta-Analysis. In *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 19(21), 14380. <https://doi.org/10.3390/ijerph192114380>
- Carvalho, A., Barroso, C., Pereira, M. A., Teixeira, A. P., Pinho, F., & Osório, M. (2019). *Implementação de um modelo de Supervisão Clínica em Enfermagem - Manual Prático*. ESEP. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/31971/4/978-989-98443-9-1-ebookversion.pdf>
- Carvalho, C., Zambujal, F., Marques, P., Ribeiro, V., Mota, L. & Príncipe, F. (2023). *O cliente na tomada de decisão em cirurgia de ambulatório: Scoping Review*. In Liliana, M. (Ed.), *Prática Baseada na Evidência na Enfermagem Especializada*. (pp. 55-61). ESSNorteCVP
- Çelik Durmuş, S., & Kirca, K. (2019). Leadership Styles in Nursing. In *Nursing - New Perspectives*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.89679>
- Celik, B., Karayurt, Ö., & Ogce, F. (2019). The Effect of Selected Risk Factors on Perioperative Pressure Injury Development. *AORN Journal*, 110(1), 29–38. <https://doi.org/10.1002/aorn.12725>
- Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA) (2008). *Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no doente*. <http://docplayer.com.br/17595121-Relatorio-preliminar-cirurgia-de-ambulatorioum-modelo-de-qualidade-centrado-no-utente.html>
- Davidson, J. (2014). Why a column on ambulatory best practices? *AORN Journal*, 99(5), 612–615. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.01.018>
- Decreto-Lei nº 259/98 de 18 de agosto. Diário da República n.º 189 de 18-8-1998, I série- A. Presidência do Conselho de Ministros. <https://files.dre.pt/1s/1998/08/189a00/40534062.pdf>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Diário da República n.º 157/2018, Série I de 2018-08-16. Presidência do Conselho de Ministros. Lisboa, Portugal. <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>
- Despacho nº 1380/2018, de 8 de fevereiro (2018). *Diário da República nº 28 II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde.

https://iasaude.pt/attachments/article/3824/despacho_1380_2018_cirurgia_ambulatorio.pdf

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio (2015). *Diário da República nº102. II Série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto do Ministro da Saúde. https://static.sanchoeassociados.com/DireitoMedicina/Omlegissum/legislacao2015/Maio/Desp_5613_2015.pdf

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). *Diário da República nº 187. II série*. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde (DGS). (2001). *Manual e Normas e Procedimentos para um Serviço Central de Esterilização Em Estabelecimentos de Saúde*. Direcção-Geral das Instalações e Equipamentos da Saúde, Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde. Lisboa. ISBN 972-9425-96-5. www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-normas-e-procedimentos-para-um-servico-central-de-esterilizacao-em-estabelecimentos-de-saude-central-de-esterilizacao-pdf.aspx

DGS. (2003). *A Dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da Dor*. Ministério da Saúde. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/circular-normativa-n-9dgcg-de-14062003-pdf.aspx>

DGS. (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009, Cirurgia Segura Salva Vidas (Safe Surgery Saves Lives)*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

DGS. (2011a). *Escala de Braden: Versão Adulto e Pediátrica - Braden Q* (Orientação 017/2011 de 19 de maio). Ministério da Saúde. https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/orientacao_ulceraspdf-pdf.aspx

DGS. (2011b). *Estrutura Conceptual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente: Relatório técnico*. Ministério da Saúde. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/?sequence=4>

DGS. (2015a). *Orientação 014/2015 de 17/12/2015: Processo de Gestão da Medicação*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

DGS. (2015b). *Norma n.º 014/2015 de 6 de agosto: Medicamentos de alerta máximo*. DGS: Departamento da Qualidade na Saúde, (1-7). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>

DGS. (2015c). *Norma n.º 020/2014: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

DGS. (2015d). *Relatório Segurança dos Doentes, Avaliação da Cultura nos Hospitais*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx>

DGS. (2017). *Norma n.º 001/2017 de 08/02/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-desade.Pdf>

- DGS. (2018). *Norma 005/2018 de 20/02/2018: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais*. Segurança do Doente nos hospitais. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/2452/i024431.pdf
- DGS. (2022a). *Norma nº 017/2022: Notificação e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente*. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma_017_2022-de-19_12_2022-pdf.aspx
- DGS. (2022b). *Norma clínica 020/2015: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Draganović, Š., & Offermanns, G. (2022). Patient safety culture in Austria and recommendations of evidence-based instruments for improving patient safety. *PloS One*, 17(10), e0274805. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274805>
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel
- Eiras, M., Escoval, A., Grillo, I. M., & Silva-Fortes, C. (2014). The hospital survey on patient safety culture in Portuguese hospitals: Instrument validity and reliability. *International Journal of Health Care Quality Assurance*, 27(2), 111–122. <https://doi.org/10.1108/IJHCQA-07-2012-0072>
- Eiras, M. (2021). Cultura de Segurança do Doente: *Novos Desafios para uma Mudança de Paradigma*. In Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente* (pp. 41-50). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- ERS. (2023). *Entidade Reguladora da Saúde*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Figueiredo, A., Potra, T., & Lucas, P. (2020). Transição de cuidados de enfermagem: ISBAR na promoção da segurança dos doentes: revisão scoping. *Revista Internacional de Comunicación* 49, 32-48 <https://doi.org/10.12795/Ambitos>
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17-26 <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98508/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a03%20-%20p17-26.pdf>
- Galvão, T. F., Lopes, M. C. C., Oliva, C. C. C., De Almeida, M. E. A., & Silva, M. T. (2018). Patient safety culture in a university hospital. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 26, e3014. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2257.3014>
- Garcia, P., Ferreira, B. & Sales, L. (2021). *Simulação para a Promoção da Segurança do Doente*. In Barroso et al. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (pp. 343-350). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Hare, R., Tapia, A., Tyler, E. R., Fan, L., Ji, S., Yount, N. D., Sorra, J., & Famolaro, T. (2022). *Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Hospital Survey 2.0 : 2022 User Database*. AHRQ. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/2022-hsops2-database-report.pdf>
- He, W., Liu, P., & Chen, H. L. (2012). The Braden Scale cannot be used alone for assessing pressure ulcer risk in surgical patients: a meta-analysis. *Ostomy/wound management*, 58(2), 34-40. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22316631/>

- Higham, H., & Baxendale, B. (2017). To err is human: Use of simulation to enhance training and patient safety in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 119(supl.1), 106-114. <https://doi.org/10.1093/bja/aex302>
- INE. (2023). *Instituto Nacional de Estatística*. www.ine.pt
- ISO. (2020). *ISO 26825:2020 Anaesthetic and respiratory equipment: User-applied labels for syringes containing drugs used during anaesthesia: Colours, design and performance*. <https://www.iso.org/standard/76678.html>
- Kakemam, E., Hajizadeh, A., Azarmi, M., Zahedi, H., Gholizadeh, M., & Roh, Y. S. (2021). Nurses' perception of teamwork and its relationship with the occurrence and reporting of adverse events: A questionnaire survey in teaching hospitals. *Journal of Nursing Management*, 29(5), 1189–1198. <https://doi.org/10.1111/jonm.13257>
- Kärki, T., & Suetens, C. (2017). *Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals HAI-Net SSI protocol, version 2.2 Surveillance of surgical site infections and prevention indicators in European hospitals*. ECDC <https://doi.org/10.2900/260119>
- Khosravizadeh, O., Mohseni, M., Baghian, N., Maleki, A., Hashtroodi, A., & Yari, S. (2020). Front-line staff's perspective on patient safety culture in Iranian medical centers: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Risk and Safety in Medicine*, 31(4), 193-207. <https://doi.org/10.3233/JRS-191021>
- Le Boterf, G. (2003). *Desenvolvendo a competência dos profissionais*, Artmed.
- Le Boterf, G. (2005). *Construir as competências individuais e colectivas: resposta a 80 questões*. Porto: Asa Editores.
- Lee, S. & Jeong, I. S. (2018). A Resource-Based Relative Value for Clinical Research Nurses' Workload. *Therapeutic Innovation & Regulatory Science*, 52(3), 313–320. <https://doi.org/10.1177/2168479017731585>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de março (2014). *Diário da República n.º 57, I Série*. Assembleia da República. - Lei consolidando a legislação em matéria de direitos e deveres do utente dos serviços de saúde. <https://files.diariodarepublica.pt/1s/2014/03/05700/0212702131.pdf>
- Lei nº156/2015 de 16 setembro (2015). *Diário da República n.º 181, I Série*. Assembleia da República. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/156-2015-70309896>
- Lima, L., Junior, J., & Luna, Y. Luna, G. (2018). Desenvolvimento sustentável, sustentabilidade e saúde: uma revisão. *Ciência e Sustentabilidade*. 4(2), 133. 10.33809/2447-4606.422018133-150
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Health professionals' perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(19), 99–106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Link, T. (2019). Guideline Implementation: Sterilization. *AORN Journal*, 109(6), 772-782. <https://doi.org/10.1002/aorn.12668>
- Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Lopes, M., Sofia, G., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. Ordem dos

- Enfermeiros.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenf_ermagem_inesctecabril2018.pdf
- Martins, D. F., & Benito, L. A. O. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas: Ciências Da Saúde*, 14(2), 153-166
<https://doi.org/10.5102/ucs.v14i2.3810>
- Mendes, D. I. A., & Ferrito, C. R. C. (2021). Preoperative nursing consultations: Implementation and evaluation. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2021(8).
<https://doi.org/10.12707/RV20216>
- Mota, A. S. C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. F. P. (2021). Practice environment and patient safety in the operating room: Predictive dimensions. *Cogitare Enfermagem*, 26, e82289. <https://doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>
- Mota, L., Maia, C., Soares, F., Marreiros, T., Silva, A. R., & Freitas, R. (2019). Perspetiva dos estudantes e docentes acerca do debriefing na prática simulada. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 2(1), 41-50.
<https://doi.org/https://doi.org/10.37914/riis.v2i1.46>
- Mota, L., Monteiro, C., Pacheco, C., Francisca, M., Amador, R., & Oliveira, T. (2021). Fatores que influenciam a prática simulada na formação em enfermagem: scoping review. *Millenium*, 2(16), 57-63.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/24976/18755>
- Mota, S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem* [Tese de Doutoramento].
<https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/140139>
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: Interview study. *BMJ Quality and Safety*, 21(10), 843-849.
<https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
- Nelson, R. (2018). Ambulatory Surgery Centers: Are They Safe?. *American Journal of Nursing*, 118(10), 15-16. <http://journals.lww.com/ajnonline>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem, teoria e prática*. Lidel
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: a tool for improving patient safety in healthcare organizations. *BMJ* 12(2), 17-23.
http://dx.doi.org/10.1136/qhc.12.suppl_2.ii17
- Nunes, L. (2020). *Aspetos éticos na investigação de enfermagem*. Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.
https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf
- Okuyama, J. H. H., Galvao, T. F., & Silva, M. T. (2018). Healthcare professional's perception of patient safety measured by the hospital survey on patient safety culture: A systematic review and meta-analysis. *The Scientific World Journal*, 2018, 1-11 Hindawi Limited. <https://doi.org/10.1155/2018/9156301>
- Ordem dos Enfermeiros (OE). (2012). *Parecer CJ 80/2012* aprovado a 21 fevereiro 2014. Intervenções da Responsabilidade do Enfermeiro. (1-3).
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_80_2012_Marcacao_de_Local_Cirurgico.pdf

- OE. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- OE, (2017). *Assembleia extraordinária do colégio da especialidade de enfermagem médico-cirúrgica: padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica*. Ordem dos enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Paixão, Q. L. da, Batista, M. M. C. M., & Oliveira, Marluce A. N. (2021). Dilemas éticos vivenciados pela equipe de enfermagem no cuidado perioperatório frente às iatrogenias/ ethical dilemmas experienced by the team nursing in perioperative care in front of iatrogenias. *Brazilian Journal of Development*, 7(2), 17123–17142. <https://doi.org/10.34117/bjdv7n2-372>
- Pande, T., & Naidu, C. S. (2020). Mesh infection in cases of polypropylene mesh hernioplasty. *Hernia*, 24(4), 849–856. <https://doi.org/10.1007/s10029-020-02142-5>
- Pinto, J. R. L., & Sarnadas, L. L. (2020). Translation and adaptation of the ambulatory surgery center survey on patient safety culture into the Portuguese context. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(1), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RIV19062>
- Pinto, J. R. L., Matias, A. C. R., & Sarnadas, L. L. (2020). Nurses' assessment of patient safety culture in ambulatory surgery: Scoping review protocol. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2020(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/RV20059>
- Pires, S., Ramos, S. & Barroso, F. (2021). Equipas de Gestão da Qualidade e Segurança em Saúde. In Barroso et al. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (pp. 31-40). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Poeira, A. F. S., Mamede, R. N. F. P., & Martins, M. M. F. P. S. (2019). Predictors for changing to a non-nursing profession. *Revista de Enfermagem Referencia*, 2019(22), 73–84. <https://doi.org/10.12707/RIV19010>
- Poggiali, P., Nogueira, F. C. S., & Nogueira, M. P. D. M. (2021). Management of Supracondylar Humeral Fracture in Children. *Revista Brasileira de Ortopedia*, 57(1), 23–32. <https://doi.org/10.1055/s-0040-1709734>
- Portaria nº 132/2009 de 30 de janeiro (2009). Regulamento das tabelas de preços das instituições e serviços integrados no Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, I série, nº21 (30/01/2009) (660-758).
- Price, M., Whitney, J., & King, C. (2005). *Wound care section editor: Development of a Risk Assessment Tool for Intraoperative Pressure Ulcers: Project Purpose*. <http://www.health.gov/healthypeople/document/html/>
- Príncipe, F. & Mota, L. (2023). *A Translação da Ciência na Enfermagem Médico-Cirúrgica*. In Liliana, M. (Ed.), *Prática Baseada na Evidência na Enfermagem Especializada*. (pp. 55-61). ESSNorteCVP
- Qvistgaard, M., Lovebo, J., & Almerud-Österberg, S. (2019). Intraoperative prevention of Surgical Site Infections as experienced by operating room nurses. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 14(1). <https://doi.org/10.1080/17482631.2019.1632109>
- Ramos, S., Sales, L. & Barroso, F. (2021). *Segurança do Doente: Princípios e Conceitos*. In Barroso et al. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (pp. 3-10). Lidel – Edições Técnicas, Lda.

- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. *Diário da República n.º 140*, II Série nº 26 (06/02/2019) (4744-4750) Assembleia da República. <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. Diário da República nº 135/2018 - II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho (2022). *Diário da República n.º 613*, II série. Ordem dos enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. *Diário da República n.º 743*, II Série, nº 184 (25-09-2019). Ordem dos enfermeiros. <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Reis, C. T., Laguardia, J., Bruno de Araújo Andreoli, P., Nogueira Júnior, C., & Martins, M. (2023). Cross-cultural adaptation and validation of the Hospital Survey on Patient Safety Culture 2.0 – Brazilian version. *BMC Health Services Research*, 23(1), 267-269 <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08890-7>
- Reis, C. T., Paiva, S. G., & Sousa, P. (2018). The patient safety culture: A systematic review by characteristics of Hospital survey on patient safety culture dimensions. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(9), 660-677 <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzy080>
- Rocha, C. & Ramos, S. (2021). Segurança na Gestão Ambiental e das Instalações nas Unidades de Saúde. In Barroso et al. (Eds.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*. (pp. 329-342). Lidel – Edições Técnicas, Lda.
- Rolo, D., Oliveira, H. M., Areosa, J., Antunes, J. A., Amaral, M., Varela, R., & Santa, R. D. (2023). *Enfermeiros: Vida e Trabalho Estudo sobre as condições de vida e de trabalho dos enfermeiros em Portugal*. Ordem dos enfermeiros
- Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71(05), 1030–1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)
- Salvini, A. (2022). *Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico* [Tese de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://repositorio.ipv.pt/handle/20.500.11960/2787>
- Santos, C., & Martinho, M. (2022). Análise sobre a aplicabilidade da ferramenta Briefing and Debriefing para a melhoria da comunicação e segurança do paciente cirúrgico. *Repositório Institucional Do UNILUS*. <http://revista.unilus.edu.br/index.php/rtcc/article/view/1624/1316>
- Saraiva, D. (2016). Erros de Medicação: Tipos, taxonomia, impacto, causalidade e estratégias de gestão do Risco. *Egitania e Ciencia*. 1(19). 7–22. ISSN: 1646-8848
- Segura-García, M. T., Castro Vida, M. Á., García-Martin, M., Álvarez-Ossorio-García de Soria, R., Cortés-Rodríguez, A. E., & López-Rodríguez, M. M. (2023). Patient Safety Culture in a Tertiary Hospital: A Cross-Sectional Study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 2329. <https://doi.org/10.3390/ijerph20032329>

- Sherman, J. D., Macneill, A. J., Biddinger, P. D., Ergun, O., Salas, R. N., & Eckelman, M. J. (2023). Sustainable and Resilient Health Care in the Face of a Changing Climate. *Annu. Rev. Public Health*, 44, 255-277. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth>
- Shultz, J., Davies, J. M., Caird, J., Chisholm, S., Ruggles, K., & Puls, R. (2010). Standardizing anesthesia medication drawers using human factors and quality assurance methods. *Canadian Journal of Anesthesia*, 57(5), 490-499. <https://doi.org/10.1007/s12630-010-9274-8>
- Silva, R. (2019). *Cultura de segurança do doente no bloco operatório: subsídios para a qualidade dos cuidados de saúde* [Tese de Mestrado] Instituto Politécnico de Viana do Castelo. http://62.28.241.119/bitstream/20.500.11960/2272/1/Ricardo_Silva.pdf
- Smith, S. A., Yount, N., & Sorra, J. (2017). Exploring relationships between hospital patient safety culture and Consumer Reports safety scores. *BMC Health Services Research*, 17(1). <https://doi.org/10.1186/s12913-017-2078-6>
- Sorra, J., Yount, N., Famolaro, T., & Gray, L. (2021). AHEQ Hospital survey on patient safety culture version 2.0 - user's guide, *AHEQ* 19(21), 0076. <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/hospital/AHRQ-Hospital-Survey-2.0-Users-Guide-5.26.2021.pdf>
- Stewart, D. (2023). *Os nossos enfermeiros. O nosso futuro. Valorizar, proteger, respeitar e investir nos nossos enfermeiros para um futuro sustentável na enfermagem e nos cuidados de saúde - do original: «Our Nurses. Our Future. Value, protect, respect and invest in our nurses for a sustainable future for nursing and health care»*. Conselho Internacional de Enfermeiros
- Valente, R., Carmona, C., Serralheiro, I., Monteiro, M., Gomes, P., Santos, R., & Fonseca, S. (2018). Recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia para o tratamento da Dor Aguda 2018. *Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 28(2), 102–109 <https://doi.org/10.25751/rspa.15020>
- Van Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management* 18, <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- Wagner, C., Smits, M., Sorra, J., & Huang, C. C. (2013). Assessing patient safety culture in hospitals across countries. *International Journal for Quality in Health Care*, 25(3), 213–221. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzt024>
- (WHO & ICN). (2009). World Health Organization and International Council of Nurses *ICN framework of disaster nursing Competencies*. ICN. ISBN 978-92-95065-79-6 <http://www.apednn.org/doc/resourcespublications/ICN%20Framework%20of%20Disaster%20Nursing%20Competencies%20ICN%202009.pdf>
- World Health Organization (WHO). (2013). *Patient for Patient Safety: Partnerships for Safer Health care*. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-%28ihs%29/psf/pfps/pfps_brochure_2013.pdf
- WHO. (2017). *Medication Without Harm: Global Patient Safety Challenge*. <https://www.who.int/initiatives/medication-without-harm>
- WHO. (2019). *Patient Safety - Global action on patient safety, report by the Director-General*. https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA72/A72_26-en.pdf
- WHO. (2021). *Global Patient Action Plan 2021-2023 - Towards eliminating avoidable harm in health care*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>

- Williams, A. M., Davies, A., & Griffiths, G. (2009). Facilitating comfort for hospitalized patients using non-pharmacological measures: Preliminary development of clinical practice guidelines. *International Journal of Nursing Practice*, 15(3), 145–155. <https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2009.01739.x>
- Wilson, R. B., & Farooque, Y. (2022). Risks and Prevention of Surgical Site Infection After Hernia Mesh Repair and the Predictive Utility of ACS-NSQIP. *Journal of Gastrointestinal Surgery* 26(4), 950–964. <https://doi.org/10.1007/s11605-022-05248-6>
- Zebrak, K., Yount, N., Sorra, J., Famolaro, T., Gray, L., Carpenter, D., & Caporaso, A. (2022). Development, Pilot Study, and Psychometric Analysis of the AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Workplace Safety Supplemental Items for Hospitals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph19116815>
- Zegers, M., Bruijne, M. C., Keizer, B., Merten, H., Groenewegen, P. P., Wal, G., & Wagner, C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: Implication for potential prevention strategies. *Patient Safety in Surgery*, 5(1). <https://doi.org/10.1186/1754-9493-5-13>

ANEXOS

ANEXO I: Certificado Participação nas Jornadas “Humanize
Healthcare II”



ANEXO II: Proposta de Norma “Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório”

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do

2. DESCRIÇÃO

2.1 OBJETIVO

Implementar um Programa de Integração de Enfermeiros na função de Circulante para a Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), de forma a proporcionar conhecimentos necessários sobre toda a sua dinâmica e funcionamento, com o objetivo de desempenhar funções com qualidade e segurança, satisfação profissional e pessoal e estabelecer uma ligação de missão e valores com a instituição.

2.2 DEFINIÇÕES

Enfermeiro Qualificado: É o enfermeiro que cumpre um programa de integração com sucesso no serviço onde vai desempenhar funções.

Integração: É um processo de adaptação, que envolve o integrando, o integrador e toda a quipá multidisciplinar.

Enfermeiro integrador: É nomeado pelo Enfermeiro Gestor para a concretização do processo de integração do novo elemento. Deve apresentar as seguintes características: motivação para aplicar o programa de integração, boas relações humanas, conhecimentos e competências na área da enfermagem perioperatória. Deve possuir também habilidades necessárias ao processo ensino/aprendizagem, capacidade de planeamento e de orientação, disponibilidade, capacidades pedagógicas e conhecimento da estrutura organizacional e do serviço.

Enfermeiro Integrando: É o enfermeiro que vai desempenhar funções para um serviço.

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 1 de 19
Mod.PS.001_01.01		__/__/__		__/__/__		__/__/__	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

O conceito de enfermeiro integrando inclui:

- O enfermeiro recém-formado em início de funções;
- O enfermeiro já com experiência de exercício na UCA a ser integrado na área de circulante;
- O enfermeiro transferido de outro serviço.

2.3 METODOLOGIA

O processo de integração na circulação tem a duração prevista de 5 semanas para cada especialidade cirúrgica.

1º DIA- ENTREVISTA INICIAL – Será realizada uma reunião com o enfermeiro gestor e o enfermeiro integrador e preenchida a ficha individual (Informações do integrando/informação a facultar), assim como, serão fornecidas ao enfermeiro a integrar as informações relevantes sobre o serviço de acordo com a listagem da informação a fornecer no 1º dia de integração (Anexo I). Esta entrevista visa também, conhecer os dados e as experiências profissionais, os objetivos e as expectativas do enfermeiro integrando através do preenchimento da ficha individual (Entrevista inicial) (Anexo II).

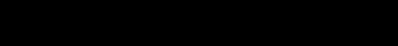
É efetuada uma visita guiada à estrutura física e respetiva apresentação à equipa multidisciplinar (no caso de o enfermeiro ser externo ao serviço), assim como, é disponibilizada a documentação, sobre as funções e/ou informar locais para consulta.

Primeiro Período (1ª semana) - O enfermeiro integrando adquire conhecimentos na área específica para o qual está a ser integrado. O enfermeiro integrador deve apresentar o espaço físico da esterilização e respetiva equipa multidisciplinar e identificar e elucidar as áreas de circulação de materiais. Devem ser adquiridos conhecimentos sobre as funções que são desenvolvidas no bloco operatório e comportamento em sala operatória.

Segundo Período (1º e 2º semana) - Servirá para observar e desenvolver funções de enfermeiro circulante na especialidade perioperatória específica à qual está a ser

N. UCA.005.001	Elaborado	Data _/_/__	Verificado CQS	Data _/_/__	Aprovado CA	Data _/_/__	Pág. 2 de 19
----------------	-----------	----------------	----------------	----------------	-------------	----------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE 	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

integrado. Nesta fase, o enfermeiro integrando deve prestar cuidados integrais à pessoa em situação perioperatória e sua família/pessoa significativa.

Terceiro Período (3ª semana) – O enfermeiro integrando deve observar e desenvolver autonomamente as funções de enfermeiro instrumentista com supervisão do enfermeiro integrador.

ENTREVISTA INICIAL- Final da 3ª semana - – Reunião com o enfermeiro gestor, enfermeiro integrador e enfermeiro integrando, com o propósito de conhecer as principais necessidades e dificuldades do enfermeiro integrando assim como as possíveis sugestões. Discutem-se os aspetos positivos e a melhorar, as dificuldades e as sugestões encontradas pelo integrador e pelo integrando, conforme (Anexo III), (Entrevista intercalar).

Quarto Período (4ª e 5ª semana) – O Enfermeiro em integração deve assumir e desenvolver autonomamente as funções de enfermeiro circulante com supervisão do enfermeiro integrador.

Entrevista final – Final da 5ª semana – O enfermeiro é classificado segundo os parâmetros de avaliação, conforme anexo IV (Entrevista final).

2.4 INTEGRAÇÃO DO ENFERMEIRO CIRCULANTE

Para o desenvolvimento da função de enfermeiro circulante, o integrando deverá desenvolver conhecimentos e competências sobre:

- Verificação do plano operatório e planeamento de cuidados de acordo com a cirurgia a realizar;
- Controlo das condições ambientais e de segurança da sala operatória;
- Preparação e organização do material cirúrgico;
- Preparação e testagem correta do funcionamento de todo o equipamento necessário à cirurgia;
- Colaboração no acolhimento da pessoa que vai ser submetida a cirurgia, procedendo à correta identificação segundo norma da instituição;

5.001	Elaborado	Data _/_/__	Verificado CQS	Data _/_/__	Aprovado CA	Data _/_/__	Pág. 3 de 19
-------	-----------	----------------	----------------	----------------	-------------	----------------	--------------

I.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

- Confirmação do local cirúrgico e validação da marcação da lateralidade;
- Confirmação da presença do consentimento informado assinado (anestesia e cirurgia);
- Colaboração na preparação das mesas cirúrgicas, cumprindo a técnica assética cirúrgica;
- Colaboração no posicionamento do doente;
- Colaboração na desinfecção do campo operatório;
- Colaboração com a enfermeira instrumentista e com a restante equipa cirúrgica;
- Manutenção da disciplina e organização na sala;
- Manutenção da segurança do doente e equipa;
- Controlo da circulação de pessoas no decurso do ato cirúrgico;
- Dar resposta a situações de emergências cirúrgicas;
- Colaboração com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas, corte perfurantes e dispositivos médicos e respetivo registo;
- Receber e acondicionar espécimes de acordo com o protocolo estabelecido
- Realização dos registos dos cuidados intraoperatórios;
- Realização de registos dos dispositivos médicos implantados no doente;
- Colaboração na transferência do doente para o recobro;
- Reorganizar e repor a sala.

No decorrer do período de integração, deve ser assinalada na tabela I, a data de execução de funções de circulante nas várias especialidades cirúrgicas.

N. UCA.005.001	Elaborado	Data __/__/__	Verificado CQS	Data __/__/__	Aprovado CA	Data __/__/__	Pág. 4 de 19
-----------------------	-----------	------------------	----------------	------------------	-------------	------------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

Tabela I – Registo de execução de funções na circulação em áreas específicas

Cirurgia Geral	Data	Circulante
Colecistectomia Laparoscópica		
Colecistectomia por Laparotomia		
Hernioplastia Laparoscópica		
Hernioplastia Convencional		
Herniorrafia Laparoscópica		
Herniorrafia Convencional		
Exérese de lipoma, tecido, nevos, quistos sebáceos		
Biópsia ganglionar cervical		
Correção de Eventração /Evisceração		
Quisto Sacrococcígeo		
Fistula, Fissura Anal		
Hemorroidectomia		
Tiroidectomia		
Biópsia Mama		
Nódulo Mama		
Implantação de estimulador eletrónico sagrado		
Colocação/Remoção de Implantofix		

Cirurgia Vascular	N.º Cirur. min.	Circulante
Cirurgia de Varizes Clássica		
Cirurgia de Varizes por Radiofrequência		
Cirurgia de Varizes por Escleroterapia		
Fístula Arteriovenosa		

N. UCA.005.001	Elaborado	Data __/__/__	Verificado CQS	Data __/__/__	Aprovado CA	Data __/__/__	Pág. 5 de 19
----------------	-----------	------------------	----------------	------------------	-------------	------------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE 	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

Urologia	N.º Cirur. min.	Circulante
Circuncisão		
Hidrocelo		
Varicocele		
Libertação de freio prepucial		
Epididectomia		
Vasectomia		
Correção de Balanopostite		
Excisão de lesão peniana		
Meatotomia uretral		
Uretrotomia		
Litotricia Laser		
Cistoscopia (colocação/substituição duplo J)		
Vasectomia		
Ressecção Transuretral Vesical (RTU tv)		
TOT		

Ginecologia	N.º Cirur. min.	Circulante
Colocação/Remoção de dispositivo intrauterino		
Histeroscopia		
Ressectoscopia		
Conização		
Laqueação Laparoscópica		
Laqueação por Laparotomia		
Reparação da úvula e períneo		
TOT		

N. UCA.005.001	Elaborado	Data __/__/__	Verificado CQS	Data __/__/__	Aprovado CA	Data __/__/__	Pág. 6 de 19
-----------------------	-----------	------------------	----------------	------------------	-------------	------------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
	Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	

Ortopedia	N.º Cirur. min.	Circulante
Artroscopia do Joelho		
Artroscopia do Ombro		
Artroscopia Tornozelo		
Cirurgia de coluna		
Libertação de Túnel Cárpico		
Excisão de quisto sinovial		
Libertação de dedo em mola/gatilho		
Quervain		
Dupuytren		

O.R.L.	N.º Cirur. min.	Circulante
Amigdalectomia		
Miringotomia		
Septoplastia		
Microlaringoscopia em Suspensão		
Uvulopalatoplastia		
Rinoseptoplastia		
Timpatotomia		
Timpanoplastia		
Cirurgia Endoscópica Nasal-Sinusal (CENS)		

Cirurgia Maxilo-Facial	N.º Cirur. min.	Circulante
Extração dentárias múltiplas		
Exérese de quisto mandibular		

N. UCA.005.001	Elaborado	Data __/__/__	Verificado CQS	Data __/__/__	Aprovado CA	Data __/__/__	Pág. 7 de 19
-----------------------	-----------	------------------	----------------	------------------	-------------	------------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

Cirurgia Oftalmológica	N.º Cirur. min.	Circulante
Cirurgia de Catarata		
Vitrectomia anterior		
Trabeculectomia		
Crio aplicação		
Injeção intra-vítrea		
Enucleação /visceração		
Excisão de lesão palpebral		
Blefaroplastia		
Correção de DCR		
Correção de pterígio		
Correção de Chalázio		
Triquíase		
Entrópion/ectrópio		
Correção de Estrabismo		
Sondagem de vias lacrimais		

3. DOCUMENTAÇÃO ASSOCIADA

Neste capítulo serão apresentados em anexo documentos associados ao presente guia de integração.

N. UCA.005.001	Elaborado	Data _/_/__	Verificado CQS	Data _/_/__	Aprovado CA	Data _/_/__	Pág. 8 de 19
Mod.PS.001_01.01							

 MINISTÉRIO DA SAÚDE N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

 MINISTÉRIO DA SAÚDE N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

ANEXOS

Anexo I

N. UCA.005.001
Mod. PS.001_01.01

Elaborado

Data

Verificado CQS

Data

Aprovado CA

Data

Pág. 11 de 11

N. UCA.005.001
Mod. PS.001_01.01

Elaborado

Data

Verificado CQS

Data

Aprovado CA

Data

Pág. 11 de 11

 MINISTÉRIO DA SAÚDE N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório

Informações do integrando/informação a facultar

Nome do Enfermeiro a integrar: _____

Nº Mec.: _____

Nº Ordem dos Enfermeiros _____

Documentos/informação a facultar:

- Organigrama do Serviço;
- Circuito do material cirúrgico;
- Responsável pela Integração;
- Tempo de integração e programa de integração na função de circulação;
- Horário laboral/ registo de assiduidade;
- Gestão de Risco do Serviço:
 - Ativação de sistemas de emergência interna clínica e não clínica do hospital.
 - Localização dos carros de emergência;
- Conteúdo dos procedimentos de acordo com as normas reguladoras das PBCI, inseridos no manual de normas de prevenção e controle de infeção do CHTS;
- "Feixe de Intervenções" de Prevenção de Infeção do Local Cirúrgico.

DATA: ____-____-____

O integrando

O integrador

O enfº gestor

N. UCA.005.001 Mod. PS.001_01.01	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 11 de 11
-------------------------------------	-----------	------	----------------	------	-------------	------	---------------

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
	Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	

Anexo II

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado CGS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 12 de 19
Mod PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
	Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	

Entrevista Inicial

Preenchimento da ficha individual	
Habilitações profissionais	
Experiência profissional	
Expetativas e interesses	
Outros assuntos	

DATA: ____-____-____

O integrando

O integrador

O enfº gestor

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificação CGS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 13 de 19
Mod PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

Anexo III

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado COS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 14 de 19
Mod. PS.001 01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

Entrevista intercalar

Principais necessidades e dificuldades	
Aspetos positivos	
Aspetos a melhorar	
Sugestões	

DATA: ____-____-____

O integrando O integrador O enlfº gestor

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado COS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 15 de 19
Mod. PS.001_01.01							

 MINISTÉRIO DA SAÚDE [Redacted]	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	

Anexo IV

N. UCA.005.001 Mod.PS.001_01.01	Elaborado	Data / /	Verificado CQS	Data / /	Aprovado CA	Data / /	Pág. 15 de 19
------------------------------------	-----------	-------------	----------------	-------------	-------------	-------------	---------------

 MINISTÉRIO DA SAÚDE [Redacted]	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório	

Entrevista final

CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	INSUFICIENTE	SUFICIENTE
Espírito de iniciativa e criatividade		
Adaptação e mudança		
Gerir emoções		
Auto confiança / autonomia na resolução de problemas		
Auto formação e pesquisa		
Autoavaliação		
Identificar diagnóstico de enfermagem		
Planejar intervenções e estabelecer prioridades		
Destreza no desempenho técnico		
Abertura a novas sugestões		
Sentido de organização		
Elaborar registos de qualidade		
Garantir a qualidade dos cuidados		
Fundamentar teoricamente a situação da prática		
Trabalhar em equipa		
Desenvolver atitudes relacionais e de ajuda		
Aprumo/brio profissional		
Assumir responsabilidade		
Respeitar o sigilo profissional		
Análise crítica/reflexão sobre a prática		
Assiduidade/pontualidade		

N. UCA.005.001 Mod.PS.001_01.01	Elaborado	Data / /	Verificado CQS	Data / /	Aprovado CA	Data / /	Pág. 17 de 19
------------------------------------	-----------	-------------	----------------	-------------	-------------	-------------	---------------

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		
Sugestões:		
Menção Qualitativa:		
DATA: ____/____/____		
O integrando	O integrador	O enfe gestor

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado COS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 8 de 19
2023/05/01_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	N.UCA.005 UCA
Norma – Guia de integração de enfermeiros na função de circulação na Unidade de Cirurgia de Ambulatório		

4. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

001 – Não existem alterações a assinalar – 1ª versão

N. UCA.005.001	Elaborado	Data	Verificado COS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 19 cc 19
2023/05/01_01.01							

ANEXO III: Proposta de Norma “Dupla Verificação na Administração de Medicamentos de Alerta Máximo”

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	N. UCA
Norma – Dupla Verificação na Administração de Medicamentos de Alerta Máximo		

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Aplica-se na Unidade de Cirurgia do Ambulatório do [REDACTED]
[REDACTED]

2. DESCRIÇÃO

2.1. Objetivos

Com este documento pretende-se uniformizar os cuidados de enfermagem relativamente à administração de medicamentos de alerta máximo, realizando uma dupla verificação verbal, recomendada e baseada na evidência científica.

Esta norma tem ainda como objetivo definir os procedimentos necessários para a administração de medicamentos de alerta máximo aos doentes da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA), realizando a dupla verificação Verbal, dando igualmente cumprimento à Orientação da Direção Geral da Saúde Norma nº 014/2015, de 06/08/2015. (Direção-Geral da Saúde, 2015). **(ANEXO I)**, corroborando os sistemas de prevenção de erros de medicação, propostos pelas estratégias de segurança do doente a nível nacional e internacional.

A elaboração deste documento surge pela necessidade de:

- Uniformizar as práticas de enfermagem relativas à administração de medicamentos de alerta máximo na UCA do [REDACTED]
- Definir as ações de Enfermagem que contribuem para o aumento da segurança e diminuição do risco, na administração de medicamentos de alerta máximo, aquando da prescrição verbal;
- Apresentar a lista de medicamentos de alerta máximo disponíveis na UCA **(ANEXO II)**.

N.	Elaborado	Data _/_/___	Verificado CQS	Data _/_/___	Aprovado CA	Data _/_/___	Pág x de x
----	-----------	-----------------	----------------	-----------------	-------------	-----------------	------------

2.2. ABREVIATURAS E DEFINIÇÕES

2.2.1 Abreviaturas

DGS – Direção Geral da Saúde

ISMP - Institute for Safe Medication Practices

MAM – Medicamentos de Alerta Máximo

NSW - New South Wales

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança do Doente

REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro

2.2.2 Definições

a) Processo de gestão da medicação: processo que tem início na seleção, aquisição e armazenamento do medicamento, até à sua prescrição, validação, dispensa, preparação, administração e monitorização. Este processo visa a prestação integrada de cuidados de saúde ao doente promovendo o uso racional e seguro da medicação, quer por este, quer pela equipa multidisciplinar envolvida.

b) Segurança na medicação: atividades para evitar, prevenir ou corrigir incidentes que podem resultar do uso de medicamentos.

c) Dupla verificação: não tem uma definição universal, é definida pela *NSW (New South Wales) Therapeutic Group* como um procedimento feito por dois profissionais diferentes, que separadamente verificam cada componente do processo de administração de medicação.

d) Medicamentos de alerta máximo (ou alto risco) - MAM: medicamentos que possuem um risco aumentado de provocar dano significativo ao doente em consequência de falhas no seu processo de utilização.

N.	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág x de x
----	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	------------

Um grande número de incidentes de segurança ocorre devido a erros na prescrição, solicitação, armazenamento, dispensa, preparação e administração de medicamentos, ou falha na monitorização dos processos relacionados com uso de medicamentos (OMS, 2021). Os erros de medicação ocorrem por variados fatores, sendo que “todos os erros de medicação são potencialmente evitáveis através da adoção de medidas que melhorem os sistemas e práticas relacionadas com a medicação, incluindo a prescrição, preparação, dispensação, administração e monitorização” (OMS, 2017).

Neste seguimento, a Direção Geral da Saúde (DGS), alinhada com a Organização Mundial da Saúde (OMS), assim como, outras organizações internacionais dedicadas à segurança do doente, recomenda que os profissionais de saúde com intervenção no circuito do medicamento conheçam os riscos associados à utilização destes medicamentos. Recomendam igualmente que, ao nível das instituições hospitalares, sejam desenvolvidas estratégias e implementadas medidas que minimizem a ocorrência de erros com medicamentos de alerta máximo (Norma nº 14/2015, de 6 de agosto de 2015), assim:

- O Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 apresenta como terceiro objetivo estratégico – Garantir a segurança de todos os processos clínicos, tendo como desafio global de segurança do doente: medicação sem dano (OMS, 2021).
- O Plano Nacional de Segurança para o Doente 2021-2026, apresenta no seu pilar número cinco – Práticas Seguras em Ambientes Seguros, sendo uma das ações para um dos objetivos estratégicos a segurança da medicação (DGS, 2021).

Neste sentido, ao longo dos anos têm sido desenvolvidas várias estratégias, definidas em procedimentos institucionais e que visam a prevenção de erros na utilização destes medicamentos, nomeadamente a utilização da dupla verificação, conforme a recomendação da norma 014/2015 de 14/12/2015 - Processo de Gestão da Medicação: “Reduzir, ao mínimo, as indicações/pedidos orais e definir procedimentos internos específicos para quando tal acontecer” e ainda “Em situações urgentes/emergentes nem sempre é possível (em tempo útil), a prescrição antecipada da medicação, pelo que a prática de dupla verificação é fortemente recomendada”.

Sendo o contexto perioperatório considerado um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, onde os medicamentos utilizados em contexto anestésico e cirúrgico são na sua maioria medicamentos de alerta máximo (MAM), torna-se pertinente utilizar como estratégia de segurança na administração medicamentosa a dupla verificação, cumprindo as recomendações da Norma 014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de

N.	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág x de x
----	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	------------

Alerta Máximo, ao nível da preparação e administração medicamentosa: Reforçar para os medicamentos de alto risco, a dupla verificação:

- Identificação correta do doente, do nome do medicamento, da dose, da via de administração e da sua hora (5 certos);
- Cálculos para as doses que requerem preparação (e.g. citotóxicos);
- Rótulo com a prescrição ou com o registo para a administração.

Num artigo com uma metodologia descritiva, realizado com base na análise e interpretação de publicações científicas, Saraiva (2016) refere que a dupla verificação tem sido considerada um método preventivo bem estabelecido de redução de erros na administração, por ser considerada a “última barreira” antes de o erro causar dano ao doente.

Na prática clínica, em contexto perioperatório, a dupla verificação pode ser efetuada por enfermeiros em colaboração com a equipa médica (por exemplo, com o médico anestesiolista), destacando as situações em que a prescrição é verbal (aquando das induções anestésicas ou num quadro de descompensação/instabilidade hemodinâmica, por exemplo), tornando-se fulcral a dupla verificação verbal antes da administração.

No que concerne à prática e gestão medicamentosa, os enfermeiros procedem à administração da terapêutica prescrita, detetando os seus efeitos e atuando em conformidade, devendo, em situação de emergência, agir de acordo com a qualificação e os conhecimentos que detêm, tendo como finalidade a manutenção ou recuperação das funções vitais, conforme o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). Desta forma, e segundo o mesmo documento - Participam na elaboração e concretização de protocolos referentes a normas e critérios para administração de tratamentos e medicamentos, sendo esta norma resultado deste enunciado.

Portanto, torna-se pertinente a consciencialização dos profissionais de saúde para a importância da aplicação e cumprimento desta norma, de forma a promover uma prática baseada na evidência, garantindo a excelência dos cuidados de enfermagem.

N.	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág x de x
----	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	------------

2.3. Metodologia

O processo da dupla verificação verbal será aplicado em contexto intraoperatório e recobro I, aquando de uma prescrição médica oral. O Enfermeiro valida verbalmente o fármaco, dose e via de administração.

2.3.1. Quem executa

Os Enfermeiros da UCA em exercícios de funções em sala operatória e recobro I.

2.4 Responsabilidade

É da responsabilidade do enfermeiro:

- Preparar e administrar os MAM, conforme prescrição do médico assistente (normalmente o Anestesiologista), utilizando a técnica da dupla verificação;
- Registar a administração da medicação, validando a mesma no programa informático;
- Monitorizar efeitos da administração dos MAM, atuando em conformidade;
- Comunicar com o médico assistente, sempre que surjam dúvidas;
- Promover a notificação de incidentes relacionados com a medicação no sistema NOTIFICA, de acordo com a Norma da Direção-Geral da Saúde nº 15/2014, de 25 de setembro, “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA”.

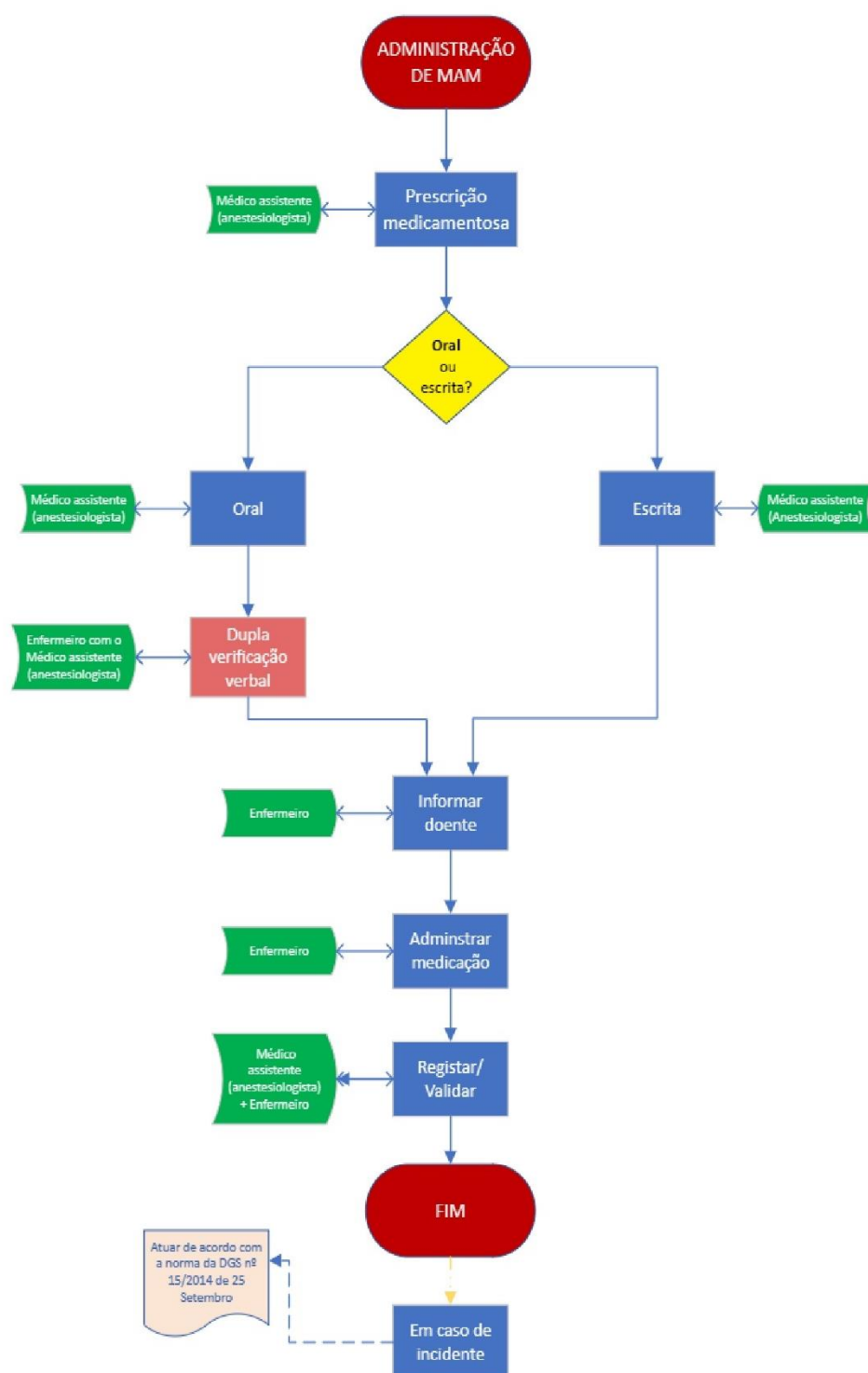
2.5 PROCEDIMENTO

2.5.1 Descrição do procedimento

- ✓ A prescrição de MAM é realizada pelo médico assistente;
- ✓ Aquando da prescrição oral, deve ser realizada a dupla verificação verbal;
- ✓ A administração de MAM deve ser realizada pelo enfermeiro, com recurso à dupla verificação verbal;
- ✓ Sempre que possível, informar o doente dos procedimentos, explicando os possíveis efeitos dos MAM, pedindo consentimento para a sua administração;
- ✓ Registar/validar a administração do medicamento logo que possível no aplicativo *PatientCare*®;
- ✓ Sempre que surjam incidentes relacionados com a administração de MAM, proceder à notificação de eventos adversos nas respetivas plataformas (de acordo com a norma da DGS nº 15/2014 de 25 de setembro).

N.	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág x de x
----	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	------------

3. FLUXOGRAMA



N.	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág x de x
		__/__/__		__/__/__		__/__/__	

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AESOP. (2010). *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses* (2ª Edição).
- Medicamentos de alerta máximo, Pub. L. No. Norma nº 014/2015 de 06/08/2015, Norma número 014/2015 de 06/08/2015 (2015). <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-de-alerta-maximo.pdf>
- Processo de Gestão da Medicação, Pub. L. No. Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015, Orientação nº 014/2015 de 17/12/2015 (2015). <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2016/06/i022022.pdf>
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026, Pub. L. No. 187, Despacho n.º 9390/2021 96 (2021). <https://www.arsnorte.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2021/09/Plano-Nacional-para-a-Seguranca-dos-Doentes-2021-2026.pdf>
- Fragata, J., França, M., Fragata, I., Bilbao, M., Ferreira, S., & Pita Barros, P. (2006). *Risco clínico - Complexidade e performance* (S. A. Almedina, Ed.).
- ISMP. (2019). *Medicamentos potencialmente perigosos de uso hospitalar - Lista atualizada 2019*. www.ismp-brasil.org
- ISMP. (2022). *Medicamentos potencialmente perigosos de uso ambulatorial e para instituições de longa permanência - Listas atualizadas 2022*. <https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2022/09/MEDICAMENTOS-POTENCIALMENTE-PERIGOSOS-LISTAS-ATUALIZADAS-2022.pdf>
- Regulamento do exercício profissional do Enfermeiro, Pub. L. No. 156/2015 de 16 setembro (2015). https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto REPE 291020 15_VF site.pdf
- Paparella, S. F. (2013). Taking another look at independent double checks. *Journal of Emergency Nursing*, 39(6), 631–632. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2013.08.013>
- Saraiva, D. (2016, July 19). *Erros de Medicação: Tipos, taxonomia, impacto, causalidade e estratégias de gestão do Risco*. 7–22. <https://doi.org/10.46691/es.v1i19102>
- World Health Organization. (2017). *Patient Safety Challenge: Medication Without Harm*. <https://seguridaddelpaciente.es/resources/documentos/2021/02/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf>

5. ALTERÇÕES AO DOCUMENTO

Não existem alterações a assinalar – 1ª versão.

N.	Elaborado	Data _/_/__	Verificado CQS	Data _/_/__	Aprovado CA	Data _/_/__	Pág x de x
----	-----------	----------------	----------------	----------------	-------------	----------------	------------

Norma nº 014/2015, de 06/08/2015

N.	Elaborado	Data / /	Verificado CQS	Data / /	Aprovado CA	Data / /	Pág x de x
----	-----------	-------------	----------------	-------------	-------------	-------------	------------

[illegible]



DGS
Direção-Geral da Saúde



NORMA I
da Direção-Geral da Saúde

2. O instrumento de auditoria organizado por:

Instrumento de Auditoria

Nome: "Medicamentos de alta máxima"

Unidade: _____

Dirige: _____ **Equipa de Auditoria:** _____

Critérios	Sim	Não	Existência / Fugas
Elaboração e divulgação interna de lista medicinal em tal lista mínima			
Atualização da lista medicinal a todos os profissionais da lista			
Permissão da prática nas aplicações informáticas para medicamentos de alta máxima			
Estabelecimento de procedimentos específicos para a classe de medicamentos de alta máxima			
Limitação dos nomes de apresentações e concentrações de medicamentos de alta máxima disponíveis			
Patronização da entrega dos medicamentos de alta máxima			
Suporte das listas de medicamentos de alta máxima			
em função da necessidade de controlar os stocks nos vários tipos de medicamentos de alta máxima			
Proibição de não autorizadas, variação de marca			
Proibição de substituições genéricas			
Patronização dos regimes de dose			
Contribuição do sistema de prescrição delegada de alta máxima			
Definição de procedimentos de validação através das formas de prescrição			
Formas de actualização entre duas registos a programação das famílias de parâmetros			
Prescrição de farmácia e atualização dos profissionais			
Prescrição de farmácia de dispensar			
Calcular	0	0	0
ÍNDICE CONFORMIDADE			

Avaliação de cada parâmetro = $\frac{\text{Total de respostas "Sim"} + \frac{1}{2} \times \text{Total de respostas "Não}}{\text{Total de parâmetros avaliados}} \times 100\%$ (Cf. Anexo 2)

3. A presente forma é complementada com o seguinte texto de apoio que orienta o fundamento da sua implementação:



Graça Freitas
Subdiretora-Geral da Saúde
(Direção-Geral da Saúde)

Formulário nº 014/2011 de 03/09/2011

Alterações: 01/2012 (DGS) 01/2013 (DGS) 01/2014 (DGS) 01/2015 (DGS) 01/2016 (DGS) 01/2017 (DGS) 01/2018 (DGS) 01/2019 (DGS) 01/2020 (DGS) 01/2021 (DGS) 01/2022 (DGS) 01/2023 (DGS) 01/2024 (DGS) 01/2025 (DGS) 01/2026 (DGS) 01/2027 (DGS) 01/2028 (DGS) 01/2029 (DGS) 01/2030 (DGS) 01/2031 (DGS) 01/2032 (DGS) 01/2033 (DGS) 01/2034 (DGS) 01/2035 (DGS) 01/2036 (DGS) 01/2037 (DGS) 01/2038 (DGS) 01/2039 (DGS) 01/2040 (DGS) 01/2041 (DGS) 01/2042 (DGS) 01/2043 (DGS) 01/2044 (DGS) 01/2045 (DGS) 01/2046 (DGS) 01/2047 (DGS) 01/2048 (DGS) 01/2049 (DGS) 01/2050 (DGS) 01/2051 (DGS) 01/2052 (DGS) 01/2053 (DGS) 01/2054 (DGS) 01/2055 (DGS) 01/2056 (DGS) 01/2057 (DGS) 01/2058 (DGS) 01/2059 (DGS) 01/2060 (DGS) 01/2061 (DGS) 01/2062 (DGS) 01/2063 (DGS) 01/2064 (DGS) 01/2065 (DGS) 01/2066 (DGS) 01/2067 (DGS) 01/2068 (DGS) 01/2069 (DGS) 01/2070 (DGS) 01/2071 (DGS) 01/2072 (DGS) 01/2073 (DGS) 01/2074 (DGS) 01/2075 (DGS) 01/2076 (DGS) 01/2077 (DGS) 01/2078 (DGS) 01/2079 (DGS) 01/2080 (DGS) 01/2081 (DGS) 01/2082 (DGS) 01/2083 (DGS) 01/2084 (DGS) 01/2085 (DGS) 01/2086 (DGS) 01/2087 (DGS) 01/2088 (DGS) 01/2089 (DGS) 01/2090 (DGS) 01/2091 (DGS) 01/2092 (DGS) 01/2093 (DGS) 01/2094 (DGS) 01/2095 (DGS) 01/2096 (DGS) 01/2097 (DGS) 01/2098 (DGS) 01/2099 (DGS) 01/2100 (DGS) 01/2101 (DGS) 01/2102 (DGS) 01/2103 (DGS) 01/2104 (DGS) 01/2105 (DGS) 01/2106 (DGS) 01/2107 (DGS) 01/2108 (DGS) 01/2109 (DGS) 01/2110 (DGS) 01/2111 (DGS) 01/2112 (DGS) 01/2113 (DGS) 01/2114 (DGS) 01/2115 (DGS) 01/2116 (DGS) 01/2117 (DGS) 01/2118 (DGS) 01/2119 (DGS) 01/2120 (DGS) 01/2121 (DGS) 01/2122 (DGS) 01/2123 (DGS) 01/2124 (DGS) 01/2125 (DGS) 01/2126 (DGS) 01/2127 (DGS) 01/2128 (DGS) 01/2129 (DGS) 01/2130 (DGS) 01/2131 (DGS) 01/2132 (DGS) 01/2133 (DGS) 01/2134 (DGS) 01/2135 (DGS) 01/2136 (DGS) 01/2137 (DGS) 01/2138 (DGS) 01/2139 (DGS) 01/2140 (DGS) 01/2141 (DGS) 01/2142 (DGS) 01/2143 (DGS) 01/2144 (DGS) 01/2145 (DGS) 01/2146 (DGS) 01/2147 (DGS) 01/2148 (DGS) 01/2149 (DGS) 01/2150 (DGS) 01/2151 (DGS) 01/2152 (DGS) 01/2153 (DGS) 01/2154 (DGS) 01/2155 (DGS) 01/2156 (DGS) 01/2157 (DGS) 01/2158 (DGS) 01/2159 (DGS) 01/2160 (DGS) 01/2161 (DGS) 01/2162 (DGS) 01/2163 (DGS) 01/2164 (DGS) 01/2165 (DGS) 01/2166 (DGS) 01/2167 (DGS) 01/2168 (DGS) 01/2169 (DGS) 01/2170 (DGS) 01/2171 (DGS) 01/2172 (DGS) 01/2173 (DGS) 01/2174 (DGS) 01/2175 (DGS) 01/2176 (DGS) 01/2177 (DGS) 01/2178 (DGS) 01/2179 (DGS) 01/2180 (DGS) 01/2181 (DGS) 01/2182 (DGS) 01/2183 (DGS) 01/2184 (DGS) 01/2185 (DGS) 01/2186 (DGS) 01/2187 (DGS) 01/2188 (DGS) 01/2189 (DGS) 01/2190 (DGS) 01/2191 (DGS) 01/2192 (DGS) 01/2193 (DGS) 01/2194 (DGS) 01/2195 (DGS) 01/2196 (DGS) 01/2197 (DGS) 01/2198 (DGS) 01/2199 (DGS) 01/2200 (DGS) 01/2201 (DGS) 01/2202 (DGS) 01/2203 (DGS) 01/2204 (DGS) 01/2205 (DGS) 01/2206 (DGS) 01/2207 (DGS) 01/2208 (DGS) 01/2209 (DGS) 01/2210 (DGS) 01/2211 (DGS) 01/2212 (DGS) 01/2213 (DGS) 01/2214 (DGS) 01/2215 (DGS) 01/2216 (DGS) 01/2217 (DGS) 01/2218 (DGS) 01/2219 (DGS) 01/2220 (DGS) 01/2221 (DGS) 01/2222 (DGS) 01/2223 (DGS) 01/2224 (DGS) 01/2225 (DGS) 01/2226 (DGS) 01/2227 (DGS) 01/2228 (DGS) 01/2229 (DGS) 01/2230 (DGS) 01/2231 (DGS) 01/2232 (DGS) 01/2233 (DGS) 01/2234 (DGS) 01/2235 (DGS) 01/

NL	Licenciada	Data	Verificado CDS	Licença	Aprovado CA	Data	Pág x de x
----	------------	------	----------------	---------	-------------	------	------------

N.	Elaborado	Data	Verificado CUS	Data	Assinado CUS	Data	Página x
----	-----------	------	----------------	------	--------------	------	----------

Analgésicos opiáceos intravenosos, transdérmicos e de uso oral (incluindo pós para concentrados para soluções e formulações de libertação imediata ou prolongada)

Soluções para nutrição parentérica

Meios de contraste intravenosos (contrastes iodados)

MEDICAMENTOS ESPECÍFICOS

Água estéril para inalação e irrigação, em embalagens de volume igual ou superior a 100 ml

Cloreto de sódio hipertónico (superior a 0,9%), solução injetável

Glicose hipertónica (20% ou superior), solução injetável

Cloreto de potássio concentrado para solução para perfusão

Fosfato monopotássico, solução injetável

Sulfato de magnésio, solução injetável

Anfotericina B (forma lipossómica e convencional)

Epoprostenol

Oxitocina, solução injetável

Prometazina, solução injetável

Metotrexato, comprimido

Norma nº 014/2015 de 06/06/2015

7/7

Alameda D. Afonso Henriques, 45 | 1099-005 Lisboa - Portugal | Tel: +351 21 843 05 08 | Fax: +351 21 843 05 38 | Email: geral@dgs.pt | www.dgs.pt

N.	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. x de x
		__/__/__		__/__/__		__/__/__	

Anexo II

Lista de medicamentos de alerta máximo da UCA do [REDACTED]

N.	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. x de x
		__/__/__		__/__/__		__/__/__	

Anexo II - Lista de medicamentos de alerta máximo da UCA do [REDACTED]

A presente lista de medicamentos de alerta máximo pretende ser uma base de trabalho para a criação da lista de cada instituição, a qual foi adaptada à realidade nacional, tendo por base os documentos referidos na bibliografia (DGS, 2015)

Medicamento	Apresentação	Observações
Ácido tranexâmico	Solução injetável	
Adrenalina	ampola injetável	
Água destilada estéril	frasco p/ irrigação	
Alfentanilo	Solução injetável	cofre
Amiodarona	Solução injetável	
Atropina	ampola (IM/IV/SC)	
Bupivacaína hiperbárica	Solução injetável	
Cetamina	solução injetável	
Cisatracurónio	ampola injetável	frigorífico
Desflurano	frasco P/ inalação	
Digoxina	ampola injetável	
Dobutamina	ampola injetável	
Dopamina	ampola injetável	
Efredrina	ampola injetável	
Esmolol	ampola injetável	
Etomidato	ampola injetável	
Fenilefrina	Seringa injetável	
Fentanilo	solução injetável	cofre
Glucose 30%	ampola injetável	
Heparina Sódica	frasco amp injetável	
Insulina humana ação rápida	Cartucho (IM/IV/SC)	frigorífico
Iopromida	Frasco solução injetável	
Isoprenalina	solução injetável	frigorífico
Labetalol	ampola injetável	
Levobupivacaína	ampola injetável	
Lidocaína	ampola injetável	
Lidocaína + adrenalina	Solução injetável	
Mepivacaína	frasco amp injetável	
Metoprolol	ampola injetável	
Midazolam	ampola injetável	
Morfina	Solução injetável	cofre
Petidina	Solução injetável	cofre
Prolocaína hiperbárica	ampola injetável	
Propofol	emulsão injetável	
Remifentanil	Solução injetável	cofre
Rocurónio	Solução injetável	frigorífico
Ropivacaína	Solução injetável	
Sevoflurano	Frasco P/ inalação	
Sufentanil	solução injetável	cofre
Sulfato de Magnésio	ampola Injetável	Carro emergência
Suxametónio	ampola injetável	frigorífico
Tiopental	frasco amp injetável	
Tramadol	ampola injetável	

N.	Elaborado	Data __/__/__	Verificado CQS	Data __/__/__	Aprovado CA	Data __/__/__	Pág x de x
----	-----------	------------------	----------------	------------------	-------------	------------------	------------

ANEXO IV: Proposta de Instrução de Trabalho “Produtos Biológicos para Anatomia Patológica”

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

1. CAMPO DE APLICAÇÃO

Este documento tem como objetivo definir os procedimentos necessários para a uniformização das práticas clínicas na recolha, acondicionamento e transporte de produtos biológicos, no Bloco Operatório Central (BOC) do [REDACTED]

2. DESCRIÇÃO

Com esta instrução de trabalho, pretende-se uniformizar e atualizar os procedimentos inerentes aos produtos biológicos oriundos da atividade cirúrgica.

2.1. Objetivos

- Promover a formação e atualização teórico-prática da equipa;
- Estabelecer as ações e procedimentos na recolha, acondicionamento e transporte de produtos biológicos para o Laboratório de Anatomia Patológica;
- Definir os profissionais de saúde responsáveis pela execução das ações definidas anteriormente;
- Garantir a Segurança dos profissionais na manipulação de produtos biológicos;
- Prevenir complicações relacionadas com a manipulação do meio de conservação dos produtos biológicos (formaldeído – “Formol”).

2.2. Conceitos e Definições

2.2.1 Anatomia patológica: especialidade médica que procede à análise morfológica de órgãos, tecidos e células, tendo como objetivo o diagnóstico de lesões, com implicações no tratamento e no prognóstico das doenças, bem como na sua prevenção. Engloba as seguintes valências:

- Histopatologia (biópsias, peças cirúrgicas e exames pré-operatórios);
- Citopatologia (esfoliativa e aspirativa);

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 1 de 14
-------------------	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

- Autópsias clínicas e técnicas complementares do diagnóstico morfológico.

2.2.2 Amostra biológica: amostra obtida por um ato de colheita e sobre a qual vão ser efetuados um ou vários exames laboratoriais do âmbito da anatomia patológica.

2.2.3 Biópsia: fragmento de órgão ou de tecido colhido por meios cirúrgicos, por meio de instrumentação endoscópica ou por meio de agulha.

2.2.4 Peça operatória: parte ou a totalidade de um órgão ou de estrutura anatómica a examinar.

2.2.5 Biópsia/citologia extemporânea ou pré-operatória: amostra biológica examinada durante um procedimento cirúrgico para determinar a natureza de um tecido ou lesão ou o estágio das margens da excisão.

2.2.6 Citologia esfoliativa: amostra constituída por células e outros componentes recolhidos por procedimento abrasivo da superfície ou lume de um órgão ou cavidade ou contidos em produto de secreção ou excreção.

2.2.7 Citologia por «impressão»: amostra constituída por células e outros componentes colhidos quando se exerce pressão sobre uma superfície seccionada de um órgão ou tecido.

2.2.8 Citologia aspirativa: amostra constituída por células e outros componentes colhidos por agulha em estruturas internas, superficiais ou profundas, sujeitas a uma pressão negativa.

2.2.9 Colheita — ato que permite a obtenção de uma amostra biológica

2.3. Fundamentação

A atividade num bloco operatório é uma prática complexa, interdisciplinar, com forte dependência da atuação individual, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa e os fatores de sistema desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos (Fragata, 2012).

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data / /	Verificado CQS	Data / /	Aprovado CA	Data / /	Pág. 2 de 14
-------------------	-----------	-------------	----------------	-------------	-------------	-------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), o bloco operatório é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, concentram-se riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto perioperatório. A mesma fonte entende por manutenção e segurança do ambiente cirúrgico o conjunto de intervenções que se tornam a garantia da observância de todas as medidas ambientais e de segurança (OE, 2004).

O enfermeiro circulante é o profissional de enfermagem que apresenta funções relativas à gestão dos produtos biológicos, pelo que, segundo a AESOP “acondiciona adequadamente, rotula e regista as peças para anatomia patológica, citologia, microbiologia ou outros exames” (Duarte & Martins, 2014). É um processo dinâmico, pluridisciplinar, em que compete ao enfermeiro circulante o planeamento, organização, comunicação e coordenação das atividades da restante equipa de profissionais funcionalmente dependente.

No bloco operatório o formaldeído é amplamente utilizado para conservar as amostras cirúrgicas de tecidos orgânicos destinados a anatomia patológica.

A manipulação do formaldeído como substância de conservação dos produtos biológicos constitui um risco profissional, pela sua propriedade cancerígena, conforme corroboram estudos internacionais que analisam possíveis ligações entre a exposição ao formaldeído no local de trabalho e o aparecimento de cancro. O Sistema Integrado de Informação de Risco (IRIS) classificou o formaldeído como “provável carcinogénico humano” (ACS, 2022).

Sendo o formol uma substância altamente irritante para os olhos e para as vias respiratórias, existe um conjunto de medidas de prevenção que os profissionais devem adotar, no sentido de diminuir os riscos de utilização do formol, nomeadamente o uso apropriado de equipamento de proteção individual no manuseamento e utilização deste produto químico.

Deste modo, pretende-se com este documento subsidiar a segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória, tornando-se imperioso a elaboração e implementação de ferramentas que contribuam para a prevenção

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 3 de 14
Mod.PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

máscara, óculos de proteção, luvas de nitrilo enquanto equipamentos de proteção individual (EPI's) (serviços farmacêuticos do [REDACTED]):

1206000001	ALDEÍDO FORMICO TAMPONADO 10% SOL. 1L	Aldeído Fórmico		Possibilidade de efeitos sensibilizantes sobre a pele.	Máscaras. Óculos de Proteção. Luvas de Nitrilo.	
------------	---------------------------------------	-----------------	--	--	---	--

Segundo a ficha de dados de segurança do “formol” líquido a 10% esta substância está classificada com o risco de:

R 40: possibilidade de efeitos cancerígenos

R 43: pode causar sensibilização em contacto com a pele.

Relativamente aos riscos para a Saúde:

Inalação: Os vapores de formaldeído podem provocar irritação das mucosas, olhos e vias respiratórias superiores. A concentrações superiores podem causar constricções no peito e sensação de pressão na cabeça. Através de uma inalação de grande quantidade de gás, o produto pode causar sonolência, fraqueza e palpitações cardíacas, nalguns casos pode ainda afetar o sistema nervoso provocando uma situação similar a uma intoxicação alcoólica.

Pele: A exposição pode causar endurecimento da pele, formação de vesículas com necroses superficiais ou nódulos. A exposição prolongada pode originar amaciamento da pele (aparência fibrosa e acastanhada). Pode causar inflamação muito dolorosa, dermatites e sensibilização.

Olhos: Vapores e soluções de formaldeído têm efeito irritante sobre a parede ocular, podendo provocar lesões graves.

Ingestão: Irritante para a boca, garganta e estômago. Sintomas após ingestão – dor intensa, vômitos e diarreia, seguindo-se vertigens, convulsões, perda de consciência e morte. Pode ainda originar danos nos rins e perturbações gastrointestinais.

Nota: Algumas pessoas são muito sensíveis ao formaldeído, enquanto que outras podem não ter qualquer reação com o mesmo nível de exposição.

T.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 5 de 14
------------------	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

Relativamente aos riscos para a segurança:

O formaldeído é uma solução tóxica com risco de explosão do reservatório por ação de chamas. Durante a combustão podem libertar-se vapores de formaldeído tóxicos e irritantes. Forma misturas explosivas com o ar no caso de aquecimento na fase de vapor/gás.

Nota: O formaldeído não deve em circunstância alguma entrar nas salas operatórias.

Relativamente aos riscos para o ambiente:

Nocivo para os organismos aquáticos e terrestres. Pode causar efeitos nefastos a longo prazo para o ambiente.

2.4.2 Medidas a adotar em caso de fugas acidentais:

Precauções individuais	Garantir ventilação adequada. Não inalar os vapores. Utilizar EPI's adequados.
Precauções ambientais	Evitar a entrada em cursos de água, esgotos, poços, terrenos impermeáveis ou de cultura e em zonas habitacionais. Alertar as autoridades locais em caso positivo.
Método de limpeza	(Ver - "Instruções de utilização do kit para derrames de produtos químicos" - ANEXO I). Lavar a zona contaminada com água em abundância, retendo os produtos resultantes dessa lavagem como se fossem detritos contaminados.

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 6 de 14
Mod.PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

2.4.3 Precauções de segurança no manuseamento e armazenamento:

Manuseamento	- Utilizar os EPI's adequados. - Não inalar os vapores/aerossóis. - Evitar o contacto com os olhos, pele e roupa.
Armazenamento	- Devido ao seu carácter ligeiramente ácido, o formol corrói alguns metais. - Conservar as embalagens bem fechadas, longe da luz solar direta e de possíveis fontes de ignição, em local bem seco e bem ventilado, à temperatura ambiente.

2.4.4 Informação toxicológica:

Carcinogenicidade: O potencial cancerígeno do produto requer maior clarificação.

Segundo a *American Cancer Society*, foi demonstrado que a exposição ao formaldeído causa cancro em animais de laboratório. A exposição a quantidades relativamente elevadas de formaldeído em locais de trabalho médicos e outros têm sido ligadas a alguns tipos de cancro em humanos, mas o efeito da exposição a pequenas quantidades é menos claro. Todavia a International Agency for Research on Cancer (IARC), que faz parte da Organização Mundial de Saúde (OMS), concluiu que o formaldeído é "cancerígeno para os seres humanos", com base em provas suficientes de que pode causar cancro nasofaríngeo e leucemia. O programa nacional de toxicologia dos Estados Unidos da América (EUA) enumera o formaldeído como "conhecido por ser um carcinógeno humano" (ACS, 2022).

2.5. Requisitos

- Quem executa

O médico cirurgião, enfermeiro instrumentista, enfermeiro circulante, enfermeiro responsável de turno, assistente técnico administrativo e assistente operacional.

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 7 de 14
-------------------	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	--------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

2.6. Descrição do procedimento e/ou forma de atuação

- a. A colheita do produto biológico durante o procedimento cirúrgico é realizada pelo médico cirurgião;
- b. A entrega do produto biológico ao enfermeiro circulante é realizada pelo enfermeiro instrumentista;
- c. A confirmação da descrição dos produtos biológicos (e respetiva numeração) é realizada pelo enfermeiro circulante e enfermeiro instrumentista (de acordo com indicação médica);
- d. A identificação inequívoca do doente (de acordo com a Norma Geral N002 do [REDACTED] - Identificação dos Utentes) é realizada pelo enfermeiro circulante. Seguidamente:
 - i. Colocar uma etiqueta do doente no contentor/recipiente - os recipientes e contentores de amostras a enviar ao laboratório deverão estar devidamente identificados. Esta etiqueta deverá ser colocada no corpo do recipiente e nunca em partes móveis do mesmo, tais como tampas ou pegas;
- e. Peças e biópsias cirúrgicas — deverão ser transportadas em contentor hermético e imersas em volume adequado de um soluto fixador apropriado - meio de conservação ("formol" ou álcool a 50%) é realizado pelo enfermeiro circulante, de acordo com a indicação médica;
- f. Amostras fixadas a lâminas de vidro — deverão ser transportadas em próprias, previamente identificadas com os dados do paciente, quando fixadas com spray. 

Quando imersas em soluto fixador, deverão ser transportadas em contentores próprios para que se mantenham separadas e não haja deterioração dos constituintes nelas contidos;
- g. Amostras «líquidas» e expetorações — deverão ser transportadas em recipientes de plástico do tipo utilizado para recolha de urinas, bem fechados, devidamente identificados com a etiqueta do paciente e deverão ser numeradas quando múltiplas;

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 8 de 14
Mod.PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

h. O envolvimento de um saco de plástico transparente e o fecho do mesmo é realizado pelo enfermeiro circulante (Todas as amostras devem ser consideradas com risco biológico potencial, pelo que os recipientes, onde estão contidos, devem ser bem fechados e manuseadas com luvas);

ii. Colocar uma etiqueta no saco de plástico transparente que envolve o contentor/recipiente



i. A colocação do contentor/recipiente no tabuleiro da sala de laboratório é realizada pelo enfermeiro circulante, assim como o registo em local próprio:

iii. Colocar uma etiqueta do lado esquerdo da folha “Protocolo de peças para anatomia patológica”

iv. Preencher o lado direito da folha: data, especialidade cirúrgica, sala, natureza das peças, nº de frascos, enf. Circulante e enf. Instrumentista.

j. O registo do produto biológico na *software* informático (**Patient Care®**) é realizado pelo enfermeiro circulante (separador - enfermagem | adicionar –atitudes terapêuticas | Peças anatómicas | Peça anatómica

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 9 de 14
		Mod.PS.001_01.01					

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

- a. (Assim como o registo no **Sclínico** aquando da realização da cirurgia segura);

Respostas

- ☒ O nome do procedimento segundo o ICD respetivo
- ☒ As contagens de instrumentos, compressas e corte-perfurantes
- ☒ A rotulagem dos produtos biológicos (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)
- ☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver
- ☐ Não existem produtos biológicos do procedimento cirúrgico
- ☐ Não

- k. A requisição do produto biológico é realizada pelo médico cirurgião;

- l. A requisição do produto biológico deve ser impressa e colocada num acrílico (perto da impressora da sala de registos médicos) pelos cirurgiões;



- m. No dia seguinte (até às 8:30h), todos os produtos biológicos são confirmados com a respetiva requisição pelos enfermeiros da equipa de urgência (pelo menos dois elementos):

- v. Verificar se existem produtos para IPATIMUP (estas requisições carecem da autorização do conselho de administração)
- vi. Verificar a existência de produtos biológicos para o centro de genética (neste caso são duas requisições para o mesmo doente: uma para o centro de genética e outra no modelo convencional de requisições para anatomia patológica);

- n. Colocar todos os produtos biológicos na caixa de transporte e fechar. As requisições devem ficar por fora (em cima da tampa da caixa de transporte);



IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 10 de 14
Mod.PS.001_01.01							

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

- o. Assinar a folha “Protocolo de peças para anatomia patológica” e colocar em observações a existência de produtos biológicos para IPATIMUP e/ou considerações acerca dos produtos e/ou requisições (por exemplo – falta de requisição);
- p. A conformidade do procedimento é realizada pela assistente técnica administrativa, solicitando posteriormente o transporte dos produtos biológicos;
- q. O transporte dos produtos biológicos é efetuado pelos assistentes operacionais até ao piso 3, na zona de exames/MCDT's;
- r. A entrega da folha de receção de produtos biológicos no piso 3 é efetuada pelo assistente operacional ao assistente técnico administrativo.



- s. A higienização da caixa de transporte é realizada pelo assistente operacional;
- t. Proceder à notificação de incidentes relacionados com as etapas deste procedimento no sistema NOTIFICA, de acordo com a Norma da Direção-Geral da Saúde nº 15/2014, de 25 de setembro, “Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – NOTIFICA” ou através do HER+ na infonet no separador – “Notificação do risco”.

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data / /	Verificado CQS	Data / /	Aprovado CA	Data / /	Pág. 11 de 14
-------------------	-----------	-------------	----------------	-------------	-------------	-------------	---------------

Mod.PS.001_01.01

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica		

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lisboa: Lidel.
- Fragata, J. (2012). *Segurança dos doentes: uma abordagem prática*. Lisboa: Lidel. Ed., 2012. ISBN: 978-972-757-797-2
- Farmacêuticos, S. (s.d.). Índice de Produtos Químicos. Obtido em 28 de janeiro de 2023 na infornet do CHTS
- Ministério da Saúde. (7 de janeiro de 2009). Manual de boas práticas Laboratoriais de Anatomia Patológica Despacho n.º 399/2009. *Diário da República 2.ª série, N.º 4*. Portugal. Obtido em <https://files.dre.pt/2s/2009/01/004000000/0051000516.pdf>
- N.Geral.002 – Identificação dos Utentes
- [REDACTED], serviços farmacêuticos. (10 de janeiro de 2011). *Ficha de dados de segurança do Formol líquido a 10%*. Obtido em 28 de janeiro de 2023 na infornet do CHTS
- Society, A. C. (24 de outubro de 2022). *Formaldehyde and Cancer Risk*. (A. C. Society, Ed.) Obtido em 18 de fevereiro de 2023: <https://www.cancer.org/>

4. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

001 – Não existem alterações a assinalar – 1ª versão

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data _/_/	Verificado CQS	Data _/_/	Aprovado CA	Data _/_/	Pág. 12 de 14
-------------------	-----------	--------------	----------------	--------------	-------------	--------------	---------------

Mod.PS.001_01.01

MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica	

ANEXOS

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 14 de 14
Mod PS.001_01.0							

MINISTÉRIO DA SAÚDE [REDACTED]	PXX.XXX BOC
Instrução de Trabalho – Produtos Biológicos para Anatomia Patológica	

ANEXO I - "Instruções de utilização do kit para derrames de produtos químicos"



[REDACTED]	Instruções de utilização do kit para derrames de Produtos Químicos	
➤ Ajudar qualquer pessoa que possa ter sido afetada; ➤ Evacuar todas as pessoas cuja presença não é essencial na área do derrame; ➤ Se o derrame é de material inflamável, apagar as fontes de ignição e as fontes de calor; ➤ Aceder ao kit; ➤ Colocar a bata; ➤ Colocar a máscara de proteção; ➤ Colocar os óculos de proteção; ➤ Colocar as luvas de proteção; ➤ Colocar os protetores do calçado; ➤ Colocar, delicadamente, os panos absorventes para cobrir a área inteira do derrame; ➤ Certificar-se que todo o líquido foi absorvido; ➤ Remover cuidadosamente o absorvente contaminado para o saco de eliminação; ➤ Certificar-se que o saco de eliminação está devidamente fechado; ➤ Colocar o saco de eliminação num recipiente para resíduos do grupo IV; ➤ Proceder à higienização da área afetada; ➤ Remover o EPI (luvas, óculos, bata, protetor calçado, máscara) e rejeitar como resíduos do grupo IV; ➤ Higienização das mãos imediatamente após remover os EPI's; ➤ Participar o derrame ao Enfermeiro chefe/Responsável Serviço e preencher a ficha de notificação de ocorrência/incidente/acidente (Modelo 266R); ➤ Caso o derrame tenha atingido algum profissional, deverá ainda ser seguido o protocolo de participação de acidente de trabalho.		

IT.AAA.XXX.BB.YYY	Elaborado	Data	Verificado CQS	Data	Aprovado CA	Data	Pág. 14 de 14
Mod PS.001_01.01							

ANEXO V: Plano de Sessão da Formação “Gestão de Risco em Saúde e Segurança do Cliente: Notificação de Incidentes”



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



TEMA DA SESSÃO: Gestão de Risco em Saúde e Segurança do Cliente: Notificação de Incidentes

CURSO/ACÇÃO:		MÓDULO:		SERVIÇO: UCA	
N.º:	Carga horária: 2 h	N.º:	Carga horária:	N.º:	Carga horária: 2h
OBJECTIVO GERAL: Criar um ambiente de aprendizagem, com uma cultura proativa e não punitiva que promova o relato de incidentes, erros, quase-incidentes, preocupações e riscos ou outras situações que possam por em causa a segurança do cliente.					ÁREA DE FORMAÇÃO: Saúde
DESTINATÁRIOS: Equipa UCA		N.º		PERFIL: Equipa UCA	
INSTITUIÇÃO:		PRÉ-REQUISITOS: Equipa UCA			
LOCAL: Recobro 2 - UCA		ESPAÇO: Sala		DATA:	HORA: 8h-10h
MONITOR/FORMADOR: Liliana Santos		T:		E:	CAP:
Presencial ☒ On Line ☒					

	CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	ACTIVIDADES	TEMPO	MÉTODOS / TÉCNICAS	MATERIAIS e EQUIPAMENTOS	AValiação
Introdução	- Gestão de Risco em Saúde - Segurança do cliente - Qualidade dos cuidados em saúde	- Descrever as boas práticas na segurança dos clientes. - Conhecer instrumentos e ferramentas de notificação, de forma não punitiva de incidentes de segurança	- Apresentação da temática em contexto sala e on-line	15 min	- Expositivo	- Portátil, projector, internet e plataforma WebexMeet	- Reflexão e discussão em equipa da importância das boas práticas na segurança dos clientes.
Desenvolvimento	- Plataformas de notificação de incidentes - Apresentação de tutorial para a notificação de incidentes na plataforma HER*	- Reconhecer o papel do enfermeiro na identificação, prevenção e reporte de eventos adversos e situações de risco a nível hospitalar - Descrever o circuito de		1h30	- Expositivo - Demonstrativo		- Simulação de casos de notificação de incidentes

SEFI - SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO



PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO



Conclusão	- Criar um ambiente aberto para a notificação de incidentes - Fomentar uma adequada responsabilização diante dos incidentes - Reconhecer as deficiências do sistema (concepção, organização e funcionamento) - Promover uma cultura justa - Percorrer que o sistema de notificação de incidentes permite a aprendizagem a partir das falhas que foram identificadas e que, geralmente, são provocadas por fragilidades existentes no sistema	- reporte dos eventos adversos		15 min			
-----------	--	--	--	--------	--	--	--

SEFI - SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

ANEXO VI: Sessão de Formação “Notificação do Risco”

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica | Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória



Notificação do risco

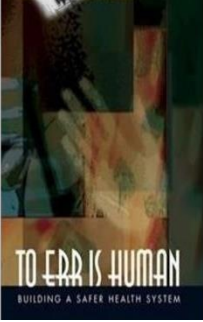
Enfermeiro **Tutor:** Filipe Varejão | Docente **Orientador(a):** Professora Doutora Liliana Mota



Liliana Santos

03/02/2023





Problema

Prestação de Cuidados de Saúde inseguros:

- Principal causa de morte e incapacidade em todo mundo
- Maioria do dano é evitável

Evidência revela que:

- Ocorrem cerca de 134 milhões de eventos adversos / ano
- Morrem cerca de 2,6 milhões de pessoas / ano

Impacto Financeiro:

- Custo social dano ao doente = US \$ 1 trilhão a US \$ 2 trilhões / ano

Profissionais de Saúde:

Podem também sofrer danos psicológicos duradouros e sentimentos de culpa e autocritica profundamente enraizados.

(WHO, 2022)

To err is human; to admit it, superhuman.

Doug Larson

quotefancy

Solução...



OMS

O Plano **Ação Mundial** para a Segurança do Doente **2021-2030** assenta em **7 objetivos estratégicos** e apresenta a **segurança do doente** como estratégia prioritária para o cuidado da saúde; Políticas para eliminar danos evitáveis nos cuidados de saúde



DGS

Plano Nacional para a Segurança do Doente (**PNSD**) **2021-2026** tem por objetivos consolidar e promover a **segurança** na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde. Encontra-se estruturado em **5 pilares**.



1º Pilar

Cultura e Segurança (CS). Objetivo estratégico: Avaliação da CS. Atividades: Revisão do questionário de ACS; Implementação do questionário de ACS...



Norma 005/2018

Avaliação da CS dos doentes nos hospitais. "A participação de **enfermeiros** gestores no planeamento e implementação de estratégias, para melhorar a cultura de segurança do paciente, pode reforçar essas estratégias" (Amini et al., 2018).

5

Porquê continuar a estudar a cultura de segurança...

Research Article
Healthcare Professional's Perception of Patient Safety Measured by the Hospital Survey on Patient Safety Culture: A Systematic Review and Meta-Analysis

Julia Brown-Hart (University of York), Tala Feroze Ghalib, and Marcus Tabet (University of York)

Abstract
The aim of this study was to conduct a systematic review and meta-analysis of the literature on the perception of patient safety culture (PSC) in hospitals. The study included studies published between 2000 and 2020 that reported on the perception of PSC in hospitals. The results of the meta-analysis showed that the mean score for PSC was 4.5 (SD 0.5). The study also found that the perception of PSC was significantly higher in hospitals with a higher level of accreditation (p < 0.001).

RELATÓRIO SEGURANÇA DOS DOENTES

Cultura de segurança do paciente em um hospital universitário

Abstract
The aim of this study was to evaluate the perception of patient safety culture (PSC) in a university hospital. The study included healthcare professionals from different departments. The results of the study showed that the mean score for PSC was 4.2 (SD 0.4). The study also found that the perception of PSC was significantly higher in the emergency department (p < 0.001).

NOTIFICAÇÃO DO RISCO

Contribui para a melhoria da cultura de segurança dos doentes e dos profissionais, evitando futuras ocorrências, através da implementação de ações corretivas numa aprendizagem contínua.

A cultura de segurança na organização:

- Reconhece as deficiências do sistema;
- Adequa responsabilização diante dos incidentes;
- Proporciona um ambiente aberto (numa cultura não punitiva) para a notificação de incidentes.

Plataformas de notificação de incidentes

notifi@

HER+ HEALTH EVENT & RISK MANAGEMENT

infontet

www.chts.min-saude.pt

Novembro 2022

Direção-Geral da Saúde Norma nº 015/2014 de 25/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Lisboa, 28 de setembro de 2014.

<https://www.youtube.com/watch?v=AbiqF2Z34DI>

Cultura de Segurança

TÍTULO DO ESTUDO DE INVESTIGAÇÃO

- ✓ Reconhece as deficiências do Sistema;
- ✓ Adequa responsabilização diante dos incidentes;
- ✓ Proporciona um ambiente aberto (numa cultura não punitiva) para a notificação de incidentes.

ANEXO VII: Auxiliar de Memória com *QRcode* do vídeo tutorial
de auxílio à notificação de incidentes de segurança do doente



 **UCA**

 **ESS+**
Unidade de Saúde do Norte Alentejo
e do Centro Alentejo, Portugal

NOTIFICAÇÃO DO RISCO

Contribui para a melhoria da cultura de segurança dos doentes e dos profissionais, evitando futuras ocorrências, através da implementação de ações corretivas numa aprendizagem contínua.

A cultura de segurança na organização:

- Reconhece as deficiências do sistema;
- Adequa responsabilização diante dos incidentes;
- Proporciona um ambiente aberto (numa cultura não punitiva) para a notificação de incidentes.

Plataformas de notificação de incidentes



notifiQ@

HER+ HEALTH EVENT & RISK MANAGEMENT

infonet

www.chts.min-saude.pt

Novembro 2022

Direção-Geral da Saúde Norma nº 015/2014 de 26/09/2014 - Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA. Lisboa 25 de setembro de 2014

**ANEXO VIII: Proposta de Ficha Cirúrgica “Mastectomia parcial
+ BGS (pesquisa de gânglio sentinela)”**

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)	

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

Mastectomia parcial consiste na remoção de parte do tecido mamário, onde está localizado o tumor e respetivas margens. Podendo haver também remoção do gânglio sentinela.

O gânglio sentinela é o primeiro a ser atingido pelas células malignas emitidas pelo tumor (no caso de existirem), no caso da mama localiza-se maioritariamente na zona ganglionar da axila.

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Equipamentos:

- Ecógrafo
- Gerador de eletrocoagulação: na região caudal da doente
- Aspirador: na região caudal da doente
- Apoio de braços (bilateral)
- Manta de aquecimento inferior (abaixo da região umbilical)

3. POSICIONAMENTO DO DOENTE E EQUIPA (ANEXO III)

Posicionamento da doente:

- ✓ Marquesa operatória em posição de decúbito dorsal.
- ✓ Apoio de braços bilateral (com ângulo de abdução maior na lateralidade cirúrgica)
- ✓ Dispositivos de prevenção de úlceras de pressão relacionadas com o posicionamento cirúrgico (rolos para região poplíteia e região posterior dos tornozelos)

Posicionamento da equipa cirúrgica:

- ✓ Cirurgião Principal: do lado da mama a ser intervencionada
- ✓ 1º Ajudante: lado oposto ao do cirurgião principal
- ✓ (se houver 2º ajudante, irá colocar-se, posteriormente à cabeça da doente - do lado do cirurgião principal)
- ✓ Instrumentista: lado oposto ao do cirurgião principal

4. TIPO DE ANESTESIA

- Anestesia Geral Balanceada
- (- Bloqueio de nervos periféricos (BNPs) - nervos peitorais lateral e medial)

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 1 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)	

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Instrumental Cirúrgico:

- Caixa de base do pescoço, ou - Caixa de partes moles
- Corta-fios (se a doente apresentar arpo colocado) - armazenado na sala de materiais de ortopedia, entre as salas operatórias 5 e 6.
- Pinça de aplicação de clips (vascular)

Dispositivos:

- *Gamma Finder* (para pesquisa do gânglio sentinela) - armazenada no cofre

6. MATERIAL CONSUMÍVEL

- ✓ 1 Trough universal
- ✓ 3 ou 4 batas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ 1 Bisturi elétrico monopolar
- ✓ 2 Protetores de foco
- ✓ 1 Caixa de cortoperfurantes
- ✓ 1 Cânula de aspiração
- ✓ 1 Tubo de aspiração
- ✓ 1 Agradador de pele ("máquina de agramos")
- ✓ 1 Lâmina nº 15
- ✓ Compressas grandes
- ✓ Compressas pequenas
- ✓ Clips de titânio
- ✓ 1 lixa
- ✓ 3 "opside" com compressa (tamanho médio 15cmx8cm)
- ✓ Adesivos para suturas cutâneas ("Steri strips")
- ✓ (+ 1 Lençol - se a equipa cirúrgica preferir colocar por baixo da axila da doente)
- ✓ 1 Proteção do dispositivo médico "*Gamma Finder*"
- ✓ 1 Seringa (pré-cheia) de azul patente
- ✓ 1 Agulha 23G
- ✓ 1 caneta dermográfica

7. FIOS DE SUTURA

- 1 Multifilamento: Seda 2-0
- 2 Monofilamento absorvível 3-0 ("*Monocryl*"; "*Monosyn*")
- 1 Monofilamento absorvível 4-0 ("*Monocryl*"; "*Monosyn*")
- (Multifilamento não absorvível 5-0 "*Ethilon*")

8. DURAÇÃO PREVISTA

1h30min

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 2 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral <u>Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)</u>	

9. PERDAS SANGUÍNEAS ESTIMADAS

Insensíveis (+/- 50ml a 100ml).

10. DESINFEÇÃO DA PELE E MUCOSAS

Iodopovidona - solução dérmica.

11. PROFILÁXIA ANTIBIÓTICA

cefazolina (usualmente).

12. PENSO CIRÚRGICO

Compressa pequena com orifício para o mamilo. Penso transparentes 15x8cm (3 a 4) para fixação das compressas anteriores e 1 a 2 pensos sobre a região mamilar. 1 penso sobre a região axilar. Compressas colocadas em forma de "soutien", tiras de adesivo de tecido de 10cm ("mefix") para fixar as compressas anteriores no formato pretendido.

13. ANATOMIA PATOLÓGICA

- ✓ Tumorectomia + Gânglio sentinela + alargamento de margens.
- ✓ (Este procedimento pode ser passível de exame extemporâneo por um Anatomopatologista).

14. RISCOS ASSOCIADOS

- Risco de queimadura
- Risco de hipotermia
- Risco de úlcera de Pressão
- Risco de queda
- Risco de hemorragia
- Risco de lesão do plexo braquial (pela hiper abdução no posicionamento cirúrgico)

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 3 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)</u>		

15. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

001 – Não existem alterações a assinalar – 1ª versão

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 4 de 8
		/ / 2023		/ / 2023		/ / 2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000
		BOC
Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)		

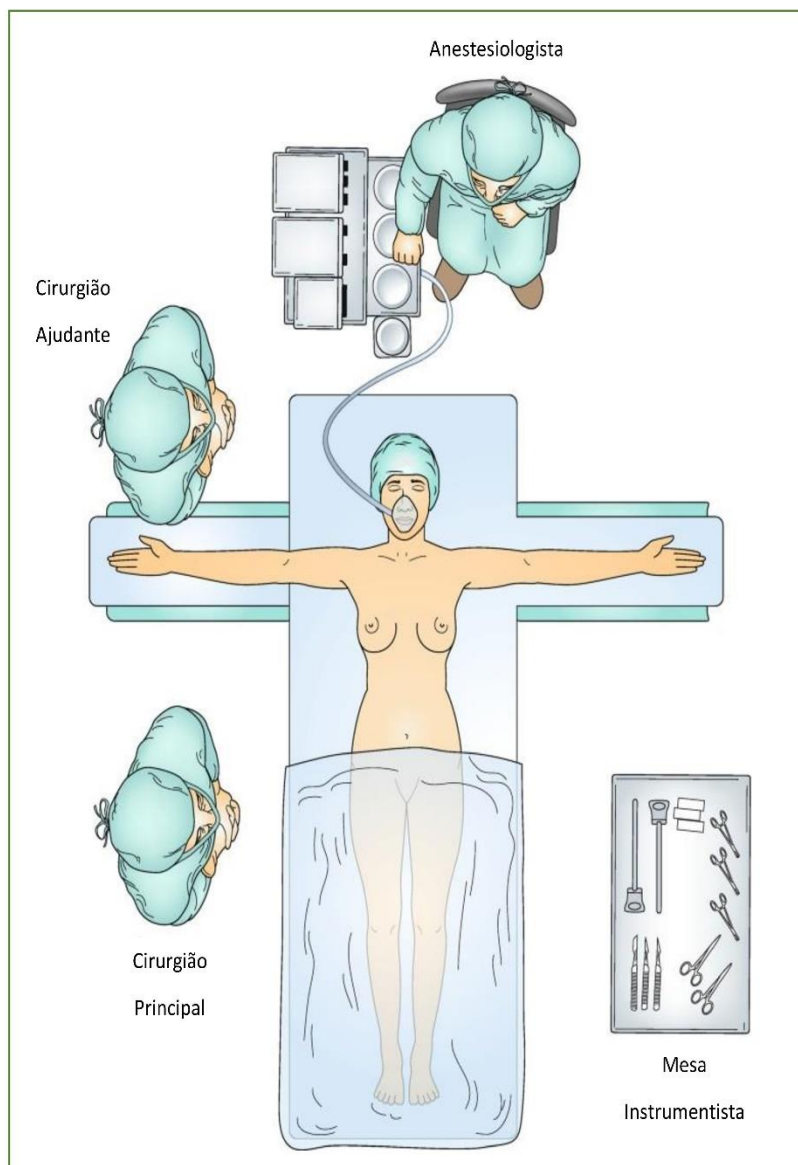
ANEXO I – DESCRIÇÃO CIRURGICA

I. Injeção intradérmica periareolar de azul patente II. (- Marcações na pele com caneta dermatográfica) III. Incisão da pele periareolar IV. Confeção de retalhos V. Excisão de peça operatória VI. Marcação da peça operatória com agafos VII. (Exame extemporâneo da tumorectomia) VIII. Alargamento da margem medial (2 agafos na nova margem medial, 1 fio longo no bordo superior da nova margem medial, 2 fios longos no bordo inferior da nova margem medial) IX. - (Exame extemporâneo da nova margem medial) X. Alargamento margem superficial XI. Marcação de loca operatória com clips de titânio XII. Mobilização de retalho dermo-glandular XIII. Encerramento do tecido celular subcutâneo com monofilamento 3-0 XIV. Encerramento das incisões cutâneas com monofilamento 4-0 (sutura intradérmica) XV. Colocação de adesivos de suturas cutâneas ("Steri strips") XVI. Incisão axilar - disseção e isolamento de gânglios radiomarcados XVII. Confeção de pensos cirúrgicos. <u>Importante:</u> Antes do encerramento cirúrgico (tecido celular subcutâneo), a contagem de compressas e de corto-perfurantes tem de ser efetuada (de acordo com a norma do serviço).

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 5 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE 	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral <u>Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)</u>	

ANEXO III- FOTO DO POSICIONAMENTO DO DOENTE E EQUIPA



FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 7 de 8
		/ / 2023		/ / 2023		/ / 2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [Redacted]	FC.BOC.XXX.000 BOC
Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Mastectomia parcial + BGS (pesquisa de gânglio sentinela)</u>		

ANEXO IV-FOTO DA MESA CIRURGICA



FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 8 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

ANEXO IX: Proposta de Ficha Cirúrgica “Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia”

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

1. DEFINIÇÃO DO PROCEDIMENTO (ANEXO I)

Tiroidectomia é o procedimento em que se faz a remoção cirúrgica da Glândula da tiroide.

Pode ser total ou parcial (quando retirada apenas um dos lobos da glândula, dependendo da indicação clínica).

2. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA SALA (ANEXO II)

Equipamentos:

- Suporte de braços bilateral (para colocação dos braços ao longo do corpo)
- Gerador de eletrocoagulação
- Manta de aquecimento corpo inteiro
- Consola "LigaSure®"

3. POSICIONAMENTO DO DOENTE E EQUIPA (ANEXO III)

Posicionamento da doente:

- ✓ Decúbito dorsal, com os braços ao longo do corpo
- ✓ Pescoço em hiperextensão, com o auxílio da quebra da marquesa operatória e recurso a rolo de gel/espuma por baixo das omoplatas
- ✓ Dispositivos de prevenção de úlceras de pressão relacionadas com o posicionamento cirúrgico (rolos para região poplíteia e região posterior dos tornozelos)

Posicionamento da equipa cirúrgica:

- ✓ Cirurgião Principal: lado direito do doente
- ✓ 1º Ajudante: lado oposto ao do cirurgião principal
- ✓ Instrumentista: lado oposto ao do cirurgião principal (lado esquerdo do 1º ajudante)

4. TIPO DE ANESTESIA

- Anestesia Geral Balanceada.

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 1 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

5. INSTRUMENTAL CIRÚRGICO (ANEXO IV)

Instrumental Cirúrgico

- Caixa de base do pescoço

6. MATERIAL CONSUMÍVEL

- ✓ 1 Trousa universal
- ✓ 3 ou 4 batas
- ✓ Luvas esterilizadas
- ✓ 1 Bisturi elétrico monopolar
- ✓ 2 Protetores de foco
- ✓ 1 Caixa de cortoperfurantes
- ✓ 1 pacote de compressas grandes
- ✓ 4 pacotes de compressas pequenas
- ✓ 1 embalagens de batufos
- ✓ 1 Lixa
- ✓ Lâmina nº 15
- ✓ 1 Pinça de "Ligasure®" (pequena)

7. FIOS DE SUTURA

- 1 Multifilamento: Seda 2-0 (para fixação do retalho superior, de acordo com técnica cirúrgica do cirurgião)
- 1 Multifilamento absorvível 3-0 ("Vicryl")
- 1 Monofilamento absorvível 4-0 ("Monocryl"; "Monosyn")

8. DURAÇÃO PREVISTA

60min a 90min (dependendo do procedimento – tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia).

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 2 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

9. PERDAS SANGUÍNEAS ESTIMADAS

Insensíveis (+/- 20ml a 50ml).

10. DESINFEÇÃO DA PELE E MUCOSAS

Solução de base alcoólica (desinfetante pele *skin prep* clorohexidina corada 2%).

11. PROFILÁXIA ANTIBIÓTICA

Sem indicação.
(A considerar cefazolina, se doença neoplásica e/ou risco infeccioso elevado).

12. PENSO CIRÚRGICO

Penso impermeável (tipo "*opsite*" com compressa, tamanho médio 8cmx15cm).

13. ANATOMIA PATOLÓGICA

A tiroide (ou lobo).

14. RISCOS ASSOCIADOS

- Risco de queimadura
- Risco de hipotermia
- Risco de úlcera de Pressão
- Risco de queda
- Risco de hemorragia
- Risco de lesão do nervo laríngeo recorrente (NLR)

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 3 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE 	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

15. ALTERAÇÕES AO DOCUMENTO

001 – Não existem alterações a assinalar – 1ª versão

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 4 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – Cirurgia Geral <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

ANEXO I – DESCRIÇÃO CIRURGICA**Tiroidectomia Total:**

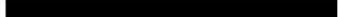
- I. Incisão cervical transversal
- II. Abertura da pele e tecido celular subcutâneo
- III. Confeção de retalhos cutâneos superior e inferior
- IV. (Fixação do retalho superior com seda 2-0 - dependendo da técnica cirúrgica do cirurgião)
- V. Abertura longitudinal do rafe mediano dos músculos pré-tiroideus e identificação de tiroide
- VI. À esquerda: Isolamento e laqueação da veia tiroideia média, vasos do polo superior e polo inferior. Identificação e preservação do NLR (nervo laríngeo recorrente) esquerdo e libertação do lobo esquerdo.
- VII. À direita: Isolamento e laqueação da veia tiroideia média, vasos do polo superior e polo inferior. Identificação e preservação do NLR direito e libertação da tiroide. Revisão da hemostase.
- VIII. Encerramento dos músculos pré tiroideus - sutura do tecido celular subcutâneo com "vicryl" 3-0 e da pele com sutura intradérmica com monofilamento absorvível 4-0 ("monosyn")
- IX. Confeção de penso cirúrgico (normalmente tipo "opside" com compressa, tamanho médio 8cm-15cm).

Hemitiroidectomia:

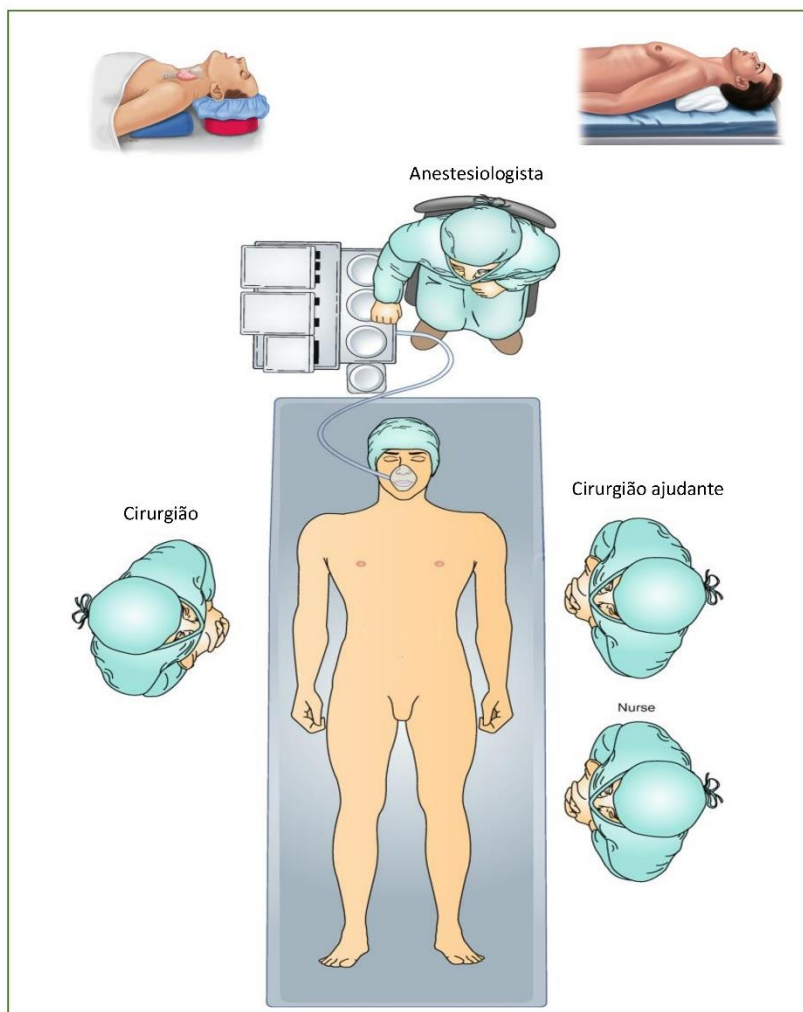
- I. Incisão cervical transversal.
- II. Abertura da pele e tecido celular subcutâneo.
- III. Confeção de retalhos cutâneos superior e inferior.
- IV. (Fixação do retalho superior com seda 2-0 - dependendo da técnica cirúrgica do cirurgião)
- V. Abertura longitudinal do rafe mediano dos músculos pré-tiroideus e identificação da hemitiroide.
- VI. Abordagem de um dos lobos da tiroide.
- VII. Isolamento e laqueação do pedículo inferior com pinça de eletrocoagulação "LigaSure".
- VIII. Isolamento e laqueação do polo vascular superior com "LigaSure".
- IX. Posterior isolamento e laqueação veia tiroideia média.
- X. Identificação e preservação do NLR.
- XI. Lobectomia - Encerramento dos músculos pré-tiroideus com "vicryl" 3-0.
- XII. Sutura do tecido celular subcutâneo com "vicryl" 3-0 e da pele com "monosyn" 4-0
- XIII. Confeção de penso cirúrgico (normalmente tipo "opside" com compressa, tamanho médio 8cm-15cm).

Importante: Antes do encerramento cirúrgico (tecido celular subcutâneo), a contagem de compressas e de corto-perfurantes tem de ser efetuada (de acordo com a norma do serviço).

FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 5 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE 	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Tireoidectomia total ou Hemitireoidectomia</u>	

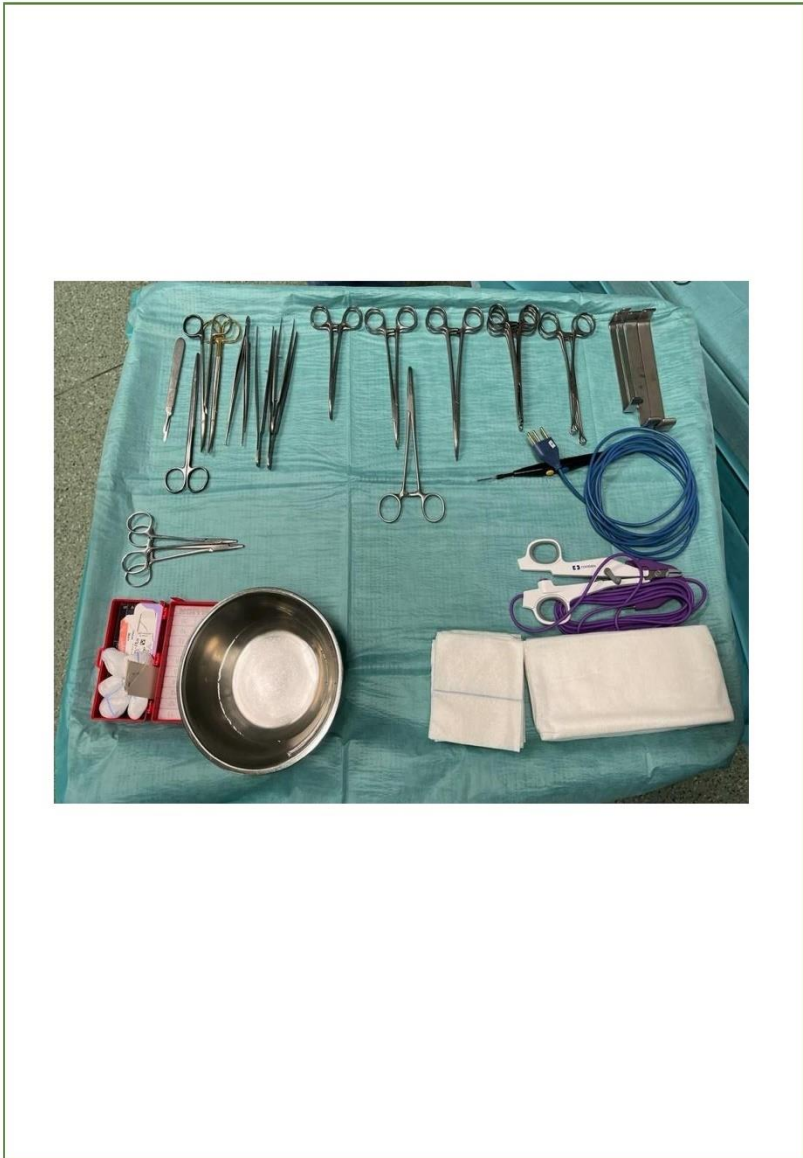
ANEXO III- FOTO DO POSICIONAMENTO DO DOENTE E EQUIPA



FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 7 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

	MINISTÉRIO DA SAÚDE [Redacted]	FC.BOC.XXX.000 BOC
	Ficha Cirúrgica – <u>Cirurgia Geral</u> <u>Tiroidectomia total ou Hemitiroidectomia</u>	

ANEXO IV-FOTO DA MESA CIRURGICA



FC.BOC.xxx.000.001	Elaborado	Data	Verificado	Data	Aprovado	Data	Pág. 8 de 8
		__/__/2023		__/__/2023		__/__/2023	

ANEXO X: Certificado Participação no Ciclo de Conferências
“Um passo para o futuro”



**ANEXO XI: Certificado de Formadora na Sessão de Formação
“EEEMC – Supervisão Clínica”**



CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA PATRICIA MOREIRA DOS SANTOS

Participou como formadora na Ação de Formação do **Bloco Operatório Central** subordinado ao tema:

"EEEMC - Supervisão Clínica"

Que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel – UPA, no dia 17 de fevereiro 2023, com a duração de **3 horas**.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação do tema, conteúdos e objetivos a atingir.

Desenvolvimento

- A supervisão clínica na integração de enfermeiros
- A integração de enfermeiros no BOC
- Apresentação do cronograma no processo de integração
- Apresentação de um plano de integração
- Demonstração da avaliação do processo de integração

Conclusão

- Debate e esclarecimento de dúvidas da temática.

.P.E., aos 16 de junho de 2023

O Bloco Operatório Central,

PAULA GUIMARÃES, ENF.
ENFERMEIRO(A) GESTOR(A)

O SEFI,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

**ANEXO XII: Certificado de Participação no Curso “Suporte
Avançado de Vida Neonatal”**

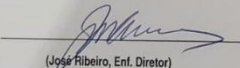


CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO PROFISSIONAL

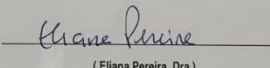
Certifica-se que **Liliana Patricia Moreira Dos Santos**, natural de Capela, de nacionalidade Portuguesa, nascido (a) a [redacted], Portador (a) da Identificação n.º [redacted], frequentou a 17 de Novembro 2022, com a duração total de 8 horas, o curso **SUPORTE AVANÇADO DE VIDA NEONATAL, COM APROVEITAMENTO.**

[redacted], aos 29 Dezembro de 2022.

O VOGAL DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO,


(José Ribeiro, Enf. Diretor)

A DIRETORA DO SEFI,


(Eliana Pereira, Dra.)

Certificado n.º PF 1055/2022

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª série), de 29 de Julho, da Ministra da Saúde

A [redacted], n.º 210 | 4560-136 GUILHUFES [redacted] | T: 255 147 527 | F: 255 714 575 | E: [redacted] | NIPC - NIF: 508 318 262

**ANEXO XIII: Certificado de Formadora na Sessão de Formação
“Segurança dos Profissionais na Manipulação de Produtos
Biológicos”**



SERVIÇO DE ENSINO
FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

CERTIFICADO DE FREQUÊNCIA DE FORMAÇÃO EM SERVIÇO

Certifica-se que o (a) Exmo. (a) Senhor (a)

LILIANA PATRICIA MOREIRA DOS SANTOS

Participou como formadora na Ação de Formação do Bloco Operatório Central subordinado ao tema:

“Segurança dos Profissionais na Manipulação de Produtos Biológicos”

Que teve lugar neste Centro Hospitalar – Penafiel – UPA, no dia 17 de março 2023, com a duração de 1 hora.

Conteúdos Programáticos

Introdução

- Apresentação e contextualização do tema

Desenvolvimento

- Segurança dos profissionais na manipulação de produtos biológicos:
 - Medidas de precaução no acondicionamento de produtos biológicos para anatomia patológica: riscos na manipulação do formaldeído.
- Apresentação da proposta de instrução de trabalho: "Produtos biológicos para anatomia patológica".

Conclusão

- Reflexão crítica da aplicação da Instrução de Trabalho no contexto da prática clínica do Bloco Operatório – sugestões de melhoria

, aos 16 de junho de 2023

O Bloco Operatório Central,

PAULA GUIMARÃES, ENF.
ENFERMEIRO(A) GESTOR(A)

O SEFI,

ELIANA PEREIRA, DRA.
DIRETORA SERVIÇO

ANEXO XIV: Sessão de Formação “Produtos Biológicos para Anatomia Patológica”



Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica | Área de Especialização a Pessoa em Situação Perioperatória



PRODUTOS BIOLÓGICOS (PARA) ANATOMIA PATOLÓGICA



Bloco Operatório Central
17 de março de 2023

Enfermeiro Tutora: Marisa Carneiro | Docente Orientador(a): Professora Doutora Liliana Mota

Formadora:
Liliana Santos



17 de março de 2023

SUMÁRIO

-  Conceitos e Definições
-  Intervenções de enfermagem no processo de recolha e acondicionamento dos produtos biológicos
-  Segurança dos profissionais na manipulação do formaldeído
-  Apresentação da proposta da Instrução de Trabalho "Produtos biológicos para anatomia patológica"

OBJETIVOS

- ✓ Demonstrar a importância da **segurança dos profissionais** na recolha, acondicionamento e transporte de produtos biológicos oriundos de atos cirúrgicos.
- ✓ Definir as **intervenções de enfermagem** do enfermeiro circulante no processo de recolha e acondicionamento de produtos biológicos.
- ✓ Estabelecer as medidas a adotar na **prevenção de complicações** relacionadas com a manipulação do formaldeído ("formol").
- ✓ Analisar a importância da **uniformização das práticas clínicas** na recolha, acondicionamento e transporte de produtos biológicos – apresentação da proposta de instrução de trabalho (IT): "produtos biológicos para anatomia patológica".



17 de março de 2023



CONCEITOS E DEFINIÇÕES

- **Anatomia patológica:** Especialidade médica que procede à análise morfológica de órgãos, tecidos e células, tendo como objetivo o diagnóstico de lesões, com implicações no tratamento e no prognóstico das doenças, bem como na sua prevenção.
 - Histopatologia (biópsias, peças cirúrgicas e exames pré-operatórios);
 - citopatologia (esfoliativa e aspirativa);
 - Autópsias clínicas e técnicas complementares do diagnóstico morfológico.
- **Amostra Biológica:** Amostra obtida por um ato de colheita e sobre a qual vão ser efetuados um ou vários exames laboratoriais do âmbito da anatomia patológica.
- **Biópsia:** fragmento de órgão ou de tecido colhido por meios cirúrgicos, por meio de instrumentação endoscópica ou por meio de agulha.
- **Peça operatória:** parte ou a totalidade de um órgão ou de estrutura anatómica a examinar.
- **Biópsia/citologia extemporânea ou pré-operatória:** amostra biológica examinada durante um procedimento cirúrgico para determinar a natureza de um tecido ou lesão ou o estágio das margens da excisão.

17 de março de 2023



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NO PROCESSO DE RECOLHA E ACONDICIONAMENTO DOS PRODUTOS BIOLÓGICOS

Acondiciona adequadamente, rotula e regista as peças para anatomia patológica, citologia, microbiologia ou outros exames

(Duarte & Martins, 2014)

SEGUNDO A **AESOP**, O **ENFERMEIRO CIRCULANTE** É O PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM QUE APRESENTA FUNÇÕES RELATIVAS À GESTÃO DOS PRODUTOS BIOLÓGICOS.

17 de março de 2023



SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

FRAGATA

“A atividade num **bloco operatório** é uma **prática complexa, interdisciplinar**, com **forte dependência da atuação individual**, exercida no seio de organizações complexas, onde os fatores de equipa e os fatores de sistema desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos”.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE)

“O **bloco operatório** é uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, concentram-se **riscos de variada ordem**, tornando a **manutenção e segurança do ambiente cirúrgico** em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros”.

17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO

PAPER

Towards a formalin-free hospital. Levels of 15-(2)-cystoprostane and malondialdehyde to monitor exposure to formaldehyde in nurses from operating theatres

María Sillero-Lir, Guadalupe Pérez, Elena Zúñiga, Francisco Buján, Ana López, Clara Villaverde, and Roberto López

Formaldehyde and Cancer Risk

What is formaldehyde?

Formaldehyde is a common colorless, strong-smelling chemical that is a gas at room temperature. It occurs naturally in the environment, including in our food (and even inside our bodies), and is also a widely used chemical in many industries. For example, it is used in making building materials and many household products, including:

- Pressed wood products, such as particleboard, plywood, and OSB
- Glass and ceramics
- Formaldehyde-based resins
- Paper product coatings
- Cellulose insulation materials

When dissolved in water, it is called formalin, which is commonly used as an industrial disinfectant and as a preservative in funeral homes and medical labs. It can also be used as a preservative in some products, such as disinfectants, medicines, and cosmetics. Sometimes, even when formaldehyde is not an ingredient in a product,

What expert agencies say

Several national and international agencies study different substances in the environment to determine if they can cause cancer. (A substance that causes cancer or helps cancer grow is called a carcinogen.) The American Cancer Society looks to these organizations to evaluate the risks based on evidence from lab, animal, and human research studies.

Based on the available evidence, some of these expert agencies have evaluated the cancer-causing potential of formaldehyde:

- The International Agency for Research on Cancer (IARC) is part of the World Health Organization (WHO). The IARC group gives its study results in a report (IARC) has concluded that **formaldehyde is "carcinogenic to humans"** based on sufficient evidence from cancer-causing research and humans.
- The US National Toxicology Program (NTP) is formed from parts of several different US government agencies, including the National Institutes of Health (NIH), the Centers for Disease Control and Prevention (CDC), and the Food and Drug Administration (FDA). The NTP has formaldehyde as "known to be a human carcinogen."
- The US Environmental Protection Agency (EPA) evaluates the negative health effects from exposure to various substances in the environment. The EPA has classified formaldehyde as a **"known human carcinogen"**.

(For more information on the classification system used by some of these agencies, see Known and Possible Human Carcinogens.)

17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS NA MANIPULAÇÃO DO FORMALDEÍDO ("FORMOL")

FORMALDEÍDO

O aldeído fórmico tamponado 10% (solução de 1L) é comercialmente designado por "formol". Segundo a tabela de índice de produtos químicos da farmácia do CHTS, apresenta como classificação de perigo a possibilidade de efeitos cancerígenos.



17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS NA MANIPULAÇÃO DO FORMALDEÍDO ("FORMOL")

Tabela de índice de produtos químicos da farmácia do CHTS

1206000001	ALDEÍDO FÓRMICO TAMPONADO 10% SOL 1L	Aldeído Fórmico			Possibilidade de efeitos cancerígenos.	Possibilidade de efeitos sensibilizantes sobre a pele.	Máscaras, Óculos de Protecção, Luvas de Nitrilo.
------------	--------------------------------------	-----------------	--	--	--	--	--

R 40: possibilidade de efeitos cancerígenos

R 43: pode causar sensibilização em contacto com a pele

Equipamentos de protecção individual (EPI's)

17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS NA MANIPULAÇÃO DO FORMALDEÍDO ("FORMOL")

RISCOS PARA A SAÚDE

INALAÇÃO	PELE	OLHOS	INGESTÃO
Os vapores de formaldeído podem provocar: Irritação das mucosas (e vias respiratórias superiores) A inalação de grades quantidades: Sonolência Fraqueza Palpitações cardíacas Nalguns casos pode ainda provocar uma situação similar a uma Intoxicação alcoólica.	A exposição pode causar: Endurecimento da pele Formação de vesículas A exposição prolongada pode originar: Amaciamento da pele (aparência fibrosa e acastanhada) Pode ainda causar: Inflamação muito dolorosa Dermatites Sensibilização	A vapores e soluções de formaldeído têm: Efeito irritante sobre a parede ocular, podendo provocar lesões graves.	A ingestão de "Formol" é: Irritante para a boca, garganta e estômago. Sintomas após ingestão: Dor intensa Vómitos Diarreia Seguindo-se vertigens, convulsões, perda de consciência, podendo levar à morte. <u>Pode ainda</u> originar danos nos rins e perturbações gastrointestinais.

17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS NA MANIPULAÇÃO DO FORMALDEÍDO ("FORMOL")

RISCOS PARA A SEGURANÇA





O formaldeído é uma solução tóxica com **risco de explosão** do reservatório por ação de chamas.

Durante a combustão podem libertar-se vapores de formaldeído tóxicos e irritantes, formando misturas explosivas com o ar no caso de aquecimento na fase de vapor/gás.

Importante: O formaldeído não deve em circunstância alguma entrar nas salas operatórias!

17 de março de 2023

RISCOS PARA O AMBIENTE



O "Formol" é **nocivo** para os organismos aquáticos e terrestres.

17 de março de 2023

SEGURANÇA DOS PROFISSIONAIS NA MANIPULAÇÃO DO FORMALDEÍDO ("FORMOL")

PRECAUÇÕES DE SEGURANÇA

➤ MANUSEAMENTO

➤ ARMAZENAMENTO

Mascaras,
Óculos de Protecção,
Luvas de Nitrilo

- Utilizar os EPI's adequados
- Não inalar os vapores/aerossóis
- Evitar o contacto com os olhos, pele e roupa

Conservar as embalagens bem fechadas

- Longe da luz solar directa
- Local bem seco e bem ventilado
- Temperatura ambiente

17 de março de 2023

Medidas a adotar em caso de fuga accidental

➤ PRECAUÇÕES INDIVIDUAIS

➤ PRECAUÇÕES AMBIENTAIS

➤ MÉTODO DE LIMPEZA

Mascaras,
Óculos de Protecção,
Luvas de Nitrilo

- Garantir ventilação adequada.
- Não inalar os vapores.
- Utilizar EPI's adequados

Evitar a entrada em cursos de água, esgotos, poços, terrenos impermeáveis ou de cultura e em zonas habitacionais.

Lavar a zona contaminada com água em abundância, retendo os produtos resultantes dessa lavagem como se fossem detritos contaminados.

17 de março de 2023

INSTRUÇÕES DE UTILIZAÇÃO PARA DERRAMES DE PRODUTOS QUÍMICOS

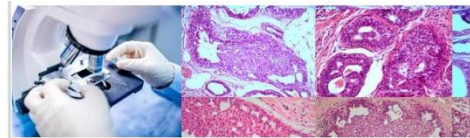
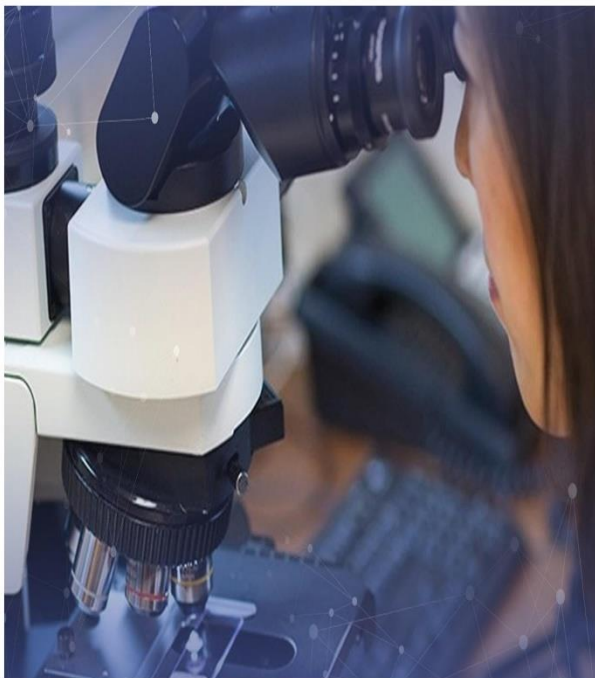
KIT DE EMERGÊNCIA
DERRAME DE PRODUTOS QUÍMICOS

- Se o derrame é de material inflamável, apagar as fontes de ignição e as fontes de calor;
- Acender ao kit;
- Colocar a bala;
- Colocar a máscara de protecção;
- Colocar os óculos de protecção;
- Colocar as luvas de protecção;
- Colocar os protectores ao calçado;
- Colocar, cuidadosamente, os meios absorventes para cobrir a área inteira do derrame;
- Certificar-se que todo o líquido foi absorvido;
- Remover cuidadosamente o absorvente contaminado para o saco de eliminação;
- Certificar-se que o saco de eliminação está devidamente fechado;
- Colocar o saco de eliminação num recipiente para resíduos do grupo IV;
- Proceder à higienização da área afectada;
- Remover o EPI (luvas, óculos, bala, protector calçado/máscara) e rejeitar como resíduos do grupo IV;

17 de março de 2023

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- DUARTE, A., & MARTINS, O. (2014). *ENFERMAGEM EM BLOCO OPERATÓRIO*. LISBOA: LIDEL.
- FRAGATA, J. (2012). *SEGURANÇA DOS DOENTES: UMA ABORDAGEM PRÁTICA*. LISBOA: LIDEL. ED., 2012. ISBN: 978-972-757-797-2
- FARMACÊUTICOS, S. (S.D.). ÍNDICE DE PRODUTOS QUÍMICOS. OBTIDO EM 28 DE JANEIRO DE 2023 NA INFORMET DO CIITS
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. (7 DE JANEIRO DE 2009). MANUAL DE BOAS PRÁTICAS LABORATORIAIS DE ANATOMIA PATOLÓGICA DESPACHO N.º 399/2009. *DIÁRIO DA REPÚBLICA 2.ª SÉRIE, N.º 4*. PORTUGAL. OBTIDO EM [HTTPS://FILES.DRE.PT/2S/2009/01/004000000/0051000516.PDF](https://files.dre.pt/2S/2009/01/004000000/0051000516.pdf)
- N.GERAL.002 IDENTIFICAÇÃO DOS UTENTES
- CIITS, SERVIÇOS FARMACÊUTICOS. (10 DE JANEIRO DE 2011). *FICHA DE DADOS DE SEGURANÇA DO FORMOL 1.1% A 10%*. OBTIDO EM 28 DE JANEIRO DE 2023 NA INFORMET DO CIITS
- SOCIETY, A. C. (24 DE OUTUBRO DE 2022). *FORMALDEHYDE AND CANCER RISK*. (A. C. SOCIETY, ED.) OBTIDO EM 18 DE FEVEREIRO DE 2023: [HTTPS://WWW.CANCER.ORG/](https://www.cancer.org/)



OBRIGADA

ANEXO XV: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral
“Cultura de Segurança: a Comunicação de Eventos Adversos na
perspetiva dos Enfermeiros”



Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral “Cultura de Segurança: a Comunicação de Eventos Adversos na Perspetiva dos Enfermeiros”** da autoria de Liliana Patrícia Moreira dos Santos, Liliana Andreia Neves da Mota, Ana Luísa Antunes e Fernanda Príncipe foi apresentada por Liliana Patrícia Moreira dos Santos na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: *investigação em saúde global e redes de colaboração*” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Mota

Organização:



ANEXO XVI: Certificado de Apresentação da Comunicação Oral
“Perceção dos Profissionais de Saúde sobre Cultura de
Segurança do Doente em dois Centros Hospitalares de
Portugal”



CERTIFICADO

Certifica-se que

Liliana Santos

apresentou o trabalho intitulado "**PERCEÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE SOBRE CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE EM DOIS CENTROS HOSPITALARES DE PORTUGAL**", no formato de **Comunicação Oral**, que teve como autor/autores Liliana Santos, Liliana Mota; 3- Ana Luísa Antunes; 4- Fernanda Príncipe na **II Convenção Internacional dos Enfermeiros**, que se realizou nos dias **10 e 11 de maio de 2023**, com duração total de 12 horas, no **Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz**.

Figueira da Foz, 11 de maio de 2023

Ana Rita Pedrosa Cavaco
Presidente da II Convenção
Internacional dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica da
II Convenção Internacional dos Enfermeiros



**ANEXO XVII: Certificado da Comunicação Oral “Notificação de
Eventos de Segurança do Doente na Perspetiva dos
Enfermeiros”**



Certificado

Certifica-se que a **Comunicação Oral “Notificação de Eventos de Segurança do Doente na Perspetiva dos Enfermeiros”** da autoria de Ana Luísa Antunes, Fernanda Príncipe, Liliana Mota e Liliana Santos foi apresentada por Ana Luísa Antunes na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Mota

Organização:



**ANEXO XVIII: Certificado da Comunicação Oral “Cultura de
Segurança do Doente: Aprendizagem Organizacional e a
Resposta ao Erro na Perspetiva dos Profissionais”**



CERTIFICADO

Certifica-se que

Ana Antunes

apresentou o trabalho intitulado "**CULTURA DE SEGURANÇA DO DOENTE: A APRENDIZAGEM ORGANIZACIONAL E A RESPOSTA AO ERRO NA PERSPETIVA DOS PROFISSIONAIS**", no formato de **Comunicação Oral**, que teve como autor/autores Ana Antunes, Fernanda Príncipe; Liliana Mota; Liliana Santos na **II Convenção Internacional dos Enfermeiros**, que se realizou nos dias **10 e 11 de maio de 2023**, com duração total de 12 horas, no **Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz**.

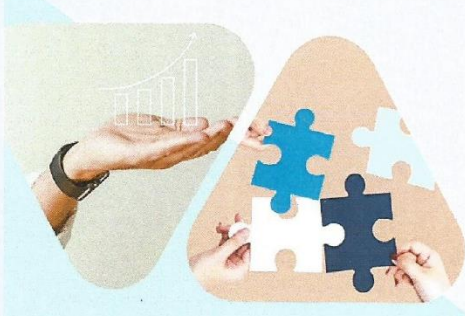
Figueira da Foz, 11 de maio de 2023

Ana Rita Pedrosa Cavaco
Presidente da II Convenção
Internacional dos Enfermeiros

Ana Fonseca
Presidente da Comissão Científica da
II Convenção Internacional dos Enfermeiros



ANEXO XIX: Certificado de Participação na Bolsa de
Investigação de Enfermagem “Enfermeira Arminda Mendes
Costa”



**DIA INTERNATIONAL
DO ENFERMEIRO**
12 MAIO 2023
AUDITÓRIO HOSPITAL PADRE AMÉRICO | 08:30

**OUR NURSES.
OUR FUTURE.**
International Council of Nurses
International Nurses Day
12 May 2023

Ciclo de Conferências
UM PASSO PARA O FUTURO
NÚCLEO DOS ENFERMEIROS GESTORES DO CHTS

REPÚBLICA PORTUGUESA SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

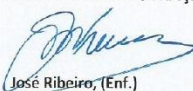
Bolsa de Investigação de Enfermagem

Certifica-se que **Liliana Patrícia Moreira dos Santos**

Participou com um trabalho de Investigação, subordinado ao tema: “Cultura de segurança num Centro Hospitalar da região Norte de Portugal”, na Bolsa de Investigação de Enfermagem “Enfermeira Arminda Mendes Costa”.

Penafiel, 12 de maio de 2023

O CONSELHO DA ADMINISTRAÇÃO



José Ribeiro, (Enf.)
Enfermeiro Diretor

Unidade Formativa Acreditada pelo Despacho n.º 13019/98 (2.ª Série), de 29 de julho, da Ministra da Saúde
Av. Hospital Padre Américo n.º 210 | 4564-007 GUILHUFÉ - PENAFIEL | T: 255 147 257 | F: 255 714 575 |
E: sfap@chts.min-saude.pt | NIPC - NIF: 508 318 262

ordem dos enfermeiros secção regional norte

REPÚBLICA PORTUGUESA SAÚDE SNS SERVIÇO NACIONAL DE SAÚDE Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa, E.P.E. SEFI SERVIÇO DE ENSINO FORMAÇÃO E INVESTIGAÇÃO

ANEXO XX: Certificado de Participação na Comemoração do
Dia Internacional da Cobertura Universal em Saúde – 2º
Encontro do Núcleo de Enfermeiros de Médico-Cirúrgica



**ANEXO XXI: Certificado de Participação no Seminário de
Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e
Consciência Cirúrgica no Perioperatório”**



CERTIFICADO

Certifica-se para os devidos efeitos que:

Liliana Santos

participou no **1º Seminário de Enfermagem Perioperatória “Cultura de Segurança e Consciência Cirúrgica no Perioperatório”**, no dia 15 de fevereiro de 2023, com a duração de três (3) horas.

Oliveira de Azeméis, 15 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP


(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

Rua da Cruz Vermelha, Cidacos, Apartado 1002 3720-126 Oliveira de Azeméis www.essnortecvp.pt



ANEXO XXII: Certificado da Apresentação do Póster
“Intervenções de Enfermagem perioperatórias para a
prevenção da infeção na hernioplastia abdominal”



Certificado

Certifica-se que:

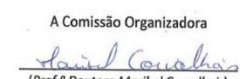
Liliana Patrícia Santos, Marta Sofia Leal,
Joana Catarina Carneiro e Filipe Ribeiro Varejão

apresentaram o Póster “Intervenções de Enfermagem perioperatórias para a prevenção da infeção na hernioplastia abdominal”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESSNorteCVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



www.essnortecvp.pt

ANEXO XXIII: Certificado da Apresentação do Póster
“Reprocessamento de Dispositivos Médicos e Prevenção de
Infeção: Papel do Enfermeiro Perioperatório”



Certificado

Certifica-se que Liliana Patrícia Santos, Marta Sofia Leal, apresentaram a **Comunicação Livre em forma de Poster, REPROCESSAMENTO DE DISPOSITIVOS MÉDICOS E PREVENÇÃO DE INFEÇÃO: PAPEL DO ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO**, no Congresso Internacional de Controlo de Infecção, CICI2023, que se realizou On-Line, nos dias 30 e 31 de março de 2023.

Porto, 03 de abril de 2023

A Presidente do Congresso
Margarida Ferrelira

O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



ANEXO XXIV: Questionário *Hospital Survey on Patient Safety Culture (SOPS®)*, versão 2.0

Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

Gostaríamos de o/a convidar a participar num estudo de investigação que tem como objetivo descrever a cultura de segurança do doente hospitalizado percebida pelos profissionais.

O instrumento de recolha de dados é o questionário Hospitalar Survey on Patient Safety Culture - SOPS®, Versão 2.0, da Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), traduzido do Inglês com autorização da AHRQ, em outubro de 2022. Este projeto pretende também contribuir para um estudo mais alargado da validação deste questionário para a população portuguesa.

As questões deverão ser respondidas individualmente, não existindo respostas certas ou erradas. É importante que responda a todas as questões da forma mais espontânea possível. Lembramos que o questionário é anónimo e não identificável. Apenas os investigadores acedem às respostas ao questionário. Ao responder ao questionário está a dar o seu consentimento explícito para a participação no estudo.

Qualquer dúvida ou questão adicional estarei ao dispor através do seguinte correio eletrónico: 3696@essnortecvp.pt

Grata pela Colaboração!

Liliana Santos

SOPS® Hospital Survey

Version: 2.0

Language: Portuguese

For more information on getting started, selecting a sample, determining data collection methods, establishing data collection procedures, conducting a web-based survey, and preparing and analyzing data, and producing reports, please read the [Hospital Survey Version 2.0 User's Guide](#).

For the survey items grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess, please refer to the [Hospital Survey Version 2.0 Items and Composite Measures](#) document.

- To participate in the AHRQ Hospital Survey on Patient Safety Culture Database, you must have administered the survey in its entirety without modifications or deletions:
 - No changes to any of the survey item text and response options.
 - No reordering of survey items.
 - Questions added only at the end of the survey after Section F, before the Background Questions section.

For assistance with this survey, please contact the SOPS Help Line at 1-888-324-9749 or SafetyCultureSurveys@westat.com.



Questionário sobre a Segurança do Doente no Hospital (Versão 2.0)

Instruções

Este questionário pede-lhe que deixe a sua opinião sobre questões de segurança do doente, erro médico e reporte de eventos no seu hospital. Levará sensivelmente entre 10 a 15 minutos a responder.

Se uma questão não se aplicar a si ou ao seu hospital, ou não souber a resposta, por favor assinale “Não se aplica ou não sei.”

- A “**Segurança do doente**” é definida como a prevenção de danos ou eventos adversos resultantes da prestação de cuidados de saúde.
- Um “**evento de segurança do doente**” é definido como qualquer tipo de erro, equívoco ou incidente relacionado com os cuidados de saúde, independentemente de resultar ou não em danos para o doente.

Categoria Profissional

1. Qual a sua categoria neste hospital?

Selecione UMA resposta.

Enfermeiro

- ☐ 1 Enfermeiro Gestor
- ☐ 2 Enfermeiro Especialista
- ☐ 3 Enfermeiro

Médico

- ☐ 4 Médico Assistente Graduado Sénior
- ☐ 5 Médico Assistente Graduado
- ☐ 6 Médico Assistente
- ☐ 7 Médico Interno

Outra categoria

- ☐ 8 Dietista
- ☐ 9 Farmacêutico, Técnico de Farmácia
- ☐ 10 Terapeuta Ocupacional ou da Fala
- ☐ 11 Psicólogo
- ☐ 12 Fisioterapeuta
- ☐ 13 Assistente Social
- ☐ 14 Técnico de Diagnóstico e Terapêutica (ex., ECG, Radiologia...)

Supervisor, Gestor, Diretor Clínico, Diretor Executivo

- ☐ 15 Supervisor, Gestor, Gestor de Departamento, Diretor Clínico, Administrador
- ☐ 16 Diretor Executivo

Apoio

- ☐ 17 Instalações
- ☐ 18 Serviços de Alimentação
- ☐ 19 Limpeza, Serviços Ambientais
- ☐ 20 Tecnologias da Informação, Serviços de Informação em Saúde, Informática Clínica
- ☐ 21 Segurança
- ☐ 22 Transportes
- ☐ 23 Administrativo, Secretariado, Rececionista

Outra

- ☐ 24 Outra, por favor especifique:

O Seu Serviço/Unidade de Trabalho

2. Pense no seu “serviço” como a unidade de trabalho, departamento ou área clínica do hospital na qual passa a maior parte do seu horário de trabalho. Qual o serviço onde trabalha?

Selecione UMA resposta.

Vários Serviços/Sem serviço específico

- ☐1 Muitos serviços diferentes.
Sem serviço específico

Serviços Médicos/Serviços de Cirurgia

- ☐2 Serviços Médicos e Cirúrgicos
☐3 Serviços Médicos não cirúrgicos
☐4 Serviço de Cirurgia

Unidades de Cuidados

- ☐5 Cardiologia
☐6 Serviço de Urgência, Observação, Curta Estadia
☐7 Gastroenterologia
☐8 UCI (adultos)
☐9 Trabalho de parto, Parto, Obstetrícia e Ginecologia
☐10 Oncologia, Hematologia
☐11 Pediatria (incluindo UCIN, UCIP)
☐12 Psiquiatria, Saúde Comportamental
☐13 Pneumologia
☐14 Medicina Física e de Reabilitação
☐15 Telemetria

Serviços Cirúrgicos

- ☐16 Anestesiologia
☐17 Endoscopia, Colonoscopia
☐18 Pré Operatório, Bloco Operatório, UCPA/Pós e Peri Operatório

Serviços Clínicos

- ☐19 Patologia, Laboratórios
☐20 Farmácia
☐21 Radiologia, Imagiologia
☐22 Terapia Respiratória
☐23 Serviços Sociais, Gestão, Planeamento da Alta

Administração/Gestão

- ☐24 Administração/Gestão
☐25 Serviços Financeiros, Contabilidade
☐26 Recursos Humanos, Formação
☐27 Tecnologias da Informação, Gestão de Informação em Saúde, Informática Clínica
☐28 Qualidade, Gestão do Risco, Segurança do Doente

Serviços de Apoio

- ☐29 Admissão/Registo
☐30 Serviços de Alimentação ou Nutrição
☐31 Limpeza, Serviços Ambientais, Instalações
☐32 Serviços de Segurança
☐33 Transportes

Outra

- ☐34 Outra, por favor especifique:

SECÇÃO A: O Seu Serviço/Unidade de Trabalho

Indique se concorda ou discorda com as seguintes informações acerca do seu serviço/unidade de trabalho.

Pense no seu serviço/unidade de trabalho:	Discordo totalmente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo totalmente ▼	Não se aplica ou não sei ▼
1. Neste serviço, trabalhamos em conjunto como uma equipa eficaz.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
2. Neste serviço, temos profissionais suficientes para assegurar a carga de trabalho	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
3. Os profissionais deste serviço trabalham horas a mais, o que pode afetar o cuidado ao doente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
4. Este serviço revê com regularidade os procedimentos, para determinar se são necessárias mudanças para melhorar a segurança do doente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
5. Este serviço, depende em demasia de profissionais temporários, em mobilidade interna ou prestadores de serviços	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
6. Neste serviço, os profissionais sentem que os seus erros são utilizados contra eles.	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
7. Neste serviço, quando um evento é reportado parece que é a pessoa que está a ser advertida e não o problema em si.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
8. Nos momentos de maior carga de trabalho, os profissionais deste serviço entreadjudam-se	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
9. Existe um problema com comportamentos de falta de respeito pelos profissionais que trabalham neste serviço.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
10. Quando os profissionais cometem erros, este serviço preocupa-se mais em aprender do que culpar os indivíduos	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
11. O ritmo de trabalho neste serviço é tão elevado que afeta negativamente a segurança do doente.....	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
12. Neste serviço, as mudanças para melhorar a segurança do doente são avaliadas quanto à sua eficácia	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9
13. Neste serviço, há falta de apoio para com os profissionais envolvidos em erros de segurança do doente	☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 9

14. Este serviço, permite que os mesmos problemas com a segurança do doente continuem a acontecer ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

SECÇÃO B: O seu Supervisor, Gestor ou Diretor Clínico

Indique se concorda ou discorda com as seguintes afirmações acerca do seu supervisor, gestor ou diretor clínico.

	Discordo totalmente ▼	Discordo ▼	Não concordo nem discordo ▼	Concordo ▼	Concordo totalmente ▼	Não se aplica ou não sei ▼
1. O meu supervisor, gestor ou diretor clínico leva em consideração as sugestões dos profissionais para melhorar a segurança do doente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
2. O meu supervisor, gestor ou diretor clínico quer que trabalhem mais depressa nos momentos de maior carga de trabalho, mesmo que isso signifique ultrapassar determinadas ações	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
3. O meu supervisor, gestor ou diretor clínico toma ações no âmbito da segurança do doente nas situações que lhe são reportadas.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉

SECÇÃO C: Comunicação

Com que frequência estas situações acontecem no seu serviço/unidade de trabalho?

Pense no seu serviço/ unidade de trabalho:	Nunca ▼	Raramente ▼	Por vezes ▼	A maioria das vezes ▼	Sempre ▼	Não se aplica ou não sei ▼
1. Somos informados acerca de erros que aconteçam neste serviço	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
2. Quando ocorrem erros neste serviço, discutimos formas de prevenção de repetição de erros	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
3. Neste serviço, somos informados sobre as mudanças que ocorrem, com base nos eventos reportados	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
4. Neste serviço, os profissionais falam abertamente se verificarem que algo afeta negativamente os cuidados ao doente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
5. Os profissionais deste serviço falam abertamente se virem alguém com maior autoridade fazer algo que coloque em causa a segurança do doente.....	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
6. Quando os profissionais deste serviço falam abertamente, os que têm maior autoridade estão disponíveis para as questões centradas na segurança do doente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉

7. Neste serviço, os profissionais têm medo de colocar questões quando algo parece não estar correto..... ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

SECÇÃO D: Relatórios de Eventos relacionados com a Segurança do Doente

Pense no seu serviço/unidade de trabalho:	Nunca ▼	Raramente	Por vezes	A maioria das vezes	Sempre	Não se aplica ou não sei ▼
1. Quando um erro é detetado e corrigido antes de afetar o doente, com que frequência é reportado?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
2. Quando um erro atinge o doente e poderia ter causado dano, mas isso não acontece, com que frequência é reportado?	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
3. Nos últimos 12 meses, quantos eventos de segurança do doente reportou?						
☐ a. Nenhum						
☐ b. 1 a 2						
☐ c. 3 a 5						
☐ d. 6 a 10						
☐ e. 11 ou mais						

SECÇÃO E: Classificação da Segurança do Doente

1. Como classificaria o seu serviço/unidade de trabalho em relação à segurança do doente?

Fraco	Razoável	Bom	Muito bom	Excelente
☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅

SECÇÃO F: O seu hospital

Indique se concorda ou discorda com as seguintes informações acerca do seu hospital

Pense no seu hospital:	Discordo totalmente ▼	Discordo	Não concordo nem discordo ▼	Concordo	Concordo totalmente	Não se aplica ou não sei ▼
1. As ações da gestão hospitalar mostram que a segurança do doente é uma prioridade.	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
2. A gestão hospitalar proporciona os recursos adequados à melhoria da segurança do doente	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
3. A gestão hospitalar parece interessada na segurança do doente apenas após a ocorrência de um evento adverso	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉
4. Ao transferir o doente de um serviço para outro, é omitida informação importante	☐ ₁	☐ ₂	☐ ₃	☐ ₄	☐ ₅	☐ ₉

5. Durante as mudanças de turno, é omitida informação importante sobre os cuidados ao doente..... ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉
6. Durante as mudanças de turno, há tempo suficiente para a partilha da informação relevante sobre os cuidados ao doente..... ☐₁ ☐₂ ☐₃ ☐₄ ☐₅ ☐₉

Questões Gerais

1. Há quanto tempo trabalha neste hospital?

- ☐a. Menos de 1 ano
☐b. 1 a 5 anos
☐c. 6 a 10 anos
☐d. 11 ou mais anos

2. Neste hospital, há quanto tempo trabalha no seu serviço/unidade de trabalho?

- ☐a. Menos de 1 ano
☐b. 1 a 5 anos
☐c. 6 a 10 anos
☐d. 11 ou mais anos

3. Habitualmente, quantas horas por semana trabalha neste hospital?

- ☐a. Menos de 30 horas por semana
☐b. 30 a 40 horas por semana
☐c. Mais de 40 horas por semana

4. Na categoria em que trabalha, habitualmente interage ou tem contacto direto com doentes?

- ☐a. SIM, normalmente interajo ou contacto diretamente com doentes
☐b. NÃO, normalmente não interajo nem contacto diretamente com doentes

Comentários

Deixe os seus comentários acerca daquilo que se faz ou poderia ser feito no seu hospital que possa afetar a segurança do doente.

Muito obrigado pelo preenchimento do questionário.

ANEXO XXV: Itens e Dimensões do Questionário da Avaliação
da Cultura de Segurança do Doente - *SOPS®*, Version 2.0

SOPS™ Hospital Survey Items and Composite Measures

Version: 2.0
Language: English

Notes

- For more information on getting started, selecting a sample, determining data collection methods, establishing data collection procedures, conducting a Web-based survey, and preparing and analyzing data, and producing reports, please read the **Hospital Survey Version 2.0 User's Guide**.
- In this document, the items in the SOPS Hospital Survey 2.0 are grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess. The item's survey location is shown to the left of each item. Negatively worded items are indicated. Reliability statistics based on the pilot test data from 20 hospitals and 4,345 hospital staff are provided for the composite measures.

For assistance with this survey, please contact the SOPS Help Line at 1-888-324-9749 or SafetyCultureSurveys@westat.com.



5. Supervisor, Manager, or Clinical Leader Support for Patient Safety

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- B1. My supervisor, manager, or clinical leader seriously considers staff suggestions for improving patient safety.
- B2. My supervisor, manager, or clinical leader wants us to work faster during busy times, even if it means taking shortcuts. (negatively worded)
- B3. My supervisor, manager, or clinical leader takes action to address patient safety concerns that are brought to their attention.

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .77

6. Communication About Error

(Never, Rarely, Sometimes, Most of the time, Always, Does Not Apply or Don't Know)

- C1. We are informed about errors that happen in this unit.
- C2. When errors happen in this unit, we discuss ways to prevent them from happening again.
- C3. In this unit, we are informed about changes that are made based on event reports.

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .89

7. Communication Openness

(Never, Rarely, Sometimes, Most of the time, Always, Does Not Apply or Don't Know)

- C4. In this unit, staff speak up if they see something that may negatively affect patient care.
- C5. When staff in this unit see someone with more authority doing something unsafe for patients, they speak up.
- C6. When staff in this unit speak up, those with more authority are open to their patient safety concerns.
- C7. In this unit, staff are afraid to ask questions when something does not seem right. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (4 items) = .83

8. Reporting Patient Safety Events

(Never, Rarely, Sometimes, Most of the time, Always, Does Not Apply or Don't Know)

- D1. When a mistake is caught and corrected before reaching the patient, how often is this reported?
- D2. When a mistake reaches the patient and could have harmed the patient, but did not, how often is this reported?

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (2 items) = .75

9. Hospital Management Support for Patient Safety

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- F1. The actions of hospital management show that patient safety is a top priority.
- F2. Hospital management provides adequate resources to improve patient safety.
- F3. Hospital management seems interested in patient safety only after an adverse event happens. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .77

Note: Negatively worded questions should be reverse coded when calculating percent "positive" response, means, and composite measure scores.

SOPS Hospital Survey 2.0: Items and Composite Measures

In this document, the items in the SOPS Hospital Survey 2.0 are grouped according to the safety culture composite measures they are intended to assess. The item's survey location is shown to the left of each item. Negatively worded items are indicated. Reliability statistics based on the pilot test data from 20 hospitals and 4,345 hospital staff are provided for the composite measures.

1. Teamwork

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- A1. In this unit, we work together as an effective team.
- A8. During busy times, staff in this unit help each other.
- A9. There is a problem with disrespectful behavior by those working in this unit. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .78

2. Staffing and Work Pace

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- A2. In this unit, we have enough staff to handle the workload.
- A3. Staff in this unit work longer hours than is best for patient care. (negatively worded)
- A5. This unit relies too much on temporary, float, or PRN staff. (negatively worded)
- A11. The work pace in this unit is so rushed that it negatively affects patient safety. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (4 items) = .67

3. Organizational Learning—Continuous Improvement

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- A4. This unit regularly reviews work processes to determine if changes are needed to improve patient safety.
- A12. In this unit, changes to improve patient safety are evaluated to see how well they worked.
- A14. This unit lets the same action safety problem keep happening. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .78

4. Response to Error

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- A5. In this unit, staff feel like their mistakes are held against them. (negatively worded)
- A7. When an event is reported in this unit, it feels like the person is being written up, not the problem. (negatively worded)
- A10. When staff make errors, this unit focuses on learning rather than blaming individuals.
- A13. In this unit, there is a lack of support for staff involved in patient safety errors. (negatively worded)

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (4 items) = .83

Note: Negatively worded questions should be reverse coded when calculating percent "positive" response, means, and composite measure scores.

10. Handoffs and Information Exchange

(Strongly Disagree, Disagree, Neither Agree nor Disagree, Agree, Strongly Agree, Does Not Apply or Don't Know)

- F4. When transferring patients from one unit to another, important information is often left out. (negatively worded)
- F5. During shift changes, important patient care information is often left out. (negatively worded)
- F6. During shift changes, there is adequate time to exchange all key patient care information.

Reliability of this composite measure—Cronbach's alpha (3 items) = .72

Number of Events Reported

(None, 1 to 2, 3 to 5, 6 to 10, 11 or more)

- D3. In the past 12 months, how many patient safety events have you reported?

Patient Safety Rating

(Poor, Fair, Good, Very Good, Excellent)

- E1. How would you rate your unit's work area on patient safety?

Note: Negatively worded questions should be reverse coded when calculating percent "positive" response, means, and composite measure scores.

ANEXO XXVI: Declaração de autorização da AHRQ para a
tradução do questionário *SOPS® Hospital Survey 2.0*

Dear Ana Antunes,

Thank you for the information about your use of the Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®). Westat, the AHRQ contractor for the Surveys on Patient Safety Culture program (SafetyCultureSurveys@westat.com) are authorized to respond on behalf of the Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ) by Mr. [Howard Holland](#), Director, AHRQ's Office of Communications. We handle the majority of permissions for these tools and notify AHRQ of requests for permission to translate these documents.

Based on the description you provided about your project, AHRQ grants you permission to translate the Hospital 2.0 Survey on Patient Safety Culture into Portuguese. Further, this letter constitutes permission to use the translation in your research at Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa in Portugal. We understand that this survey will be administered in multiple hospitals in Portugal. For each copy of the survey you administer, AHRQ requests that the survey contain the statement: "Translated from English with permission of the United States Agency for Healthcare Research and Quality." All reports, professional publications, graduate theses, or Web site postings should properly credit AHRQ using the following citation:

Surveys on Patient Safety Culture™. Agency for Healthcare Research and Quality, Rockville, MD USA. <https://www.ahrq.gov/sops/index.html>

Additionally, you may find it helpful to review the Information for Translators and Translation Guidelines document, available on the AHRQ Web site: <https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/surveys/Translation-Guidelines-SOPS-090222.pdf>. This document provides translation guidelines and information about the intended meaning of the survey items, in order to help you develop a translation of the AHRQ survey that conveys the same meaning as the original U.S. English version.

If you have questions about permissions issues, please feel free to contact Mr. Holland (copied on this email).

Sincerely,

Aisha Marsono

AHRQ Surveys on Patient Safety Culture™ (SOPS®) Technical Assistance

Westat | 1700 Research Blvd | Rockville, MD 20850

phone: 1-888-324-9749 | fax: 1-888-852-8277 | email: SafetyCultureSurveys@westat.com

Sign up for SOPS updates, news, and events and select "Surveys on Patient Safety Culture" under Quality and Safety topics: <https://public.govdelivery.com/accounts/USAHRQ/subscriber/new>

**ANEXO XXVII: Parecer da Comissão de Ética da Unidade de
Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP**



Secretariado UID

Para: Liliana Santos



qua, 25/01/2023 17:59

Muito bom dia Cara Investigadora,

Vimos por este meio informar que o seu estudo de investigação foi aceite, porém para a sua integração na Unidade de Investigação e Desenvolvimento é condição o envio do parecer da comissão de ética da instituição hospitalar.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Filipa Sousa

Secretariado UID

Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002

3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430 (Chamada para a rede fixa nacional)

www.essnortecvp.pt



Escola Superior de Saúde Norte
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



ANEXO XXVIII: Parecer do Conselho de Administração e da Comissão de Ética para a Saúde



SNS SERVIÇO NACIONAL
DE SAÚDE 1979-2019



Exmo. (a) Senhor(a)

Enfª Liliana Patrícia Moreira dos Santos

lilianapms@gmail.com

SUA REFERÊNCIA	SUA COMUNICAÇÃO DE	NOSSA REFERÊNCIA PROC. Nº: 02/2023	DATA 27/01/2023
----------------	--------------------	---------------------------------------	--------------------

ASSUNTO: ***“Cultura de Segurança num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal”***

Exma Senhora Enfª Liliana Patrícia Moreira dos Santos,

Acusamos a receção do seu pedido para realização do estudo ***“Cultura de Segurança num Centro Hospitalar da Região Norte de Portugal”***.

Agradecemos a preferência pela nossa instituição.

A Comissão Ética de Saúde não tem objecção ética à realização do estudo no [REDACTED], nas condições referidas no mesmo.

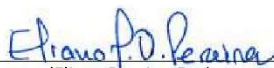
Informamos que, em reunião de Conselho de Administração de 25/01/2023 foi autorizada a realização do estudo, podendo o mesmo dar início, nos termos do Parecer da Comissão.

No final da realização do estudo deverá entregar, no [REDACTED], no Serviço de Ensino, Formação e Investigação (SEFI), **o relatório final, sendo este de carácter obrigatório.**

Estamos ao dispor para qualquer informação ou esclarecimento que entenda solicitar.

Com os melhores cumprimentos,

A Diretora do SEFI,


(Eliana Pereira, Dra)

ANEXO XXIX: Comentários dos Participantes do Estudo de Investigação

Participante	Comentário	Dimensão CSD
P5	“Ouvir os profissionais de saúde. Contratar mais profissionais de saúde para impedir que existam pessoas a fazer mais de 90 horas semanais.”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P28	“Mais informação sobre a importância de notificar no aplicativo interno Her+ e/ou no notifica; Formações obrigatórias sobre o aplicativo Her+.”	8. Notificação de eventos de segurança do doente
P35	“Existirem auditorias de avaliação de risco profissional”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P39	“Devido a más decisões, principalmente do poder central (Governo), a situação nos hospitais é cada vez mais precária, sendo que, se assim continuar, poderá chegar a crítica pois vai haver falta de meios humanos e equipamentos, sendo os doentes que sairão mais prejudicados. Não podemos estar sempre dependentes da vocação e boa vontade dos profissionais em tentarem colmatar sucessivamente as falhas.”	9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital + 2. Equipa e ritmo de trabalho
P55	“Melhorar os cuidados prestados aos prestadores de cuidados de saúde a doentes (trabalhadores do hospital)”	5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P57	“Rever a dimensão do hospital e a política de recursos humanos. O hospital está sub-dimensionado relativamente à quantidade de população que abrange. Construído para metade da sua área de afluência, há imperiosa necessidade de se proceder à revisão da sua dimensão estrutural e, por essa via, dos quadros de recursos humanos.”	2. Equipa e ritmo de trabalho + 9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital
P65	“Seguir normas institucionalizadas para segurança do doente em vez de olhar a indicadores de produção. Maior presença de gestor/chefia para verificação não do trabalho do colaborador mas sim de como o colaborador não têm "autoridade" para melhorar a segurança do doente em detrimento de indicadores de produção.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua + 5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P68	“Acho que se poderia notificar mais eventos, mesmo os que não atingiram o doente, para que se possam evitar danos nos doentes.”	8. Notificação de eventos de segurança do doente

P79	“Notificar mais incidentes de risco; Maior acompanhamento de hierarquia superior”	8. Notificação de eventos de segurança do doente + 5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P80	“Não priorizar dotações seguras; Não cumprir tempos operatórios; Não realizar, na prática, a cirurgia segura;	2. Equipa e ritmo de trabalho
P88	“Implementar medidas de prevenção na segurança do doente; Corrigir erros cometidos analisando a causa /origem e não a pessoa que o cometeu; Formar /informar todos os profissionais sobre medidas, ideias a adotar na melhoria da segurança do doente; Grande falha na comunicação entre profissionais inclusive assistente operacional sobre segurança do doente; Assegurar que informação relacionada com segurança do doente seja abrangida por todos os profissionais mediante atividade exercida”.	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua + 4. Resposta ao erro
P89	“Mais profissionais em todas as áreas, com o objetivo de haver mais disponibilidade para um menor número de utentes, por cada profissional. Os profissionais têm ao seu cargo um número excessivo de utentes.”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P94	“Deveria haver mais diálogo entre todos os profissionais e fazer-se tudo com mais calma.”	7. Abertura na comunicação
P95	“O tempo contabilizado pelo hospital para a passagem de turnos dos enfermeiros é de 30 minutos, o que se revela insuficiente para a correta e completa passagem de turno dos diferentes doentes internados no serviço”	10. Transições e troca de informação
P107	“muito para fazer neste hospital.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P119	“Listas cirúrgicas por vezes demasiado extensas.”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P139	“Sempre que é feito o registo (Her+) de evento, quem o realiza e o seu gestor deveriam tomar conhecimento das medidas implementadas, o que não acontece, criando a sensação de que "não vale a pena" a notificação. Por outro lado, se o enfermeiro não partilhar esse evento com o seu gestor, este nunca saberá da necessidade no seu serviço.”	4. Resposta ao erro + 6. Comunicação acerca do erro
P141	“Melhor material, está muito danificado e por vezes coloca a segurança do doente em causa”	9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital

P156	“Repensar protocolos sobre o circuito do doente, colocar equipamentos adequados e funcionários à disposição do doente, formação prática dos profissionais”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P160	“Mais formação e de forma continua sobre a manipulação de equipamentos de cuidados de saúde, instalações e sensibilização na manipulação dos doentes.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P162	“Vejo a necessidade de existir uma sensibilização continua dos profissionais de saúde sobre esta temática. Também é da minha opinião que se deveria apostar mais na formação dos profissionais de saúde na área das boas práticas de utilização dos equipamentos médicos bem como na manipulação de doentes.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P166	“acho que tudo o que se faz em prol do doente, nunca é feito para afetar o doente.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P181	“Recursos humanos no serviço de urgência abaixo das dotações seguras; Permanência de doentes internados no serviço de urgência em corredores, situação que ocorre regularmente.”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P184	“melhorar a limpeza e higiene do hospital que é péssima, há zonas deste hospital que nunca ou quase nunca são limpas, não há quem fiscalize a higiene neste hospital.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P185	“Não tenho nada a apontar.”	
P186	“falta de material por falta de pagamentos aos fornecedores.”	9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital
P191	“Melhores meios de locomoção, equipamentos, melhores instalação de banho.”	9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital
P197	“O trabalho em equipa deixa muito a desejar.”	1. Trabalho em equipa
P199	“Melhores materiais; Mais profissionais; Doentes internados dignamente e não no corredor; Não atrasar exames nem resultados dos mesmos.....”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P206	“Não tenho muito a reportar, mas reparo que existissem mais ações de formação qualificante e mais profissional direcionada a recém chegados, deveria de apostar talvez no processo de formação continua à base de permanência de efetividade.”	5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P211	“Ter uma direção médica capaz à frente do intensivismo de adultos”	5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente

P217	“Ter mais tempo para os doentes por vezes basta conversar mais uns minutos com muitos dos doentes que parece que ficam logo bons”	2. Equipa e ritmo de trabalho
P219	“Mais preocupação com o doente.”	
P223	“Alteração da aplicação ASIS que gere os resultados laboratoriais da medicina transfusional. Este software não cruza dados laboratoriais importantes e não deteta erros que podem comprometer a segurança transfusional do doente.”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P224	“Gestores ou responsáveis de serviço permanecerem turnos completos, nos respetivos serviços para conhecerem de uma forma direta e o verdadeiro "campo" de trabalho.”	5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P233	“Adotar pulseiras de identificação eletrónicas, onde fosse possível verificar de forma digital informação do doente, transfusões de sangue, medicação...”	3. Aprendizagem organizacional – melhoria contínua
P241	“Deveria existir mais ação sobre os eventos adversos que podem afetar a segurança do utente, de forma a evitá-los e preveni-los em vez de propaganda falaciosa.”	8. Notificação de eventos de segurança do doente
P246	“Deveria existir mais qualidade dos chinelos para os doentes idosos e com algumas limitações para os doentes no contexto de cirurgia de ambulatório, assim como batas menos transparentes.”	5. Apoio do supervisor/gestor/ diretor clínico à segurança do doente
P252	“Nada a acrescentar”	
P257	“Aumentar o hospital. Quando passamos no corredor das urgências parte o coração ver doentes "entregues ao seu destino". A mão dos profissionais não chega para tanta gente.”	9. Apoio à segurança do doente pela direção do hospital
P272	“Formações anuais a todos os funcionários sobre cultura de segurança; incentivo à notificação e mudança de paradigma acerca da culpabilização na notificação.”	4. Resposta ao erro
P289	“Foi reduzido uma auxiliar no turno da noite; Tempos de espera pela consulta médica elevados; Falta de apoio policial; Períodos com sobrecarga horária; Política mal definida quanto ao pagamento de horas extra, não pagamento mesmo o que desmotiva a substituição de colega e por vezes ficamos reduzidos.”	2. Equipa e ritmo de trabalho