



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

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

Paula Fernanda Gomes Lima Midões

**FATORES QUE INFLUENCIAM A CONTAGEM
CIRÚRGICA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA: SCOPING REVIEW**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

FATORES QUE INFLUENCIAM A CONTAGEM
CIRÚRGICA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA
SUBMETIDA A CIRURGIA: *SCOPING REVIEW*

Relatório Final de Estágio

Paula Fernanda Gomes Lima Midões

Relatório Final de Estágio apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Mestre Eloísa Alexandra Ribeiro Maciel

Oliveira de Azeméis | 2023

“E aqueles que foram vistos dançando
foram julgados insanos por aqueles que não podiam escutar a música”

(Friedrich Nietzsche)

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, queria agradecer aos meus Albertos.

Aos meus filhos, por tudo o que eles são para mim – o Amor incondicional.

Ao sempre presente Alberto Tiago pela sólida e discreta disponibilidade, pelo apoio e solidariedade; ao Nuno Alberto pelo animo, carinho, empatia, boa disposição e presença constante, que nunca me deixaram sozinha durante todo este árduo percurso. Obrigada por partilharem a vossa vida comigo, pelo amor, carinho, apoio e cumplicidade, bem como pelo sempre presente sentido de humor inteligente e desafiante, uma constante nas nossas conversas.

Grata e Orgulhosa, bem sei que vos devo muito.

Ao Alberto Jaime, o companheiro que escolhi para a vida, que me impele constantemente, levando-me a enfrentar mais este desafio, um de muitos ao longo da minha vida.

Aos meus Amigos Fernando Sousa, Isabel Preza, Liliana Magalhães, Paula Lopes e Teresa Cavalheiro, colegas e companheiros de muitas e variadas viagens, cada um deles cúmplice de desabafos, desafios e conquistas, o meu enorme reconhecimento por caminharmos juntos.

À Enfermeira Eloisa Maciel, Mestre e orientadora, o meu agradecimento pelo muito que me ensinou, contribuindo para o meu crescimento científico e intelectual, pela empatia, e enorme disponibilidade, “guiando-me” ao longo de todo este percurso com constantes incentivos e preciosas sugestões.

Um enorme e sincero obrigada a todos!!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ACSA - Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia

ACORN - Australian College of Perioperative Nurses

AESOP- Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - American Association of Operating Room Nurses

APEGEL - Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança

Art.º - Artigo

BO - Bloco Operatório

CA - Cirurgia de Ambulatório

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

CNDCA - Comissão nacional de desenvolvimento da Cirurgia de ambulatório DGS - Direção Geral da Saúde

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ILC - Infecção do Local Cirúrgico

JBI - Joanna Briggs Institute

Nº - Número

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PCIRA - Prevenção e Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

PRISMA - Preferred Reporting Items for Systematic Reviews

RCAAP - Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

REPE - Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro SClínico - Sistema de Cuidados de Saúde Hospitalares

SD - Segurança do Doente

SIE - Sistemas de Informação em Enfermagem

SNS - Serviço Nacional de Saúde

SPMS - Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde

UCA – Unidade de Cirurgia de Ambulatório

UCPA - Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

RESUMO

O plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, a decorrer nos anos letivos de 2020/2022 visa a obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. O curso teve a duração de três semestres, integrando componentes teóricas e práticas, com a realização de vários estágios, entre eles o Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, que foi realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório de um Hospital da região norte de Portugal, entre os dias 10/01/2022 e 30/05/2022, no qual se insere o presente relatório. O relatório final de estágio visa demonstrar o desenvolvimento de competências de enfermagem avançadas na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com centralidade na qualidade dos cuidados e segurança do doente, sendo que se encontra dividido em duas partes.

Na primeira parte deste relatório é feito um enquadramento do contexto de estágio, bem como uma descrição e análise crítico reflexiva do percurso realizado, tendo em vista o desenvolvimento e a aquisição de competências especializadas, quer na área comum, quer na área específica à pessoa em situação perioperatória. O percurso desenvolveu-se em torno dos objetivos do programa curricular e dos objetivos específicos desenvolvidos para o estágio, tendo sempre presente o papel determinante que o enfermeiro especialista tem em todo o processo cirúrgico, respeitando a tomada de decisão da pessoa e a sua circunstância de particular vulnerabilidade, perspetivando aspetos fundamentais como a qualidade dos cuidados e segurança da pessoa.

Numa segunda parte do relatório e ainda de forma a dar cumprimento ao plano de estudos é apresentada a componente de investigação. O tema escolhido foi a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, com enfoque na importância de se conhecerem os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a prevenção de retenção de itens cirúrgicos durante o período intraoperatório. Para tal, desenvolveu-se uma revisão da literatura do tipo *scoping review*, utilizando a metodologia do *Joanna Briggs Institute* na versão de 2020.

Os resultados do estudo permitiram identificar dois tipos de fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica: os fatores preditores e os fatores relacionados com a

prevenção da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos. Pretende-se que o mapeamento destas evidências científicas, seja precursor da ampliação do conhecimento sobre esta temática, possibilitando a implementação de melhores e renovadas práticas, com vista à melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e segurança da pessoa.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória; Segurança do Doente; Retenção de Itens Cirúrgicos; Contagem Cirúrgica.

ABSTRACT

The study plan of the 1st Master's Course in Medical-Surgical Nursing - Specialization in Perioperative Nursing of the Northern School of Health of the Portuguese Red Cross, which will be held in the academic years 2020/2022, aims at obtaining the degree of Master in Medical-Surgical Nursing of Nurse Specialist in Perioperative Nursing. The course lasted three semesters, integrating theoretical and practical components, with the undertaking of several internships, including the Internship in Nursing to Perioperative Patients II, which took place at the Ambulatory Surgery Unit, between 10/01/2022 and 30/05/2022.

The first part of this report aims to document the path, the activities developed and the respective learning experiences, with a view to the development and acquisition of specialized skills, both in the common area and in the area specific to the person in a perioperative situation. The journey was developed around the objectives of the curricular program and the specific objectives developed for the internship, always bearing in mind the decisive role played by the specialist nurse throughout the entire surgical process, respecting the person's decision-making and his/her particular vulnerability, considering fundamental aspects such as the quality of care and the person's safety.

In the second part of the report, and also in order to comply with the study plan, the research is presented, for which a literature review of the scoping review type was developed, using the *Joanna Briggs Institute* methodology in the 2020 version. The chosen topic was the safety of the person undergoing surgery. The World Health Organization in its Second Global Challenge (2007-2008) highlights surgical safety, with the "Safe Surgeries Save Lives" campaign. Among the ten essential objectives to ensure surgical safety, it highlights the prevention of inadvertent retention of dressings or instruments in surgical wounds. As a way to ensure the prevention of retention of surgical items in the intraoperative period, the process of surgical counting (counting surgical instruments, compresses and sharp instruments) emerges and is recommended to be performed in all surgeries. It is intended that the mapping of this scientific evidence becomes a precursor to the expansion of knowledge on this topic, allowing for the implementation of better and renewed practices.

Keyword: Perioperative Nursing; Patient Safety; Retention of Surgical Items; Surgical Counting

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Critérios de seleção dos estudos.....	76
Tabela 2: Pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE (via EBSCO) realizada a 10 de junho de 2022	78
Tabela 3: Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados.....	78

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma PRISMA (adaptado) ao processo de seleção dos estudos	80
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	23
1. Enquadramento dos contextos de estágio	25
1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	31
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	32
2.2. Melhoria contínua da qualidade	35
2.3. Gestão dos cuidados.....	38
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.....	40
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	43
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/convivente significativo	43
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	53
4. Considerações finais.....	59
PARTE II – COMPONENTE DE ESTÁGIO	61
1. Resumo	63
2. Abstract	65
3. Fundamentação/enquadramento teórico	67
3.1. Segurança do Doente.....	67
3.2. A Segurança do doente no contexto perioperatório	68
3.2.1. Fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica	70
4. Finalidade e objetivos.....	73

5. Metodologia	75
5.1. Desenho do estudo	75
5.2. Questão de Investigação e Critérios de inclusão	76
5.3. Estratégia de Pesquisa	77
5.4. Seleção dos Estudos	79
5.5. Extração dos Dados	81
5.6. Considerações éticas	81
6. Resultados	83
7. Discussão	85
8. Conclusão	91
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	99
ANEXOS	109
ANEXO I: Procedimento de contagem de instrumentos cirúrgicos, corto perfurantes e compressas no ato cirúrgico	111
ANEXO II: Certificado – Prevenção da Hipotermia no Perioperatório: revisão integrativa de Literatura	119
ANEXO III: Guião para vídeo Unidade Cirurgia de Ambulatório	123
ANEXO IV: Tabelas de Extração de Dados dos Estudos	131

INTRODUÇÃO

O trabalho que aqui se apresenta é parte integrante do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) de uma Hospital da região norte de Portugal, entre os dias 10/01/2022 e 30/05/2022, inserido no plano de estudos do I Curso de Mestrado em Enfermagem Médico – Cirúrgica: Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, nos anos letivos 2020/2022, com vista à obtenção do grau de Mestre.

A excelência da prática dos cuidados de enfermagem exige resiliência, compromisso e dedicação, constituindo um processo contínuo de aprendizagem e desenvolvimento. Devido ao elevado ritmo com que acontecem as mudanças e inovações na área da saúde, a formação assume um papel fulcral, pretendendo-se que cada enfermeiro no contexto da sua prática assuma um compromisso de autoformação, refletindo e analisando diariamente na procura contínua da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem. A necessidade de uma atualização constante para responder aos desafios na área da saúde, levam os enfermeiros a assumir responsabilidades acrescidas num contexto onde domina a complexidade. Neste sentido, para a enfermagem as áreas de especialização são cada vez mais imprescindíveis. O contexto do perioperatório, caracterizado por ser um ambiente diferenciado, com recurso a tecnologia complexa, recorrendo utilização de um elevado número de dispositivos médicos e à necessidade de controlo ambiental rigoroso, justifica a necessidade de criação desta área de especialização, trazendo os contributos da prática baseada na evidência e da investigação, para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A enfermagem perioperatória, é definida pela Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP, 2006, p. 107) como um "conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações através de um processo programado, pelo qual, 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, atendendo às necessidades particulares da pessoa/família a vivenciar processos de transição saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, visando a promoção da qualidade dos cuidados, combinada com o

desenvolvimento de competências e atividades que promovam a gestão da experiência cirúrgica”.

Uma das áreas, onde cada vez mais, são colocados desafios aos profissionais de saúde no contexto perioperatório prende-se com a segurança da pessoa. A Direção Geral de Saúde (DGS) define a segurança como a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, 2017).

A contagem cirúrgica é um processo que tem como objetivo contabilizar o material utilizado a partir do campo operatório, apresentando-se fundamental como estratégia de segurança, visto que contribuiu para que instrumentos cirúrgicos, corto perfurantes e compressas não sejam esquecidos dentro da pessoa durante o procedimento cirúrgico. Daí a pertinência em desenvolver a componente de investigação de forma a conhecer os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos.

A Ordem dos Enfermeiros (OE), no Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho, regula e define um perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, que permitem definir o âmbito de intervenção própria da Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

O objetivo geral do estágio de Enfermagem à pessoa em Situação Perioperatória II prevê o desenvolvimento de competências na prestação de cuidados à pessoa, família/convivente significativo a vivenciar processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, inerentes ao papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. De forma a complementar o objetivo geral, foi solicitada a definição de alguns objetivos específicos para desenvolver no contexto da prática. Assim foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências sobre a documentação dos cuidados de enfermagem, no domínio dos sistemas de informação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório;
- Desenvolver competências facilitadoras da comunicação que permita assegurar a continuidade de cuidados e a complementaridade das intervenções da equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências alicerçadas a uma prática baseada na evidência científica, de forma a aumentar a literacia em saúde à pessoa, família/convivente significativo, capacitando-os para a gestão da experiência cirúrgica;

- Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos concordantes com a consciência cirúrgica do enfermeiro especialista, de forma a maximizar a segurança cirúrgica, nomeadamente no que diz respeito a proporcionar um ambiente seguro e em termos de controlo de infeção.

Por fim, no que se refere à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em duas partes; Parte I - Componente de Estágio e Parte II - Componente de Investigação, sendo que nesta primeira parte se pretende apresentar o contexto de estágio, fazendo uma descrição das atividades realizadas no estágio e análise crítica e reflexiva do desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, seguido das considerações finais. Na segunda parte, apresenta-se a componente de investigação, desenvolvida ao longo deste percurso; uma *scoping review* sobre os fatores que influenciam a contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia, onde se apresenta o resumo e a revisão bibliográfica do tipo *scoping*, de acordo com a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), na sua versão de 2020, composta pela fundamentação/enquadramento teórico, finalidade e objetivos, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

Para finalizar, são traçadas algumas considerações finais acerca de todo este percurso.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

ESTÁGIO DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

II

1. Enquadramento dos contextos de estágio

A evolução social, económica e demográfica, trouxe implicações a vários níveis essencialmente relacionadas com o aumento do envelhecimento da população mundial, que em paralelo com as atuais dificuldades económicas implicam uma constante necessidade de otimizar os recursos disponíveis. Neste sentido, a cirurgia de ambulatório (CA), apresenta-se como uma importante estratégia para promover a qualidade dos cuidados e demonstrar a eficácia das organizações de saúde.

A CA é uma realidade que permite aliar a complexidade dos procedimentos cirúrgicos com as questões da segurança do utente de acordo com critérios de qualidade. Para o seu sucesso, devem seguir-se criteriosamente as regras respeitantes à elegibilidade ou não das pessoas a necessitar de procedimentos cirúrgicos, relativamente à preparação pré-operatória, à monitorização perioperatória e aos cuidados pós-operatórios, motivando e apelando sempre à participação do utente ao longo de todo processo, de forma a garantir o sucesso da intervenção cirúrgica (Caseiro & Tavares, 2013).

Com o progresso tecnológico e a conseqüente evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, articuladas com os cuidados de enfermagem prestados em todas as fases do procedimento cirúrgico (pré, intra e pós-operatório) a CA mostrou ser tão segura e eficaz quanto a cirurgia denominada de convencional, centrando-se em diminuir o trauma causado, através de procedimentos minimamente invasivos, contribuindo, para o rápido restabelecimento da pessoa em situação perioperatória e o retorno às suas rotinas.

A Entidade Reguladora de Saúde (ERS), definiu a cirurgia realizada em contexto de ambulatório como sendo “toda a intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, loco-regional ou local que, embora geralmente realizada em regime de cirurgia convencional, possa ser realizada em regime de ambulatório com admissão e alta do utente no mesmo dia, ou até um máximo de 23 horas após a admissão, em instalações próprias, com segurança e de acordo com as atuais *legis artis*” (ERS, 2008, p. 5). Efetivamente a CA, tem benefícios para a pessoa que, em menos de 24 horas é intervencionada de forma programada, perspetivando uma rápida recuperação no seu contexto familiar.

A cirurgia realizada em contexto de ambulatório é cada vez mais utilizada nas organizações de saúde e Portugal não é exceção. Nos últimos anos, o crescimento da CA, encontra-se relacionado com as orientações emanadas pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), responsável pela elaboração do

“Relatório Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente” de outubro de 2008, que permitiu construir uma caracterização detalhada da realidade portuguesa com o objetivo de examinar e recomendar estratégias para o desenvolvimento da CA no Sistema Nacional de Saúde português.

De acordo com este relatório, a organização de uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) é um processo extremamente importante, no sentido de otimizar a produtividade, a eficiência e a eficácia, promovendo a sua capacidade competitiva no mercado de saúde. Permite ainda, simplificar os circuitos das pessoas/família, dos profissionais e dos recursos materiais, de forma a diminuir os tempos de espera e a rentabilização dos tempos operatórios e otimizando o desempenho dos profissionais (CNADCA, 2008).

Esta premissa é corroborada por Coutinho (2009) quando refere que a génese de uma UCA deve garantir simultaneamente a qualidade e humanização do serviço prestado, a qualidade de tratamento, a satisfação dos clientes, dos profissionais, promovendo a participação ativa dos acompanhantes. Assim, a CA apresenta-se como uma dinâmica organizativa em saúde que acarreta benefícios para “o utente (qualidade, acessibilidade, humanização), para o profissional (satisfação) e para o estado (custos), detendo, por isso, um potencial que deve ser rentabilizado” (CNADCA, 2008, p. 11).

Uma UCA tem especificidades, características e uma logística de funcionamento próprio, diferente dos outros serviços que integram uma instituição de saúde, devendo idealmente ser planeada de forma a atender à prestação de cuidados humanizados, garantindo a segurança de todos os procedimentos realizados (Coutinho 2009).

Independentemente do modelo, a UCA tem de sustentar a sua organização e desenho em dois conceitos chave: por um lado deve obedecer às regras de um bloco operatório convencional e por outro, cumprir os requisitos de um serviço de ambulatório. Coutinho (2009), acrescenta que num bloco operatório é necessário garantir a assepsia, garantindo percursos distintos para profissionais, utentes e materiais; por sua vez, numa UCA acresce a necessidade de se assegurar uma ligação ao exterior de forma a garantir o acompanhamento da pessoa em situação perioperatória pela família ou convivente significativo.

São inúmeros os fatores que explicam o interesse, investimento e desenvolvimento da CA, sendo cada vez mais relevante ir ao encontro das necessidades de saúde das pessoas, num contexto social e económico com recursos limitados, mantendo os padrões de qualidade. Relativamente à cirurgia em contexto de ambulatório, os parâmetros de qualidade considerados foram repartidos por seis setores: Instalações e equipamento, Gestão clínica, Gestão e direção, Comunicação, Ambiente e segurança e Melhoria da qualidade.

O estágio a que se reporta este relatório, realizou-se na UCA de um Hospital da região norte de Portugal, a qual se encontra organizada de acordo com padrões de qualidade, segurança e humanização. Encontra-se em funcionamento desde maio de 2001, representando um polo importante do desenvolvimento da atividade hospitalar, contribuindo para a melhoria da sua produção global e atuando diretamente na diminuição das listas de espera cirúrgica.

Na UCA onde decorreu o estágio, as normas que definem o circuito da pessoa em situação perioperatória/família/convivente significativo, encontram-se claramente definidas e implementadas, obedecendo às orientações das diversas entidades reguladoras da área da saúde, com as necessárias adaptações face às condicionantes físicas do edifício. É um serviço que promove o cumprimento das diretrizes da evidência científica, para a melhoria da qualidade, através da realização periódica de auditorias internas e externas (ERS 2008).

É uma unidade composta por duas salas. Na sala cirúrgica realizam-se procedimentos cirúrgicos das especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Ginecologia; enquanto na sala polivalente são realizados procedimentos de Cirurgia Geral, Pneumologia, Ginecologia e Gastroenterologia. Sempre que a pessoa em situação perioperatória necessite de pernoita, está assegurado o indispensável acompanhamento de enfermeiro e médico (ERS 2008).

Relativamente aos recursos humanos, a UCA deste Hospital da região norte de Portugal, possui um quadro próprio e exclusivo. A equipa da UCA, é composta por 14 enfermeiros (1 enfermeira gestora, 5 enfermeiros especialistas e 8 generalistas), 3 assistentes operacionais, 2 assistentes técnicos administrativos e médicos de variadas especialidades (Cirurgia Geral, Ginecologia, Ortopedia, Anestesia, Gastroenterologia e Pneumologia).

Entre os profissionais da equipa, destaca-se a enfermeira gestora, que no desempenho das suas funções deve garantir a segurança, nomeadamente das práticas, das dotações e dos conhecimentos que consolidam a segurança do utente (Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança, 2010). Segundo o Regulamento da OE n.º 101/2015, os enfermeiros gestores assumem a gestão dos recursos humanos, garantindo a existência de dotações seguras, assegurando a coesão, o espírito de equipa e um bom ambiente de trabalho, gerindo conflitos e promovendo o empenho e a motivação do serviço e equipa (OE, 2015).

A distribuição do exercício de funções dos enfermeiros é planeada pela enfermeira gestora da UCA, num plano semanal considerando vários fatores; o número de enfermeiros, os procedimentos e cirurgias a realizar, as competências e experiência e sempre que possível promovendo a rotatividade. Esta gestão e planeamento dos cuidados pretende maximizar a resposta da equipa de enfermagem, o nível de satisfação dos profissionais, bem como a

necessidade de articulação com a equipa multiprofissional, adaptando a forma de liderança e a gestão dos recursos às situações e contextos, tendo o objetivo de maximizar a qualidade dos cuidados prestados.

Surge como fator de diferenciação pela positiva da UCA onde se realizou o estágio, a existência de um plano de emergência e gestão de risco, que não sendo um elemento obrigatório, surge como uma mais-valia, relativamente à segurança das pessoas (ERS 2008).

Contrariamente à maioria das outras UCA, esta, que serviu de contexto para o estágio, desenvolve processos de melhoria contínua no âmbito da qualidade, com a elaboração e revisão de normas e protocolos específicos (ERS 2008).

Durante o estágio, a UCA proporcionou um ambiente facilitador para o desenvolvimento de competências avançadas na área da pessoa em situação perioperatória. O estágio, foi marcado pela oportunidade de partilha de aprendizagens e experiências com uma equipa dinâmica, motivada e satisfeita, envolvida no desempenho da sua prática clínica, detentora de um sentimento de concretização, eficiente e um ambiente organizacional produtivo e ausente de conflitos.

1.1. Estágio em contexto de cirurgia de ambulatório

A adaptação ao contexto de estágio decorreu de forma gradual e sem constrangimentos. Os receios iniciais pelo desconhecimento do serviço, da sua estrutura física e dinâmica, foram ultrapassados à medida que decorreu a integração na equipa. É nesta fase que se materializa a realização, colocando em prática tudo o que foi planeado.

No contexto de CA, o exercício de enfermagem, deve munir-se de competências que lhe permitam prestar cuidados à pessoa, família/convivente significativo, dando início ao processo na consulta pré-operatória e terminando na consulta pós-operatória, procurando manter elevados níveis de qualidade e segurança, sendo a sua intervenção da maior relevância para o restabelecimento da autonomia da pessoa submetida a cirurgia, procurando potenciar os pontos fortes da pessoa, contribuindo para a recuperação de níveis ótimos de saúde, função, conforto e auto-realização (Meleis, 2010).

A pessoa submetida a cirurgia, tem de ser considerada como um agente ativo, devendo integrar-se, como um elemento da equipa de saúde, sendo a intenção do cuidar partilhada por todos, ao longo deste percurso. A relação comunicacional estabelecida e a informação disponibilizada, desempenham um papel relevante na aceitação de todo o processo por

parte da pessoa submetida a cirurgia, diminuindo medos e assim tornando-se numa mais-valia para a recuperação da sua autonomia.

O período perioperatório tem início quando a pessoa é esclarecida da necessidade de ser submetida a uma cirurgia, abarcando todo o procedimento interventivo e de recuperação, até a pessoa voltar às rotinas do seu quotidiano. A pessoa em situação perioperatória é qualquer pessoa, que ao longo do seu ciclo de vida, necessita, escolhe ou aceita ser submetida a procedimentos cirúrgicos e anestésicos, submeter-se a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos, ficando num estado de vulnerabilidade física e emocional, maioritariamente com a expectativa de melhorar o seu estado de saúde, ou ter melhor qualidade de vida (OE, 2017b). O enfermeiro especialista deve desenvolver uma relação, suportada nas suas competências, na evidência científica e na sua experiência profissional, de forma a compreender a pessoa na sua individualidade, como um todo, identificando as necessidades em cuidados de enfermagem, tomando decisões e planeando intervenções, respeitando a pessoa relativamente às suas crenças e mantendo a sua dignidade. Ao planear os cuidados a prestar, o enfermeiro deve aceitar e entender a opinião da pessoa em questão, no sentido da sua adesão, na procura da solução mais adequada. Assim o enfermeiro especialista planeia, coordena e presta cuidados, baseando-se nos seus conhecimentos e competências de forma a corresponder com efetividade às necessidades da pessoa, família/convivente significativo em situação perioperatória.

As pessoas que necessitam de cuidados de enfermagem perioperatórios, encontram-se numa situação de dependência e de vulnerabilidade, devendo o enfermeiro especialista desenvolver a sua prática assistencial de forma a zelar para que sejam assegurados e respeitados todos os seus direitos. A vivência desta situação de dependência transitória, bem como a necessidade de ser submetido a um procedimento anestésico e cirúrgico torna o período perioperatório marcante e gerador de ansiedade. Todavia, esta emoção pode ser amenizada, se na admissão e durante toda a experiência cirúrgica, prevalecer a competência de enfermeiros qualificados e capazes de transmitir segurança e qualidade dos cuidados.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista, pode ser definido como “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (OE, 2019). Neste sentido, o curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, permite a aquisição e desenvolvimento de conhecimentos e habilidades, baseados nas respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, os quais, aliados ao julgamento clínico e tomada de decisão do enfermeiro, se traduzem num conjunto de competências especializadas.

A competência, refere-se a um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, para fazer face a situações singulares (Perrenoud, 1996). A competência de um profissional é demonstrada pela forma como ele consegue dar a conhecer e mobilizar conhecimentos, recursos e competências (Boterf, 2000), sendo fundamental que a mobilização e integração do “saber-saber” (conhecimento), “saber-fazer” (habilidades) e “saber-estar” (atitude) seja concretizado com um carácter dinâmico de acordo com cada situação. A noção de competência foi evoluindo para se assumir hoje como um conjunto de saberes adquiridos, que suportam inferências, antecipações, generalizações e tomadas de decisão (Perrenoud, 1996). Farias (2015) converge no sentido de definir a competência como a capacidade de mobilização de recursos cognitivos para traçar a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta. Importa ainda referir que a experiência é essencial para se obter conhecimento (Benner, 2001) sendo no contexto da prática que se desenvolvem as competências que concorrem para uma prestação de cuidados de qualidade.

Pretende-se demonstrar de que forma foram adquiridas o conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista, resultantes do aprofundamento dos domínios relativos ao enfermeiro de cuidados gerais e partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da área de especialização. O enfermeiro especialista é dotado de um curso de especialização que lhe confere competências científicas, técnicas e humanas, para prestar além dos cuidados de enfermagem gerais, cuidados especializados da sua área de especialização, sendo detentores de competências comuns e transversais, demonstradas através da sua alta aptidão de conceção, gestão e supervisão de cuidados, bem como, através

de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria (OE, 2019).

O conjunto de competências comuns do enfermeiro especialista encontra-se definido no Regulamento nº 149/2019, referindo-se a quatro domínios comuns, que são transversais a todos os contextos da prestação de cuidados: o Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal; o Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade; o Domínio da Gestão dos Cuidados e o Domínio das Aprendizagens Profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No que se refere ao domínio da Responsabilidade profissional, ética e legal, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva a sua prática profissional assente nas duas competências que o definem: o desenvolvimento de uma prática profissional e ética no seu campo de intervenção e a promoção de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades alicerçadas ao exercício profissional de enfermagem.

O Código Deontológico dos Enfermeiros que define os princípios pelos quais se orienta o exercício profissional, e no seu artigo nº 100, refere que o enfermeiro tem o dever de cumprir as normas deontológicas e as leis que regem a profissão, responsabilizando-se pelas decisões tomadas e pelas intervenções que pratica ou delega, e ainda, defender a pessoa, das práticas que não vão de encontro à lei e aos princípios éticos que defendam o bem comum (OE, 2015). Os enfermeiros integram uma equipa multidisciplinar, onde executam intervenções autónomas e intervenções interdependentes. O artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE) refere que intervenções autónomas são ações realizadas pelos enfermeiros sob a sua única e exclusiva iniciativa e responsabilidade (DL nº 161/1996 de 4 de setembro), ou seja, é o enfermeiro que se responsabiliza pela prescrição, implementação e avaliação das intervenções com vista à obtenção de ganhos em saúde para a pessoa. Define intervenções interdependentes, como ações realizadas pelos enfermeiros de acordo com as suas respetivas qualificações, em conjunto com outros profissionais para atingir um objetivo comum, sendo o enfermeiro, o responsável pelo cumprimento da prescrição. No artigo nº 99 do Código Deontológico dos Enfermeiros, é salvaguardada a premissa que as intervenções de enfermagem são realizadas com a preocupação da defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e do enfermeiro (OE, 2015).

A preocupação com a liberdade e dignidade da pessoa, de acordo com a deontologia profissional de enfermagem, prende-se com o princípio da autonomia, com a “faculdade da

pessoa se reger por leis próprias, agindo a partir de si mesma e fazendo com que os princípios de conduta se radiquem no próprio sujeito” (OE, 2015, p. 39). A autonomia está na base dos direitos fundamentais do ser humano e “pressupõe capacidade de agir, o que significa a capacidade para o exercício dos seus direitos, estando sujeita às condições que a ordem jurídica prevê” (Filipe, 2004, p. 238). As vivências no local de estágio, permitiram perceber que a atuação do enfermeiro especialista incide sobre vários aspetos do domínio ético e legal, que requerem ser respeitados. Desta feita, verificámos que os enfermeiros especialistas norteiam as suas decisões e o seu exercício profissional, respeitando, a par do princípio da autonomia, o princípio da beneficência, o princípio da justiça e o princípio da não maleficência. O respeito por estes princípios concorre para que as pessoas em situação perioperatória reconheçam que estão a ser o centro dos cuidados de enfermagem.

Ao contactar com a pessoa em situação perioperatória, família/convivente significativo, é fundamental que o enfermeiro especialista consiga perceber, se estes estão devidamente informadas sobre os procedimentos cirúrgicos e anestésicos a que vão ser submetidas, bem como, sobre os riscos inerentes aos procedimentos. A informação pode ser devidamente transmitida, mas será que há a “preocupação” de validar se a pessoa percebeu realmente o teor da informação que lhe foi transmitida? Neste aspeto, destaca-se a importância da consulta de enfermagem pré-operatória, que de acordo com a AESOP (2006) permite o estabelecimento de uma relação de empatia e ajuda, sendo a pessoa instruída sobre os cuidados a respeitar na fase pré, intra e pós-operatória, recebendo também toda a informação necessária para o consentimento informado e esclarecido. Portanto, trata-se de um momento privilegiado de transmissão de informação à pessoa, com o objetivo de a capacitar, relativamente ao procedimento cirúrgico e simultaneamente instruir, facilitando a sua adesão ao regime terapêutico colaborando nos cuidados de enfermagem pós-operatórios. No local de estágio, a consulta pré-operatória é realizada por enfermeiros especialistas, detentores de competências especializadas, nomeadamente a nível da comunicação, que no seu exercício reconhecem a importância da utilização de uma linguagem clara, objetiva e o recurso a um vocabulário adequado e de fácil entendimento, para transmitirem a informação considerada pertinente face à individualidade de cada caso. Constatámos que a informação transmitida na consulta pré-operatória, contribuiu para esclarecer as pessoas, o que é corroborado por Mendes e colaboradores (2020) quando afirma que a informação transmitida no período pré-operatório pretende diminuir o impacto que qualquer situação inesperada possa trazer, tentando limitar o *stress* causado pela cirurgia.

O consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa, de acordo com a Norma da Direção Geral de Saúde é uma “manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia” (DGS,2015), podendo ser expresso de forma verbal ou escrita. No âmbito da saúde, destaca-se a atenção dada ao princípio da autonomia, em que se reconhece a capacidade da pessoa para assumir livremente as suas decisões relacionadas com a sua condição de saúde.

No artigo 84º do Código Deontológico de Enfermagem, o enfermeiro deve “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015, p. 74).

A pessoa deve ser autónoma na sua tomada de decisão, mas essa autodeterminação/empoderamento, deve sustentar-se na informação, de forma que essa decisão seja o mais esclarecida possível. Para o exercício pleno da sua autonomia, a pessoa deve encontrar-se capacitada para uma livre escolha face aquilo que é a sua vontade expressa, e com plena consciência da sua decisão e das possíveis consequências (Filipe, 2004).

Por vezes a obtenção do consentimento informado, na prática traduz-se na validação da existência de uma assinatura num documento padronizado da instituição de saúde, onde vai ocorrer o procedimento cirúrgico e anestésico.

No contexto do estágio, verificámos que no momento do acolhimento o enfermeiro especialista procurava validar com a pessoa/família, a informação retida, e simultaneamente proporcionar um momento para esclarecimento de dúvidas, permitindo perceber, se, o consentimento da pessoa relativamente aos procedimentos cirúrgicos a que vai ser sujeita, advinha realmente da sua informação e esclarecimento.

O consentimento informado, vai para além dos procedimentos médicos, sejam eles cirúrgicos ou anestésicos, sendo fundamental que o enfermeiro especialista, também obtenha o consentimento da pessoa relativamente às intervenções de enfermagem. No contexto do estágio, existiu sempre a preocupação de informar a pessoa de todos os procedimentos a realizar, esperando a sua aceitação.

O respeito pelas crenças e valores, tem de ser mantido relativamente à pessoa em situação perioperatória. O enfermeiro especialista deve, juntamente com a pessoa, perceber se no leque de propostas de tratamento, existe alguma que possa colidir com as suas crenças. No período intraoperatório, denota-se a preocupação do enfermeiro especialista, em preservar a intimidade e a integridade da pessoa, atendendo aos princípios na beneficência e da não maleficência. Exemplo disto foi que, durante a realização de todos os procedimentos cirúrgicos, houve sempre o cuidado de expor apenas a área a ser intervencionada, resguardando o resto do corpo de forma a respeitar o pudor da pessoa.

Foi também constante, o desenvolvimento de uma prática especializada, promovendo e respeitando princípios éticos, de autonomia e de justiça compatível com a maximização da SD e da equipa, concordantes com a consciência cirúrgica, com a manutenção da normotermia recorrendo a medidas de manutenção/aquecimento externas, prevenindo a hipotermia, bem como a preocupação relativamente com os posicionamentos adotados durante a realização dos procedimentos, de forma a prevenir complicações, objetivando o conforto, o bem-estar e a satisfação da pessoa em situação perioperatória.

É determinante que o enfermeiro especialista atente nos pressupostos técnicos e científicos da profissão, de forma a desenvolver a sua ação de acordo com os princípios éticos e respeitando a individualidade de cada pessoa. Devendo ter presente que a pessoa deve possuir consciência e faculdades mentais para decidir e que lhe possibilitem gerar juízos sobre si e sobre a sua vida, isto porque no que se refere ao consentimento na área da saúde é essencial que a “participação de cada um nas decisões sobre as intervenções que lhe dizem respeito, decorrem da sua capacidade para decidir” (Deodato, 2014, p. 58).

2.2. Melhoria contínua da qualidade

A qualidade dos cuidados de saúde, nos dias de hoje é fundamental como garantia da promoção da excelência na prestação, nas diversas instituições de saúde. Podendo ser definida como a obtenção dos maiores benefícios com os menores riscos para a pessoa e no que se refere à sua avaliação é consensual que deve ser multidimensional, considerando não só a estrutura, processo e resultados, mas também a satisfação do cliente. Assim, os enunciados descritos da qualidade dos cuidados de enfermagem devem ser um guia para a monitorização da qualidade (Donabedian, 2003).

O domínio da melhoria contínua da qualidade preconiza que o enfermeiro especialista, desenvolva três competências avançadas; as quais se reportam ao desenvolvimento de práticas de qualidade na colaboração em programas de melhoria contínua; à promoção de um ambiente terapêutico e seguro e ao facto de se esperar que seja dinamizador no desenvolvimento de iniciativas institucionais na área da governação clínica (OE,2019). Assim, espera-se que o enfermeiro especialista desenvolva estas competências na sua prática clínica, pois almejar a melhoria contínua da qualidade deve constituir a base do exercício profissional.

Os programas no âmbito da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, pressupõem o envolvimento dos enfermeiros no planeamento e

implementação das mudanças, exigindo uma reflexão proativa, na ação, no sentido da introdução de medidas corretivas ou inovadoras, visando a melhoria dos cuidados prestados e a satisfação das pessoas (Machado, 2013). Com efeito, os conceitos, os processos de melhoria contínua e a sua avaliação são aspetos relevantes a considerar e que devem reverter em benefício das pessoas, encontrando-se interrelacionados com a sustentabilidade, qualidade e SD. O reconhecimento desta dinâmica e da relevância destes conceitos nas estruturas organizativas e da prática clínica, bem como a implementação de medidas neste âmbito, fortalecem a confiança dos doentes e dos profissionais nas instituições.

A segurança dos cuidados tem sido nos últimos anos, uma das principais metas relativamente à qualidade dos cuidados. De facto, a prestação de cuidados e os ambientes em que eles decorrem são cada vez mais complexos e imprevisíveis, expondo os profissionais e as pessoas à possibilidade da ocorrência de erros, riscos ou até mesmo danos que podem conduzir a algum grau de morbilidade ou mesmo mortalidade (Barroso & Ramos, 2021). Neste universo e remetendo para a promoção de um ambiente seguro, destacam-se as características físicas e organizacionais das instituições, as dotações, o nível de formação e as competências dos profissionais de saúde, o tipo de equipamentos disponíveis, os exames auxiliares de diagnóstico e as terapêuticas utilizadas. Normalmente a evolução positiva da condição de saúde da pessoa, contribui de forma benéfica para a avaliação da qualidade dos cuidados prestados. O enfermeiro especialista tem a responsabilidade acrescida de aproximar a sua prática aos requisitos dos padrões de excelência definidos pela sua Ordem profissional, contribuindo para o desenvolvimento e reconhecimento da profissão. Assim, a qualidade dos cuidados é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros, pelos seus conhecimentos e pelas suas competências, visto que são estas características que lhe permitem o exercício profissional a um nível elevado de complexidade nos diversos domínios da sua intervenção, bem como ao desenvolvimento técnico-científico da profissão, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo.

Atualmente, as instituições de saúde, submetem-se a processos de certificação ou acreditação com vista à melhoria contínua da qualidade. O Hospital, onde se integra a UCA, onde decorreu o estágio encontra-se em processo de certificação pela *Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucia* (ACSA). Verificámos que atendendo ao seu conhecimento sobre o estado da arte, os enfermeiros especialistas participaram na construção dos pressupostos dos *standards*, que se referem ao âmbito de intervenção dos enfermeiros. A participação dos enfermeiros especialistas neste processo, detentores de competências avançadas, foi uma mais-valia para a construção de normas e procedimentos que vão de encontro aos requisitos

de qualidade do processo de certificação. Neste contexto, elaboramos um procedimento interno, para implementar um processo de normalização da contagem cirúrgica de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes, a executar em todas as cirurgias (Anexo I). A construção deste documento teve por base a evidência científica disponível sobre o tema.

Cada vez é mais importante desenvolver ferramentas que sejam capazes de avaliar a qualidade na área da saúde e no que se refere à monitorização da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros, é imperativo a definição de áreas a serem monitorizadas nos diferentes contextos da prática. Neste sentido destaca-se a problemática da sensibilidade dos resultados das intervenções implementadas pelos enfermeiros na obtenção de ganhos em saúde para as pessoas (Pereira, 2009).

A utilização de ferramentas que permitam monitorizar os resultados das terapêuticas de enfermagem, enquadradas em processos de melhoria da qualidade, afiguram-se como um importante ponto de partida para uma prática sustentada na evidência, bem como para a identificação da necessidade de formação (Hall & Barnsteiner, 2008). Com efeito, deverão ser alvo de monitorização da qualidade, áreas do core da atividade dos enfermeiros em que a sua intervenção tem um impacto positivo no estado de saúde das pessoas, atendendo aos enunciados descritivos dos cuidados de enfermagem: satisfação do cliente, promoção da saúde, prevenção de complicações, bem-estar e autocuidado e readaptação funcional (OE, 2001).

Um dos grandes desafios no processo de construção e implementação de um sistema de monitorização da qualidade em saúde, passa pela criação de condições de recolha sistemática e regular da informação/dados que permitam o processo de avaliação (Pereira, 2009). Na UCA onde se desenvolveu o estágio, constatamos a existência de um Sistema de Informação em Enfermagem (SIE) que tem por base a utilização de uma linguagem classificada - a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) onde os enfermeiros formulam diagnósticos de enfermagem e prescrevem intervenções de enfermagem, visando a resolução dos problemas identificados. Nesta unidade, todos os cuidados prestados pelos enfermeiros são documentados, no sistema informatizado, permitindo a realização de inferências sobre o valor dos cuidados prestados pelos enfermeiros. Conseguimos perceber a importância atribuída pelo enfermeiro especialista à existência de um SIE. Se por um lado, a existência de um SIE promove a uniformidade na forma como se documentam as intervenções de enfermagem através da utilização de uma linguagem classificada parametrizada, para todas as instituições de saúde nacionais; por outro é a partir dos dados introduzidos no SIE pelos enfermeiros que se conseguem produzir

indicadores, sensíveis aos cuidados de enfermagem e que se constituem como um meio fundamental para conceder visibilidade ao mandato social dos enfermeiros.

Donabedian (2003), entende os indicadores como representações quantificáveis da estrutura, processo e resultado, que proporcionam informações através de razões, proporções, taxas ou índices. Para além da produção de indicadores é fundamental a sua análise e interpretação, pois só desta forma se conseguem extrair dados, de forma a implementar programas ou estratégias de melhoria contínua da qualidade em saúde.

No contexto de estágio, percebemos a preocupação dos enfermeiros especialistas em definir indicadores de enfermagem em contexto perioperatório, sensíveis aos cuidados de enfermagem. Apesar de não fazerem parte do contrato programa para financiamento das instituições hospitalares, verificamos que alguns dos indicadores definidos e calculados nesta UCA, estão relacionados com a prevenção de complicações, nomeadamente da ferida cirúrgica, e com os ganhos em conhecimentos, para gerir o regime terapêutico ou a dor, o que se traduz para a pessoa em situação perioperatória, em ganhos em saúde, sensíveis aos cuidados do enfermeiro especialista. Os resultados obtidos relativos aos indicadores, permitem avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem e em função desses resultados, é possível proceder às necessárias mudanças, por meio da implementação de estratégias de melhoria contínua dos cuidados prestados.

Em suma, podemos afirmar que a qualidade em saúde é muito abrangente, pelo que o enfermeiro especialista compreende a importância de cumprir os programas definidos para as instituições de saúde e fruto da análise dos resultados, torna-se possível a implementação de estratégias de melhoria, com impacto nos ganhos para as pessoas.

2.3. Gestão dos cuidados

No âmbito da gestão dos cuidados, o enfermeiro especialista deve demonstrar a aquisição de duas competências: a capacidade de gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de saúde e a capacidade de adaptar a liderança e a gestão dos recursos atendendo às situações e ao contexto (OE, 2019). Ou seja, o desenvolvimento das competências na área da gestão permite ao enfermeiro especialista contribuir para a segurança da pessoa e para a garantia da melhoria da qualidade dos cuidados prestados, devendo ser capaz de adequar os recursos existentes às necessidades de cuidados, adotando um estilo de liderança que vá de encontro aos padrões institucionais.

Ao nível da formação, a relação entre as necessidades das pessoas, as competências demonstradas pelos enfermeiros, a cultura organizacional e as políticas de liderança nos contextos da prática são fatores que concorrem para a segurança e qualidade dos cuidados. Neste sentido, espera-se que o enfermeiro especialista detenha conhecimentos técnicos e científicos provenientes de uma prática baseada na evidência, aquando da implementação das terapêuticas de enfermagem e que nos contextos da prática se respeitem as mais recentes recomendações da OE, AESOP, OMS e DGS relativamente às dotações seguras, de forma a garantir a salvaguarda e segurança dos cuidados. A própria OE, confirma esta premissa ao referir que a dotação adequada de enfermeiros, o seu nível de formação e o perfil de competências apresentado, são fatores fundamentais para alcançar os níveis de segurança e de qualidade dos cuidados para as pessoas e organizações de saúde (OE, 2019).

As dotações seguras de profissionais de enfermagem referem-se à correta dotação de enfermeiros em quantidade (número de enfermeiros em tempo integral) e em qualidade (experiência e formação profissional) face às necessidades em cuidados de enfermagem das pessoas. O Regulamento nº 743/2019 da OE, refere que em termos de cirurgia de ambulatório, na sala de operações considera-se a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesista.

Além disto, acresce que seria “adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho sejam enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória” (OE, 2019, p. 142).

Logo, é fundamental respeitar e adequar os recursos humanos relativamente às dotações seguras, pois uma falha neste domínio pode conduzir a erros, que podem resultar em danos para as pessoas submetidas a cirurgia, profissionais e instituições de saúde.

Faz parte das competências relacionadas com a gestão dos cuidados, que o enfermeiro especialista seja capaz de colaborar com o enfermeiro gestor na adequação dos recursos de enfermagem, atendendo aos seguintes aspetos: complexidade dos cuidados prestados, carga de trabalho, ambiente em que são prestados os cuidados e nível de experiência dos enfermeiros. Por várias vezes no decurso do estágio, verificou-se esta preocupação por parte do enfermeiro especialista, providenciando para que nenhum dos postos de trabalho ficasse comprometido. Outra das estratégias implementadas, era a rotatividade dos enfermeiros pelos vários postos de trabalho, permitindo que a experiência profissional adquirida fosse idêntica para todos os elementos da equipa.

No que se refere à formação, verificamos que no contexto de estágio, é da responsabilidade do enfermeiro especialista a organização do plano de formação para o serviço. Percebemos que para além do planeamento, também as execuções das formações

em serviço eram concretizadas maioritariamente, por enfermeiros especialistas, adequando os momentos de formação às necessidades do contexto da prática. Neste domínio podemos destacar o papel fundamental que o enfermeiro especialista, detém na CA como responsável por divulgar e implementar as normas e procedimentos institucionais, bem como aqueles que derivam de orientações emanadas pela DGS face à pessoa em situação perioperatória. A monitorização destes procedimentos é também da responsabilidade do enfermeiro especialista, através da realização periódica de auditorias internas.

Neste contexto, destaca-se a importância da comunicação, visto ser um fator, que pode influenciar a tomada de decisão em enfermagem. O enfermeiro especialista deve ter a capacidade de analisar cada situação em particular, recolher os dados mais relevantes e definir o plano de cuidados adequando-o à pessoa, perspetivando a melhor gestão de cuidados possível. Importa salientar que quando a comunicação é eficaz e a equipa trabalha em conjunto, o processo de tomada de decisão acaba por ser mais efetivo (Nunes, 2007).

Segundo a AESOP (2006), o enfermeiro perioperatório como enfermeiro gestor, participa na coordenação e dinamização de todas as atividades inerentes à prática dos cuidados sendo da sua responsabilidade a interligação funcional de todos os utilizadores e prestadores de cuidados. A gestão, é inerente à existência, subsistência e sucesso de qualquer organização e durante muito tempo, as organizações de saúde não lhe reconheceram grande importância. No entanto hoje, as implicações do aumento cada vez maior e incontrolável das despesas na área da saúde, leva a que, o exercício de gestão alcance um papel preeminente, tanto ao nível da gestão de topo, como da gestão dos processos de cuidados (Potra, 2015). Em suma, o enfermeiro especialista, para além de ter de ser capaz de gerir recursos materiais, também tem de ser capaz de gerir recursos humanos, atendendo ao perfil de competências profissionais de cada um dos elementos da equipa. Devendo ser agente da reflexão sobre a prática, promotor de um ambiente de partilha de conhecimentos e experiências entre os enfermeiros, fomentando a prática baseada na evidência com vista ao desenvolvimento de um ambiente seguro e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A enfermagem existe para prover cuidados de enfermagem para os clientes que experienciam doença, tanto como para aqueles que podem experienciar potenciais problemas nos cuidados de saúde e tem sido descrita como uma disciplina clínica, um campo aplicado ou uma disciplina prática orientada (Meleis, 1997). Relativamente ao domínio do

desenvolvimento das aprendizagens profissionais, é esperado que o enfermeiro especialista desenvolva o autoconhecimento e a assertividade baseando a sua prática clínica especializada em evidência científica (OE, 2019). Aqui, a aquisição de competências está diretamente relacionada com o investimento individual, que cada enfermeiro desenvolve, procurando a atualização dos seus conhecimentos, facilitando o exercício de uma prática baseada na mais recente evidência científica.

No que se refere ao desenvolvimento deste domínio de competências, verificamos que no contexto de estágio clínico, os enfermeiros especialistas promovem a formação em serviço indo ao encontro do diagnóstico de necessidades da UCA, contribuindo para a adequação das práticas às especificidades do contexto. A formação realizada, ancorada na componente prática da profissão, deverá estar relacionada com o tipo de cuidados que requer a pessoa que vai experimentar a situação perioperatória; a qual, depois de consolidada, irá conferir maior responsabilidade e autonomia para a prestação de cuidados. Neste ponto destaca-se mais uma vez o papel determinante do enfermeiro especialista, na divulgação, na criação de oportunidades de formação e na implementação de estratégias que potenciam a adesão dos enfermeiros às recomendações que orientam a prática, emanadas a nível nacional pela DGS e pelas associações profissionais (AESOP) e a nível institucional provenientes das diversas comissões hospitalares.

Uma das formas de demonstrar a aquisição desta competência, fomentada pela partilha e reflexão sobre os instrumentos de suporte existentes, concretizou-se pela elaboração de um procedimento interno, para implementar um processo de normalização da contagem cirúrgica de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes durante as cirurgias (Anexo I). A construção deste documento foi baseada na evidência científica disponível sobre o tema e assim esperamos ter contribuído para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar.

Uma prática baseada na evidência vai ao encontro do mandato social de enfermagem enquanto profissão e ciência. O Conselho Internacional de Enfermeiros, define a prática baseada na evidência como um método de resolução de problemas, que incorpora uma pesquisa da melhor e mais recente evidência, experiência e avaliação clínica, bem como as preferências da pessoa que necessita de cuidados (OE, 2012). Reconhecemos que o enfermeiro especialista tem um papel crucial ao fomentar junto da equipa, a prática baseada na evidência científica, defendendo que as decisões clínicas para cada pessoa devem ser fundamentadas na melhor evidência, sem descurar as preferências da pessoa, o contexto de cuidados e a condição de saúde. É crucial que o enfermeiro especialista adote um perfil de reflexão, pois como refere Botelho e colaboradores (2011), os cuidados baseados na

evidência são resultado de um processo de interrogações e preocupações decorrentes da identificação das necessidades em termos de cuidados.

A aquisição de aprendizagens de caráter profissional deverá ser um processo contínuo com enfoque na constante atualização técnica e científica e na participação em projetos de investigação. Decorrente das aprendizagens no estágio de cirurgia de ambulatório, verificamos que por inerências das suas competências avançadas, os enfermeiros especialistas valorizam a investigação e envolvem-se em trabalhos de investigação em enfermagem. Neste contexto, saliento a participação no *XX Congresso Nacional da AESOP*, com a apresentação de uma comunicação livre sob o tema “Prevenção Da Hipotermia No Perioperatório: Revisão Integrativa De Literatura” (Anexo II).

De acordo com o Professor Abel Paiva, “Enfermagem Avançada” não é mais do que o conceito de uma “Enfermagem com mais Enfermagem”. Neste caminho em evolução, verificamos uma prática cada vez mais baseada nas teorias de Enfermagem, fundamentando os modelos em uso com os modelos teóricos, no sentido de uma “Enfermagem Avançada”. A par disto, o enfermeiro especialista reveste-se de maior competência para o seu exercício profissional, tendo como *core* o diagnóstico, a avaliação das terapêuticas de enfermagem implementadas e uma capacidade de tomada de decisão devidamente fundamentada.

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

A OE, no Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho, regula e define um perfil de competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica que integra, juntamente com o perfil das competências comuns do enfermeiro especialista definidas também em regulamento próprio e abordadas previamente, o conjunto de competências clínicas especializadas e concretizadas de acordo com o contexto de intervenção, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, provendo um enquadramento regulador para a certificação das competências. Como se pode comprovar, embora exista um tronco comum de conhecimento, a este é agregado a diferenciação exigida pela especificidade do trabalho desenvolvido. O desenvolvimento de competências específicas enriquece a capacidade interventiva promovendo a qualidade dos cuidados prestados, tendo um impacto significativo na segurança e nos resultados anestésico-cirúrgicos da pessoa em situação perioperatória.

A forma de apresentação deste capítulo, seguirá a estrutura de apresentação das competências no referido regulamento, adotando os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-cirúrgica (OE, 2017a). Importa ainda referir que a reflexão acerca do desenvolvimento de competências avançadas e específicas do enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória terá, não só, mas também, por base a análise dos objetivos específicos delineados para o estágio, na medida em que estão diretamente relacionados com o desenvolvimento das competências específicas.

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

A prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório reveste-se de significativa complexidade devido à particularidade da experiência cirúrgica e pela especificidade do contexto em que decorre, ainda mais quando se trata da CA.

O papel do enfermeiro é de extremo relevo, uma vez que a sua presença é transversal a todos os momentos do perioperatório; isto é, no pré, no intra e no pós-operatório. É fundamental que o enfermeiro especialista consiga articular estes três momentos para criar

uma relação de ajuda que suporte o cuidar, encontrando-se numa posição privilegiada para garantir que todos os procedimentos são realizados em segurança, enquanto acompanha o doente desde a sua admissão até ao momento da alta (Pinto & Sarnadas, 2020). Assim, o enfermeiro especialista deve incidir uma especial atenção sobre os contextos da prática e os seus condicionalismos (recursos humanos e materiais, gestão e liderança, dotações, etc.), de modo a garantir que ao longo dos três momentos haja um *continuum* que favoreça o cuidar. No local de estágio foi facultada a possibilidade de cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/convivente significativo em todas as fases do perioperatório.

Tendo por base as competências específicas do enfermeiro perioperatório e atendendo a todas as atividades realizadas no decurso do estágio, importa referir que através da implementação das intervenções de enfermagem na UCA, foi possível consolidar e aprofundar as competências relativas ao cuidar da pessoa em situação perioperatória. As intervenções de enfermagem planeadas e posteriormente implementadas pelo enfermeiro especialista revestem-se de uma abordagem humana e holística, acrescidas da mobilização de competências técnicas e conhecimentos científicos, constituindo uma mais-valia para a pessoa que tem de gerir a sua experiência cirúrgica.

Com efeito, os momentos de prestação de cuidados em contexto perioperatório foram extremamente importantes para o desenvolvimento desta competência, despoletando a necessidade constante de refletir sobre a prática. De acordo com Benner (2001) compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um sentimento ou um conjunto de atitudes que se encontram para além da prática, traduz o conhecimento e a competência que o cuidar de excelência em enfermagem exige. Estes conceitos, sobre a visão holística de situações baseiam-se no padrão experimental do saber, descrevendo a passagem dos enfermeiros de uma fase de iniciante/principiante, dependendo da teoria para a tomada de decisão, progredindo para uma fase de perícia na tomada de decisão (Jenks, 1993). Para esta autora, o pensamento crítico intuitivo é uma componente essencial do enfermeiro perito, enquanto o enfermeiro iniciante/principiante é especialmente orientado ao desenvolvimento de tarefas, baseando-se no pensamento crítico analítico, quando usa o processo de enfermagem para construir julgamentos clínicos. De acordo com o Modelo de Aquisição de Competências de Patrícia Benner (2001), o desenvolvimento na prática clínica de enfermagem acontece através de um processo de desenvolvimento de competências, passando por cinco níveis, nomeadamente, iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. A autora, citada pela OE no Parecer n.º 10/2017, defende que “é através de experiências que o enfermeiro aprende a focalizar de imediato aquilo que é relevante

numa situação e a interpretar o seu significado”. Esta autora defende que, as competências para a excelência dos cuidados, emergem quando é adquirida a perícia profissional, conseguida mediante uma aprendizagem experimental (OE, 2017c, p. 3). Esperando-se assim que o enfermeiro especialista seja, cada vez mais reflexivo e possuidor da capacidade de mobilizar informação, desempenhando um papel essencial na equipa multidisciplinar, assumindo-se como elemento de referência, na obtenção de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados, sustentado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem da OE.

Para além da reflexão sobre a prática na enfermagem, é necessário que ela seja valorizada de forma a obter reconhecimento e visibilidade. Uma das formas de alcançar esse objetivo é garantindo a qualidade dos cuidados de enfermagem. Com efeito a qualidade é a finalidade que todos os enfermeiros especialistas pretendem quando definem e implementam um plano de cuidados individualizado às pessoas alvo dos seus cuidados. Uma das formas de avaliar essa qualidade é através da definição de indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem, que viabilizem a análise dos cuidados prestados, no sentido da melhoria contínua da qualidade e da satisfação dos clientes. Mas para que isto seja possível é fundamental que os enfermeiros especialistas, não descurem a documentação dos cuidados prestados e reconheçam a sua relevância não só para o cálculo de indicadores, mas também para a continuidade de cuidados e para a sua salvaguarda legal, permitindo confirmar a prestação dos cuidados realizados pelo enfermeiro.

Neste sentido apresentamos o **objetivo específico** - *Desenvolver competências sobre a documentação dos cuidados de enfermagem, no domínio dos sistemas de informação em enfermagem em contexto de cirurgia de ambulatório.*

A OE, define os registos de enfermagem como o conjunto de informação produzida pelo enfermeiro decorrente da sua prática, no qual integra informações resultantes das necessidades de cuidados de enfermagem (intervenções autónomas), bem como informações, resultantes do processo de tomada de decisão de outros profissionais (intervenções interdependentes) e ainda toda a informação adicional, essencial à continuidade de cuidados (2014).

Os registos de enfermagem devem ser reconhecidos pelos enfermeiros como essenciais para documentar os cuidados prestados. São uma forma de comunicação escrita, provisora de informação fundamental e objetiva, que permite garantir a continuidade dos cuidados de saúde e constituem-se como uma das atividades que traduzem legalmente a concretização dos cuidados prestados (OE, 2014). Com efeito, o enfermeiro tem para com os desígnios da profissão o dever de garantir a continuidade de cuidados e os registos de enfermagem são

uma ferramenta para alcançar esse compromisso profissional. Assim, os registos de enfermagem devem ser os mais precisos e completos possíveis, garantindo a consistência e a qualidade dos dados relatados.

Os registos de enfermagem acabam por ser indissociáveis do exercício profissional do enfermeiro, daí que seja primordial que os enfermeiros documentem com clareza a sua *praxis*, contemplando os diagnósticos, as intervenções, a avaliação e os resultados, com vista à continuidade de cuidados (Ribeiro, 2021).

Da passagem pelo contexto de estágio, facilmente percebemos que a reflexão sobre a importância da documentação dos cuidados acontece no desenvolvimento da prática, sendo possível reconhecer a importância atribuída aos registos de enfermagem por parte dos enfermeiros que se encontram envolvidos na sua concretização. Atendendo às particularidades do contexto da CA, destaca-se o papel do enfermeiro especialista como promotor da reflexão sobre a necessidade de rigor e objetividade dos registos realizados no perioperatório com vista à continuidade de cuidados, externos ao ambiente hospitalar. É de salientar que apesar de cada pessoa ter o seu processo individualizado, constatamos que no serviço houve a necessidade de definir “balizas” em termos de registos de enfermagem, principalmente para dar resposta a normas e orientações emanadas, por exemplo, pela DGS. A OE preconiza a utilização de uma linguagem universal nos registos de enfermagem, nomeadamente no que refere à formulação de diagnósticos de enfermagem e planeamento de intervenções (OE, 2014). Em Portugal, para dar resposta a esta necessidade é utilizada uma linguagem classificada comum - a CIPE.

Com a evolução tecnológica e ambiental, muito relacionada com a dificuldade de armazenamento e de acessibilidade da informação, surge a necessidade de abandonar o formato em papel para efeitos de documentação dos cuidados de enfermagem. Perante estas barreiras aliadas ao aumento de volume, à complexidade, à diversidade e à especificidade da informação contida nos registos de enfermagem, foi necessário conceber outra forma de registar e armazenar a referida informação, através de uma configuração eficaz e eficiente, sendo tal necessidade colmatada através dos Sistemas de Informação em Enfermagem (SIE) (Ribeiro, 2021).

Os SIE, são um recurso que permite compilar e organizar os cuidados de enfermagem, permitindo em tempo real, aceder a qualquer informação necessária para o desenvolvimento das suas ações, facilitando a comunicação eficiente entre os pares, assegurando a transmissão da informação com rigor garantindo a continuidade, qualidade e segurança dos cuidados prestados.

A crescente digitalização dos SIE, tem permitido inferir conclusões acerca dos processos envolvidos e resultados alcançados através das práticas terapêuticas dos enfermeiros. Neste contexto, torna-se evidente a importância da qualidade dos dados documentados nos SIE, no respeitante à sua integridade, relevância, interoperabilidade, coerência, oportunidade e da cultura institucional de documentação, para que esses dados sejam fiáveis e matéria-prima útil para os processos de agregação de dados (Naik & Grinspun, 2020).

Na UCA do Hospital, onde decorreu o estágio, a documentação dos cuidados de enfermagem no intraoperatório é efetuada no SClínico, sistema de informação desenvolvido pelos Sistemas Partilhados do Ministério da Saúde (SPMS), no módulo referente ao Bloco Operatório da UCA, designado por *Cockpit*. À partida para o estágio desconhecíamos esta ferramenta, mas no decurso da permanência nesta UCA, tomamos conhecimento e desenvolvemos competências no domínio deste SIE.

De acordo com as evidências atuais, pretende-se que a informação contida nos processos individuais das pessoas, seja utilizada no sentido de permitir melhorar os cuidados prestados. No caso concreto do *Cockpit*, verificamos que este módulo do SClínico, não permite o acesso à informação contida no processo clínico em serviços externos à UCA, nomeadamente na consulta externa, resultando na impossibilidade de aceder a informação contida no processo cirúrgico, sobre os cuidados prestados no intraoperatório. Esta situação de não interoperabilidade, traduz-se, numa dificuldade acrescida para os enfermeiros, de assegurarem a transmissão da informação e a continuidade dos cuidados, que para colmatarem esta limitação, acabam por despende mais tempo que o suposto, neste processo. Neste sentido, confirmamos mais uma vez o papel preponderante do enfermeiro especialista relativamente à sua competência para reunir a informação necessária assegurando a manutenção da continuidade de cuidados, conseguindo ainda envolver a restante equipa de enfermagem, nos diversos procedimentos acrescidos, mas necessários, para consulta de dados relevantes sobre a condição do doente, de forma a suportar a tomada de decisão em enfermagem. A verdade é que no contexto da prática, os enfermeiros ao alcançarem a importância de serem detentores de determinada informação relevante para a segurança, continuidade e qualidade dos cuidados, acabam por não considerar como trabalho acrescido a procura dessa informação noutros módulos e/ou sistemas de informação. Sobre isto, Ribeiro (2021) refere que os registos ao serem realizados num sistema de informação nos contextos da prática, proporcionam maior segurança, não comprometem a qualidade da informação, salvaguardando os clientes, os enfermeiros e a própria instituição.

Em suma, constatamos que a adoção de um sistema de classificação padronizado da sua prática de cuidados, aliado à utilização dos recursos disponibilizados pelos SIE, constitui um desafio para a enfermagem. Surgindo a documentação dos cuidados no processo de enfermagem como vetor facilitador do processo de comunicação entre os pares e do processo de tomada de decisão, promovendo a melhoria contínua dos cuidados, da qualidade, da segurança e conseqüentemente, contribuindo para a evolução da ciência da Enfermagem.

Como percebemos que a comunicação é um aspecto importante em contexto de cirurgia de ambulatório, com especial destaque para a manutenção da continuidade de cuidados, definimos o **objetivo específico** – *Desenvolver competências facilitadoras da comunicação que permitam assegurar a continuidade de cuidados e a complementaridade das intervenções da equipa multidisciplinar.*

O enfermeiro assume um lugar privilegiado na equipa multidisciplinar, tendo uma posição de centralidade na prestação de cuidados e adotando estratégias assentes na comunicação. Sendo a comunicação um dos pontos basilares dos cuidados de enfermagem, fundamental para instituir uma relação profícua entre o enfermeiro, a pessoa e a família/convivente significativo em situação perioperatória. Alves (2003), considera que, para cuidar, é importante saber comunicar, servindo a comunicação nas suas diferentes formas para legitimar discursos, comportamentos e ações. O enfermeiro especialista ao alcançar a importância do aspeto relacional e comunicacional, promove uma postura de disponibilidade para o esclarecimento de dúvidas permitindo uma maior proximidade e abertura, antecipando, sempre que possível, as necessidades da pessoa. Neste contexto de prática clínica, o desenvolvimento das competências comunicacionais foi uma constante e para tal recorreremos a uma linguagem clara, adequada e perceptível (tendo presente que o excesso de informação poderá, contudo, ser desvantajoso), com o objetivo de implementar estratégias facilitadoras da comunicação intra e interprofissional, contribuindo para o aumento da segurança e qualidade dos cuidados.

Valorizando através da observação, escuta e assertividade todas as vivências experienciadas pela pessoa e família/convivente significativo em situação perioperatória, de forma a listar os focos de atenção, formular diagnósticos e prescrever as intervenções de enfermagem, para que o alvo dos cuidados, se mantenha motivado, assumindo-se mais facilmente como um interveniente ativo em todo o processo cirúrgico. Desenvolvemos durante a prática clínica, estratégias facilitadoras da comunicação, incentivando a pessoa a verbalizar as suas dúvidas e a exprimir as suas preocupações, possibilitando assim maximizar a compreensão sobre o processo de cuidados, capacitando a pessoa em situação

perioperatória para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão. Sendo e como já referido anteriormente, essencial a utilização de uma comunicação clarificadora e assertiva. A comunicação eficaz com o cliente e família/pessoa significativa é um dos elementos-chave na implementação dos cuidados de enfermagem, promovendo o bem-estar psicológico a recuperação e a satisfação com a prestação de cuidados (Lotfi *et al.*, 2019). Face ao exposto, concordamos com Ribeiro (2021) quando refere que, a comunicação é uma ferramenta vital para todos os enfermeiros, na medida em que é através dela que se produz informação imprescindível para a formulação de diagnósticos e o planeamento de intervenções que constituem o plano de cuidados da pessoa.

Dutra e colaboradores (2016) referem que os registos de enfermagem são parte integrante do sistema de informação das instituições, na medida em que são criados pelos enfermeiros de forma a prover informação sobre a condição de saúde das pessoas, facilitando a comunicação não só entre a equipa de enfermagem como toda a equipa pluridisciplinar. Os dados registados revelam a continuidade de cuidados, apoiam legalmente o trabalho do enfermeiro sendo utilizados para preencher as grelhas de auditoria que estão na base da avaliação dos enfermeiros.

O enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória desenvolve inúmeras funções, procurando ser perito em todas, contudo estas funções/intervenções devem concentrar-se na relação de ajuda. As intervenções implementadas para a manutenção da relação de ajuda, não podem ser facilmente mensuráveis como as intervenções de cariz mais tecnicistas, no entanto, são essenciais para o cuidar e podem ter repercussões positivas na avaliação da satisfação dos utentes. Neste sentido, a AESOP (2012) afirma que neste tipo de funções deve ser dada ênfase não apenas à componente técnica, mas também a todas as necessidades humanas centradas na visão holística do cuidar e na relação de ajuda.

De acordo com o relatório da CNADCA a divulgação de informação através de documentos escritos, constitui uma possibilidade de melhoria da comunicação com os utentes, sendo um fator facilitador para a interiorização de algumas recomendações, assim elaborar documentos que contribuam para o estabelecimento de protocolos, de forma a simplificar o processo de tomada de decisão, possibilitam aos enfermeiros consolidar a sua posição enquanto prestadores de cuidados (Benner, 2001) e concomitantemente apoiam os enfermeiros com menor experiência.

Estes documentos devem ir ao encontro das principais preocupações dos utentes, fornecendo opções para as superar e constituindo uma fonte de informações, à qual possam recorrer em caso de necessidade, aumentando os níveis de confiança no sistema.

No decorrer deste processo de aprendizagem, a enfermeira gestora da UCA, lançou-nos um desafio; elaborar um guião informativo para um filme, a colocar no *site* da UCA (Anexo III), contendo informações sobre o percurso/circuito da pessoa e família/convivente significativo, submetido a cirurgia em contexto de ambulatório. A ideia de construir este filme, surgiu com o intuito de diminuir os níveis de ansiedade e fornecer informações sobre o período pré, intra e pós-operatório, como forma de otimizar a experiência cirúrgica, favorecendo o processo de transição da pessoa em situação perioperatória. Cabe ao enfermeiro especialista assumir o perioperatório como um *continuum*, onde se pretende construir uma relação de ajuda, facilitadora da capacitação da pessoa e família/convivente significativo para o processo que vai vivenciar. Assim, torna-se vital a articulação dos três momentos, pré, intra e pós-operatório, para que se facilite o tempo necessário ao estabelecimento de uma relação que suporte, a essência do cuidar de enfermagem.

O enfermeiro perioperatório deve pautar a sua conduta assente nos princípios éticos e deontológicos da profissão no que concerne à prestação de cuidados, mas também nas relações interpessoais com os diversos elementos da equipa cirúrgica multidisciplinar. Sendo a atividade cirúrgica uma prática complexa, composta por intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes, numa dinâmica que envolve uma equipa interdisciplinar, onde os fatores de equipa e os fatores organizacionais desempenham um papel fundamental, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos (Fragata, 2010), tende a existir uma preocupação acrescida relativamente ao processo de comunicação entre os vários elementos da equipa, de forma a otimizar a segurança cirúrgica.

Assim, a consciencialização demonstrada pelo enfermeiro especialista no que se refere à transmissão de informação e ao desenvolvimento de intervenções do tipo ensinar, capacitando as pessoas para a experiência cirúrgica, bem como, com a relação de ajuda desenvolvida com os profissionais de saúde, durante este período muitas vezes marcado pela condição de vulnerabilidade, permitiu-nos desenvolver uma reflexão crítica acerca da importância da comunicação no processo de cuidar em unidades de cirurgia de ambulatório.

O contexto perioperatório, obriga a uma necessidade constante de desenvolvimento científico e tecnológico, sendo esperado que os enfermeiros se mantenham atualizados, existindo sempre uma necessidade de aprofundamento de conhecimento científico alicerçado numa análise crítica e reflexiva sobre as práticas.

Neste sentido, definimos o **objetivo específico** - *Desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória, alicerçada a uma prática baseada na evidência científica, de forma a aumentar a literacia em saúde à pessoa, família/convivente significativo.*

Como referido anteriormente, uma prática baseada na evidência vai ao encontro do mandato social de enfermagem. Na sua essência, a prática baseada na evidência constitui um elo entre os resultados de pesquisa e a sua aplicação na prática, cuja análise reflexiva visa conduzir à tomada de decisão, devidamente fundamentada, no consenso das informações mais relevantes para o cuidar (Pedrolo *et al.*, 2009).

Face ao exposto, importa destacar que o enfermeiro especialista pela sua formação e proximidade com a prática se encontra numa posição privilegiada para realizar investigação, devendo esta, ser uma área de preferencial investimento. A investigação é sem dúvida uma das formas de tomarmos consciência das nossas práticas. O enfermeiro especialista deve planear a sua atividade de forma a desenvolver uma relação de equilíbrio entre estes dois contextos, pois o conhecimento em enfermagem arroga que a prática é complexa, exigindo uma associação de vários saberes de forma a adaptar-se a cada momento e a cada situação, evocando que o saber e a ação são como um todo complexo (Simões 2008).

No universo perioperatório a ocorrência de intercorrências complexas e urgentes são uma constante, sejam relacionadas com a condição da pessoa ou referentes aos recursos humanos ou materiais, tornando-se capital o desenvolvimento de competências alicerçadas numa prática baseada na evidência científica, aperfeiçoando tanto as competências técnicas como as competências relacionais. Segundo percorre Deodato “os atos profissionais decorrem de um processo de tomada de decisão que o enfermeiro com base num raciocínio crítico fundamentado em premissas de natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica” (2008, p. 27), sendo por vezes necessário, socorrer-se de todos estes recursos de forma a fundamentar a praxis de enfermagem. Efetivamente, a necessidade constante de atualização da prática, face à evolução da evidência científica, é relevante no processo de tomada de decisão, principalmente quando envolve decisões complexas, de forma a atender às necessidades individuais da pessoa, família/convivente significativo em situação perioperatória.

Com a definição deste objetivo, pretendemos não só desenvolver competências na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória alicerçados na evidência científica, como também refletir sobre a importância que a transmissão de informação à pessoa, família/convivente significativo, devidamente fundamentada pode constituir uma forma de aumentar a sua literacia em saúde.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define a literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais e a capacidade da pessoa para aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (2013). A mesma organização acrescenta que a literacia em saúde implica o conhecimento, a motivação e as

competências das pessoas para aceder, compreender, avaliar e aplicar a informação em saúde, com o objetivo último de formar juízos e tomar decisões acerca da sua saúde. Smith (2021) acrescenta que cada vez mais há uma consciencialização demonstrada pelos enfermeiros acerca da importância de fornecer informação sobre a saúde ao longo de todo o *continuum* de prestação de cuidados.

O enfermeiro especialista, relativamente à literacia em saúde deve ser possuidor da noção de que, nem todas as pessoas estão devidamente instruídas sobre os seus problemas de saúde e que, provavelmente em algum momento vão necessitar de apoio para tomar decisões, acerca de situações mais complexas. É fundamental que o enfermeiro seja capaz de transmitir informação verdadeira, necessária e adequada a cada pessoa, desenvolvendo estratégias, para obter *feedback* sobre o nível de entendimento da pessoa relativamente ao que lhe está a ser comunicado. Considerando que são inúmeros os benefícios de um elevado nível de literacia em saúde, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para facilitar que tal seja possível (Smith, 2021). O mesmo autor acrescenta que independentemente do ambiente em que os cuidados são prestados, os enfermeiros são agentes essenciais de educação ao fornecerem informação sobre a saúde das pessoas a quem prestam cuidados.

A consulta de enfermagem pré-operatória, no nosso entender acabou por ser um dos momentos onde, mais, conseguimos obter visibilidade para o papel do enfermeiro especialista como potenciador dos níveis de literacia em saúde. Segundo Breda e Cerejo (2021) a consulta de enfermagem pré-operatória permite construir uma relação facilitadora do processo de comunicação centrada no doente, constituindo um momento de excelência para o enfermeiro coletar dados sobre a pessoa que vai ser submetida a cirurgia. Sendo o primeiro momento de contacto da pessoa e família/convivente significativo com o enfermeiro do perioperatório, permitindo-lhe conhecer o local onde se irá realizar o procedimento cirúrgico, sendo também o momento no qual o enfermeiro inicia o processo de identificação das necessidades físicas, emocionais, psicológicas e sociais da pessoa, elaborando um plano de cuidados individualizado com diagnósticos e intervenções adequados à pessoa em situação perioperatória (Lima, 2010).

O enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória, na sua prática é confrontado com pessoas que estão a vivenciar processos de transição saúde/doença que comportam alterações no estado de saúde, nas expectativas e na capacidade de desempenhar determinados papéis (Meleis, 2012). Com a passagem por esta transição, é esperado que a pessoa adquira novos conhecimentos e mude os seus comportamentos, no sentido de alcançar um novo ponto de equilíbrio para a sua vida. Daqui depreende-se a

importância do papel do enfermeiro especialista ao acompanhar e fornecer toda a informação necessária com base na evidência científica, possibilitando a decisão da pessoa em situação perioperatória, baseada nesse mesmo conhecimento. É da responsabilidade do enfermeiro, assegurar que a pessoa compreende a informação que lhe é transmitida para o pleno exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão, relativamente a todo o processo cirúrgico. Acresce que providenciar informações adequadas às necessidades da pessoa submetida a cirurgia, de forma a reduzir os impactos gerados pelo processo cirúrgico, resulta num processo de transição saudável, exigindo ao enfermeiro especialista, uma abordagem multidimensional e multifacetada. A informação permite, à pessoa em situação perioperatória, responder de forma adequada, fazendo face às diferentes situações, possibilitando a participação efetiva na tomada de decisão (Breda & Cerejo, 2021).

Durante o estágio tivemos a possibilidade de participar e realizar consultas de enfermagem pré-operatórias, uma atividade autónoma dos enfermeiros, que se traduz num aumento da qualidade dos cuidados prestados e consequentemente em ganhos na promoção da saúde, sendo ainda, considerada uma “estratégia eficaz para a deteção precoce de desvios de saúde e acompanhamento de medidas instituídas, as quais se dirigem ao bem-estar das pessoas” (Oliveira *et al.*, 2012, p. 156).

Desta forma, podemos afirmar que no contexto de cirurgia de ambulatório é possível desenvolver competências relativas ao empoderamento e capacitação da pessoa sujeita a cirurgia e respetiva família, permitindo-lhe otimizar e gerir a vivência da experiência cirúrgica e ainda ampliar a sua literacia em saúde, de modo a prevenir complicações e promover a saúde.

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

A enfermagem perioperatória é um universo dinâmico, em constantes mudanças decorrentes da inovação. Do enfermeiro especialista, que exerce a sua atividade neste contexto é esperado que se mantenha em constante formação, pautada pela aprendizagem baseada na evidência científica mais atualizada, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e a segurança da pessoa. Atendendo a este pressuposto, apresentamos o **objetivo específico** - *Desenvolver competências e aprofundar conhecimentos concordantes com a consciência cirúrgica do enfermeiro especialista, de*

forma a maximizar a segurança cirúrgica, nomeadamente no que diz respeito a proporcionar um ambiente seguro e em termos de controlo de infeção.

A segurança do doente (SD) tem sido, ao longo dos últimos anos, uma das principais metas da qualidade dos cuidados prestados, em qualquer contexto de saúde. A prestação de cuidados de saúde e os contextos em que eles ocorrem são cada vez mais complexos. De facto, “a complexidade do ambiente perioperatório com alta tecnologia, elevado número de dispositivos médicos e necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso, cria situações de elevado risco” (OE, 2017b), pelo que, destacamos o ambiente complexo da cirurgia de ambulatório, contexto onde decorreu o estágio. Com efeito, este nível de complexidade da atividade cirúrgica impõe vários desafios para a SD, decorrente da interação de uma vasta equipa multidisciplinar, que exerce atividades complexas e interdependentes, com um significativo grau de incerteza e variação, num ambiente muitas vezes dominado pelo stress e pela pressão de produção. Estas especificidades, aliadas à elevada dependência da pessoa anestesiada, “constituem oportunidades de erros, nomeadamente: doente errado, lado errado, procedimento errado, incidentes anestésicos, contagens incorretas, avarias de equipamentos, lesão por posicionamento, lesão provocada por dispositivos médicos, risco de queimadura, lesão da córnea, quebra da técnica asséptica, infeção do local cirúrgico, hemorragia, hipotermia, paragem cardiorrespiratória e morte” (OE-CEEMC, 2017, p. 26). Como se pode verificar, os desafios colocados à pessoa em situação perioperatória são de natureza diversa, pelo que se defende cada vez mais uma gestão sistematizada de todos os fatores que podem comprometer a SD (Mota *et al.*, 2021).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ao reconhecer a complexidade que envolve a segurança cirúrgica, lançou até ao momento três Desafios Globais para a Segurança do Doente. O primeiro foi o “*Clean Care is Safer Care*” que teve como foco as infeções associadas aos cuidados de saúde; o segundo “*Safe Surgery Saves Lives*” que teve como meta a melhoria dos cuidados durante os procedimentos cirúrgicos por meio de práticas seguras e o terceiro “*Medication Without Harm*” que visa reduzir os danos graves e evitáveis associados a erros de medicação (Melgarejo *et al.*, 2019). O objetivo da OMS, é que cada país membro, desenvolva estratégias que permitam ir ao encontro do que é estabelecido nestes três desafios globais.

Em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, recentemente publicado no Despacho 9390/2021 de 24 de setembro, tem por objetivo consolidar e promover a segurança em todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde (DGS, 2021).

Posto isto, é expectável que o enfermeiro especialista tenha conhecimento destas orientações, assim como do conteúdo deste plano e atue no sentido da sua divulgação e operacionalização. Este documento tem como objetivo legislar e normalizar a atuação dos profissionais, esperando-se deles proatividade na implementação de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (DGS, 2021). Portanto, no plano da normalização das práticas, é crucial que os enfermeiros, principalmente os especialistas, sejam ativos na implementação das normas nacionais emitidas pela DGS e que se associam aos três desafios globais definidos pela OMS, para que todos estejam em uníssono e atuem em conformidade perante assuntos essenciais à SD no perioperatório.

No decurso deste estágio, salientamos a experiência positiva que nos foi proporcionada neste contexto. Verificamos que todas as atualizações relativas à SD, quer emitidas por entidades nacionais, quer por organizações internacionais, como por exemplo os diversos feixes de intervenções, são implementadas em tempo útil. Neste sentido, para motivar o envolvimento e a adesão dos profissionais às práticas recomendadas, é necessário realizar formação no âmbito da SD, devendo o enfermeiro especialista, conseguir demonstrar a toda a equipa os ganhos, quer para as pessoas, quer para as instituições de saúde. Muitas vezes, o mais complexo é conseguir provar a toda uma equipa que uma simples mudança, mesmo que à primeira vista pareça ser insignificante, pode traduzir-se num impacto positivo nas questões de segurança no perioperatório. O enfermeiro especialista também deve ter presente que para além da formação aos profissionais (formação em serviço), também é fundamental informar as pessoas sobre aspetos básicos relacionados com a promoção da segurança. Como exemplo; uma forma de capacitar a pessoa para a sua experiência cirúrgica é salientar a importância do banho pré-cirúrgico, na consulta pré-operatória de enfermagem, neste âmbito, tivemos a oportunidade de desenvolver esta e outras estratégias durante a nossa prática clínica, nas consultas pré-operatórias efetuadas.

Importa ainda salientar a relevância, da realização de auditorias para a promoção da qualidade e segurança dos cuidados. Note-se que no local de estágio, depois da implementação de normas e procedimentos, se procede à execução de auditorias com o objetivo de aferir o cumprimento dos pressupostos, permitindo com a análise dos dados colhidos, avaliar o impacto das mudanças no âmbito da SD. Além dos fatores relacionais com as organizações de saúde e com as pessoas em situação perioperatória, o enfermeiro especialista reconhece que os fatores ambientais podem condicionar a segurança no perioperatório.

Nem todas as infeções associadas aos cuidados de saúde são evitáveis, todavia, uma proporção significativa pode ser prevenida, se conseguirmos sensibilizar os profissionais de saúde na adoção de boas práticas, no contexto da prevenção e controlo de infeção.

Apesar da enorme evolução técnica e científica, a ocorrência de infeção do local cirúrgico (ILC) é uma das complicações mais frequentes relacionada com os procedimentos cirúrgicos, com implicações nos resultados clínicos e aumento dos custos hospitalares, também em Portugal, a ILC constitui uma das infeções mais prevalentes (Mota & Castilho, 2021).

As infeções pós-operatórias são uma complicação importante, associadas a uma elevada mortalidade e morbilidade, sendo uma complicação inerente ao ato cirúrgico, que exige por parte dos profissionais de saúde uma atenção e esforço para o seu controlo, constituindo um parâmetro relevante de controlo de qualidade dos cuidados prestados (Botarelli *et al.*, 2016). Ainda de acordo com estes autores e tendo em conta a elevada prevalência de ocorrência de ILC, esta tem sido considerada como um indicador da qualidade dos cuidados prestados. Sendo as infeções, uma ameaça real à pessoa submetida a cirurgia é necessário por parte dos profissionais de saúde o conhecimento dos fatores que a propiciam e a partir daí, implementar melhorias nas práticas assistenciais, de forma a minimizar o risco e aumentar a segurança da pessoa submetida a cirurgia. Neste domínio destaca-se a implementação de ações de controlo e prevenção, passíveis de intervenção e comprovadas cientificamente, a adoção de medidas práticas adequadas de limpeza, de processamento adequado dos instrumentais cirúrgicos utilizados e da estruturação adequada dos ambientes. Um dos aspetos fundamentais para o controlo das infeções hospitalares, baseia-se na recolha de dados, sendo necessário que esses dados existam e sejam alvo de análise, para se estabelecer uma estratégia eficiente para a sua mitigação, passando também pela deteção de infeções pós-operatórias. Em CA, a maioria das infeções, só se manifesta após a alta hospitalar, sendo por vezes subnotificadas, principalmente quando não há o seguimento no pós-operatório da pessoa submetida a cirurgia. Assim a consulta de enfermagem pós-cirúrgica dos 30 dias, realizada nesta UCA, assume grande importância face à complexidade de todo este processo, permitindo detetar e documentar os processos infecciosos da pessoa submetida a cirurgia.

Apesar das instituições promoverem uma cultura de segurança, importa referir que a SD no perioperatório estará sempre dependente de ação individual de cada profissional, o que nos remete para o conceito de consciência cirúrgica. A “consciência cirúrgica encontra-se intimamente relacionada com a capacidade de monitorização e introdução de medidas corretivas com total autonomia” (AESOP, 2006, p. 54). De acordo com Silva (2014) trata-se de um procedimento moral que orienta a prática profissional, no contexto perioperatório, no sentido de agir de forma eticamente correta, fundamentada pela evidência científica e

cumprindo os princípios de assepsia, conforme as práticas recomendadas, com o objetivo de promover a SD. O enfermeiro especialista tem uma responsabilidade acrescida neste âmbito, encontrando-se numa posição privilegiada para atuar de forma antecipatória relativamente ao risco, favorecendo a gestão de uma consciência cirúrgica para a promoção de um ambiente seguro para as pessoas submetidas a cirurgia, para os profissionais e instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Em suma, o desenvolvimento desta competência presume que o enfermeiro especialista empregue todas as suas competências e saberes teóricos, permitindo-lhe ultrapassar situações problemáticas na área da enfermagem perioperatória, e que, prematuramente possa antever, tomar decisões e atuar perante situações de risco no âmbito da segurança, facilitando a otimização da experiência cirúrgica, contribuindo para o aumento da eficácia e eficiência dos cuidados e da segurança.

4. Considerações finais

Ao longo deste capítulo, pretendemos apresentar a análise e reflexão sobre a prática clínica desenvolvida e sobre o exercício profissional, proveniente das aprendizagens e vivências em contexto de estágio.

A concretização dos objetivos inicialmente propostos realizou-se de forma gradual, à medida que decorreu a integração no contexto da prática clínica na UCA e que nos fomos apropriando do papel do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória, que se encontra perante uma transição saúde/doença, conseqüente da necessidade de uma intervenção cirúrgica. Desta forma, podemos considerar ter alcançado autonomia na prestação de cuidados especializados de enfermagem Médico Cirúrgica, à pessoa em situação perioperatória, no contexto de cirurgia de ambulatório.

Procuramos demonstrar a importância e necessidade de sustentar a prática clínica na evidência científica disponível, permitindo a tomada de decisão, assente no raciocínio crítico e reflexivo, devidamente sustentado por princípios de natureza científica, garantindo, a segurança e a melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de enfermagem em contexto perioperatório.

As experiências vivenciadas foram promotoras de profícuas aprendizagens, contribuindo para o desenvolvimento das competências avançadas pretendidas e fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade e de excelência à pessoa em situação perioperatória.

Em suma, o enfermeiro especialista à pessoa em situação perioperatória, deve assumir-se como uma referência no cuidado à pessoa a vivenciar processos de transição com necessidade de intervenção cirúrgica e anestésica. Neste sentido, a equipa de enfermagem deve definir juntamente com a equipa multidisciplinar, a estratégia mais adequada para aquela pessoa e família durante todo o período operatório, tendo como meta o planeamento dos cuidados prestados, partindo de uma avaliação global da pessoa e família, identificando e priorizando os focos de atenção, estabelecendo diagnósticos e planos de intervenções individualizados. No desenvolvimento da sua prática, deve ainda, assumir um papel ativo, relativamente à gestão dos recursos humanos e materiais, adequando-os às necessidades dos cuidados a prestar, de forma a otimizar a resposta da equipa multidisciplinar, garantindo, promovendo e sempre perspetivando um ambiente seguro.

PARTE II – COMPONENTE DE ESTÁGIO

FATORES QUE INFLUENCIAM A CONTAGEM CIRÚRGICA PARA A SEGURANÇA DA PESSOA SUBMETIDA A CIRURGIA: *SCOPING REVIEW*

1. Resumo

ENQUADRAMENTO: A segurança da pessoa submetida a cirurgia constitui uma prioridade para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados. A Organização Mundial de Saúde reconhece a importância da realização de contagens cirúrgicas de forma a evitar a retenção de itens cirúrgicos no interior do corpo humano, recomendando a sua realização em todos os procedimentos cirúrgicos. Os enfermeiros perioperatórios, desempenham um papel fundamental na prevenção da ocorrência deste evento adverso, daí a necessidade de se identificarem os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica.

OBJECTIVO: Mapear a evidência sobre os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia e identificar as limitações e lacunas do conhecimento que existe sobre este tema.

METODOLOGIA: Realização de uma *scoping review*, assente na metodologia do *The Joanna Briggs Institute*, na sua versão de 2020. A pesquisa foi realizada nas bases de dados eletrónicas: CINHALL Complete e MEDLINE Complete (via EBSCOhost), Scielo, RCAAP e literatura cinzenta no Google académico. Os critérios de inclusão sugerem artigos que enfatizem os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, publicados na íntegra, de acesso gratuito, nos idiomas português, inglês, francês e espanhol e sem restrição temporal.

RESULTADOS: O corpo de análise é constituído por 10 artigos. Foram identificados dois tipos de fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica: os fatores preditores (falhas na comunicação entre os elementos da equipa, tempo de duração da cirurgia, contexto da realização da cirurgia, hora da cirurgia) e os fatores relacionados com a prevenção da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos (formação em serviço e implementação de programas de educação contínua sobre segurança do doente, adoção de políticas de segurança nas instituições, implementação e normalização de procedimentos de contagem cirúrgica e existência de plataformas de registo de eventos adversos).

CONCLUSÃO: Os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica são; falhas de comunicação entre os elementos da equipa, aspetos relacionados com a cirurgia (tempo, contexto, IMC da pessoa submetida a cirurgia e hora da realização), existência de políticas implementadas que visam a segurança do doente, nomeadamente formação no âmbito da segurança, normalização e implementação de procedimentos de contagem cirúrgica.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Perioperatória; Segurança do Doente; Retenção de Itens Cirúrgicos; Contagem Cirúrgica

2. Abstract

BACKGROUND: The safety of the person undergoing surgery is a priority for improving the quality of health care. The WHO recognizes the importance of surgical counts in order to avoid the retention of surgical items inside the human body, recommending its implementation in all surgical procedures. Perioperative nurses play a key role in preventing the occurrence of this adverse event, hence the need to identify the factors that influence the surgical counting process.

OBJECTIVE: To map the evidence on the factors that influence the surgical counting process for the safety of the person undergoing surgery and to identify the limitations and gaps in the knowledge that exists on this topic.

METHODOLOGY: A scoping review was conducted based on the methodology of The Joanna Briggs Institute, in its 2020 version. After applying the inclusion and exclusion criteria, 10 articles were selected to integrate the body of analysis.

RESULTS: Two types of factors influencing the surgical counting process were identified: the predictors (communication failures between team members, duration of surgery, context of surgery, time of surgery) and the factors related to preventing the occurrence of surgical items retention (in-service training and implementation of continuing education programs on patient safety, adoption of safety policies in institutions, implementation of surgical counting procedures and existence of adverse event recording platforms).

CONCLUSION: The factors that influence the process surgical counting are: communication failures between team members, aspects related to the surgery (duration, context, BMI of the person undergoing surgery and time of surgery), and existence of implemented policies aimed at patient safety, namely training in the field of safety, standardization and implementation of surgical count procedures.

KEY WORDS: Perioperative Nursing; Patient Safety; Retention of Surgical Items; Surgical Counting

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Nesta parte do trabalho, pretende-se construir um quadro teórico que fundamente o tema em análise do estudo de investigação. Assim, é abordado o tema da segurança do doente (SD) de uma forma geral e em particular com especial enfoque no contexto do perioperatório, e por fim, os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica durante o procedimento cirúrgico, com vista à segurança da pessoa.

3.1. Segurança do Doente

A SD é definida como a redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável (DGS, Departamento da Qualidade em Saúde, 2017). A falta dela não só compromete a vida das pessoas que necessitam de cuidados, como também afeta os profissionais, bem como as organizações prestadoras de cuidados de saúde.

Ao longo dos últimos anos, a SD, tornou-se numa das principais metas da qualidade dos cuidados, em qualquer contexto de saúde. De facto, a prestação de cuidados de saúde e os ambientes em que eles ocorrem são cada vez mais complexos e imprevisíveis, expondo os profissionais e os doentes a riscos/erros ou danos que podem conduzir a algum grau de morbilidade e até mortalidade (Barroso & Ramos, 2021).

Esta preocupação tem sido constatada nas políticas internacionais e nacionais com a definição, a cada cinco anos, de uma estratégia de intervenção refletida no desenvolvimento de planos e na definição de metas, em prol da procura da SD.

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, recentemente publicado no Despacho 9390/2021 de 24 de setembro, tem por objetivo consolidar e promover a segurança em todos os ambientes de prestação de cuidados de saúde, continuando a enfatizar pressupostos da SD, como; a cultura de segurança, a comunicação e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos. Este plano estabelece ainda uma estratégia de ação, definindo cinco pilares de intervenção de forma a consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde no sistema de saúde. Os pilares são: Cultura de segurança, Liderança e governação, Comunicação, Prevenção e Gestão de incidentes de segurança do doente e Práticas seguras em ambientes seguros.

No caso de Portugal, a estratégia nacional desafia todas as instituições de saúde a estabelecerem um plano de atividades e a definir indicadores para a sua monitorização, de acordo com os objetivos estratégicos definidos no Plano Nacional. O esforço institucional deve então centrar-se na procura de obtenção de cuidados de saúde cada vez mais seguros, relativamente à prevenção do erro/dano e na integração do doente como eixo central de intervenção.

Atualmente, a importância com que o tema é abordado pelas instituições prestadoras de cuidados, demonstra que a segurança da pessoa é uma prioridade para a prestação de cuidados de saúde com qualidade. Segundo Fragata a “qualidade e segurança em saúde andam, assim de mãos dadas, podendo dizer-se que mais segurança promove sempre qualidade superior e ainda menores custos” (2012, p. 19). Assim, a SD assume uma relevância crescente, junto das autoridades internacionais como por exemplo a OMS, traduzindo-se na preocupação constante e persistente para que sejam implementadas medidas de carácter universal que possam ser aplicadas facilmente em qualquer contexto de prestação de cuidados, independentemente do nível dos recursos existentes.

3.2. A Segurança do doente no contexto perioperatório

A enfermagem perioperatória, é definida pela AESOP (2006, p. 107) como um “conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro da sala de operações através de um processo programado, pelo qual, 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, atendendo às necessidades particulares da pessoa/família a vivenciar processos de transição saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos”.

A cada vez maior complexidade da atividade cirúrgica, desencadeia inúmeros desafios à SD, decorrentes da necessidade de interação entre uma equipa multiprofissional, que exerce a sua atividade com algum grau de improbabilidade e incerteza, num ambiente muitas vezes dominado pelo stress e pela pressão da produção. Calcula-se que anualmente o volume de procedimentos cirúrgicos, realizados em todo o mundo ronde os 281 milhões, sendo a taxa de mortalidade hospitalar associada na ordem dos 0,4 a 0,8 % e o risco estimado de complicações associadas atinja os 3 a 17% (OMS,2009). Estes dados apontam uma taxa de 3% de ocorrência de eventos adversos e uma taxa de mortalidade de 0,5% decorrentes da atividade cirúrgica, o que significa anualmente 7 milhões de complicações e um milhão de

mortes (OMS, 2009). Face ao exposto, as complicações decorrentes da atividade cirúrgica, tornam-se uma das principais causas de incapacidade e mortalidade, despertando em todo o mundo a consciência da segurança cirúrgica como um problema de saúde (Mota & Castilho, 2019).

A OMS, ao considerar como meta a obtenção de ganhos ao nível da SD e de uma forma mais ampla maximizar a qualidade dos cuidados, criou em 2004 a Aliança Mundial para a Segurança do Doente, com o objetivo de consciencializar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de boas práticas na prestação de cuidados e simultaneamente promover um maior compromisso entre as entidades políticas, com vista à segurança na saúde. Esta entidade identificou uma área de risco em todos os Estados Membros e definiu Desafios Globais, cujo objetivo estratégico visava a superação ou diminuição do risco identificado.

O Segundo Desafio Global, definido entre 2007-2008 pretende a implementação de práticas de Segurança Cirúrgica – “Cirurgia Segura Salva Vidas”, que visem a melhoria da qualidade e garantia de segurança nas intervenções cirúrgicas, resultando em mais vidas salvas e mais incapacidades prevenidas, tendo por isso como objetivo aumentar a qualidade na prestação de cuidados cirúrgicos em qualquer parte do mundo (OMS, 2009). Integrada no projeto da “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi implementada a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a qual demonstrou deter um elevado impacto na segurança do doente por meio da redução significativa de mortes e complicações resultantes dos procedimentos cirúrgicos (Haynes *et al.*, 2009).

À semelhança do que aconteceu em todo o mundo, também em Portugal, a DGS emitiu uma circular normativa a 22 de junho de 2010, onde recomenda e incentiva a adesão de todos os Blocos Operatórios do SNS ao desafio proposto pela OMS “Cirurgia Segura Salva Vidas”, através do preenchimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (DGS, 2013).

A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, consiste numa confirmação oral, efetuada pela equipa (enfermeiros, anestesistas e cirurgiões) de diversos fatores que contribuem para a segurança do doente. De acordo com o Manual de implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS (DGS, 2009) a verificação da segurança deve realizar-se em três momentos distintos ao longo do procedimento cirúrgico: antes da indução anestésica (*sign in*), imediatamente antes da incisão (*time out*) e antes do doente sair da sala (*sign out*). Revelando ser um instrumento de fácil aplicação e baixo custo, contribuindo de forma efetiva para a redução de falhas no processo de contagem cirúrgica, o que se traduz em melhores resultados no pós-operatório, com diminuição da mortalidade e morbilidade.

A campanha da OMS, intitulada “Cirurgia Segura Salva Vidas”, definiu dez objetivos essenciais para garantir a SD aquando do procedimento cirúrgico. De entre eles destaca-se,

a meta número sete, sobre a prevenção da retenção inadvertida de compressas ou instrumentos nas feridas cirúrgicas. Para assegurar a prevenção de itens cirúrgicos retidos inadvertidamente, uma das práticas vigentes em contexto perioperatório, contemplada na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica e que deve ser rigorosamente cumprida, é a contagem de compressas, instrumentos cirúrgicos e materiais corto perfurantes.

3.2.1. Fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica

A contagem cirúrgica é um processo que tem como objetivo contabilizar o material utilizado no campo operatório, apresentando-se como elemento fundamental da estratégia de segurança, visto contribuir para que instrumentos, corto perfurantes e compressas não sejam esquecidos dentro da pessoa durante o procedimento cirúrgico. O esquecimento de compressas ou instrumentos no fim da cirurgia, constitui um evento adverso com sérias implicações, quer para as pessoas submetidas a cirurgia, quer para os profissionais, quer para as instituições de saúde. Impondo-se a adoção e implementação de medidas de segurança que permitam minimizar estas complicações e impedindo a ocorrência de mortes evitáveis (Stawicki *et al.*, 2013). Efetivamente, a ocorrência de episódios relacionados com o inadequado controlo destes materiais, pode causar danos físicos e emocionais ao doente e conduzir no mínimo a um novo procedimento cirúrgico. Fragata (2010) acrescenta que a ocorrência de um corpo estranho intra-abdominal constitui um problema de saúde pública que necessita de respostas imediatas e efetivas.

A literatura evidência que a responsabilidade da contagem cirúrgica, pertence à equipa de enfermagem, devendo ser sempre efetuada por dois profissionais. Durante o procedimento intraoperatório, o enfermeiro circulante e o instrumentista são os responsáveis por realizar a contagem dos itens cirúrgicos. No início, no decurso da cirurgia sempre que sejam introduzidos novos itens no campo operatório ou ocorra uma substituição dos enfermeiros da equipa, antes do primeiro plano de encerramento e no momento imediatamente anterior ao encerramento da pele. Todo o processo de contagem deve ser realizado de forma audível pelo enfermeiro instrumentista, que procederá à contagem separando as compressas uma a uma, devendo também, realizar a contagem dos instrumentos corto perfurantes; e simultaneamente o enfermeiro circulante faz a sua contagem e o respetivo registo no processo do doente ou em local definido para tal. A realização deste procedimento permite a verificação cruzada dos itens registados com o número de itens existentes no campo operatório. Durante o procedimento de realização da contagem cirúrgica os enfermeiros, devem evitar o “*multitasking*” e reduzir ao mínimo a possibilidade de ocorrência de qualquer distração (Steelman & Graling, 2013).

Rodrigues (2015, p. 15) salienta a importância da existência de um processo de comunicação eficaz, referindo que “o processo de cuidar requer uma abordagem interdisciplinar que deve ser desenvolvida num reconhecimento de competências de cada profissão, numa atitude dialógica e reflexiva, onde o confronto das ideias e os conhecimentos de todos os sujeitos envolvidos são levados em consideração para a (re)construção de novos conceitos, superação de intervenções descontextualizadas e padronizadas e exploração do saber”. É assim fundamental durante a realização dos procedimentos cirúrgicos, assegurar um ambiente favorável de uma comunicação efetiva entre a equipa cirúrgica, facilitadora da troca de informações, promovendo e garantindo a salvaguarda de condições de segurança da pessoa submetida a cirurgia.

Neste universo complexo, a literatura refere que os processos de contagem cirúrgica são influenciados pela existência de três tipos de fatores. Primeiro apresentam-se os fatores humanos e individuais relativos à existência de competências técnicas, aos aspetos da personalidade e relacionados com a experiência, com a atitude e perceção do risco. Em segundo, expõem-se os fatores organizacionais, onde se incluem os padrões de trabalho, a cultura no local de trabalho, a comunicação e a liderança. Por fim e em terceiro lugar surgem os fatores relacionados com a vertente da tarefa a desenvolver, onde constam a carga e a natureza do trabalho, o ambiente, o desenho dos equipamentos e procedimentos (Fragata, 2010, 2012). Aqui, importa destacar que os fatores humanos englobam “...aquilo que os colaboradores são chamados a fazer (tarefa), com quem realiza a tarefa (o indivíduo e a sua competência) e onde esta é realizada (a organização)” (Fragata, 2012, p. 31), sendo determinantes da boa ou má performance, constituindo uma possível ameaça à segurança do doente cirúrgico.

Os enfermeiros devem adotar estratégias ou até mesmo recorrer a ferramentas de forma a sistematizar o processo de contagem cirúrgica como por exemplo; utilização de quadros para anotação, folhas de registo, o recurso a sistemas de informação (registos de enfermagem eletrónicos), ou o uso de recipientes distintos para colocar os diferentes itens cirúrgicos.

É de destacar, a importância que a comunicação detém no decurso do procedimento cirúrgico e durante as trocas de turno (Edel, 2012). A par disto, cada vez mais se salienta o uso de novas tecnologias para acompanhar o processo de contagem manual, como seja a utilização de radiografia, sistemas de códigos de barras e a identificação dos itens cirúrgicos por radiofrequência (Freitas *et al.*, 2016). Com efeito, aliar a tecnologia aos métodos tradicionais de contagem cirúrgica, contribui para a diminuição de erros no processo. É ainda de reforçar no seio das equipas de enfermagem dos Blocos Operatórios, a importância de

padronizar o processo de contagem cirúrgica para que todos saibam como se faz, quando se faz e o façam seguindo os mesmos princípios.

A ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, constitui um problema para a SD, que não depende única e exclusivamente do esforço individual dos enfermeiros do perioperatório; devendo toda a equipa multidisciplinar, efetivamente trabalhar em equipa, no sentido de garantir que nenhum item fica retido inadvertidamente no interior do corpo humano.

A OMS preconiza a realização de um processo de contagem cirúrgica, como pré-requisito para a segurança da pessoa que vai ser submetida a um procedimento cirúrgico (OMS, 2009). Todavia, é fundamental que as instituições de saúde desenvolvam esforços em termos de recursos humanos e materiais de forma a facilitar a implementação do processo de contagem cirúrgica nos ambientes da prática de cuidados (Freitas *et al.*, 2016). De modo similar é importante reconhecer os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica relativamente à segurança da pessoa, por forma a alterar procedimentos, ou implementar estratégias de melhoria contínua de forma a alcançar a melhoria da qualidade dos cuidados.

Em suma, é cada vez mais importante sistematizar o processo de contagem cirúrgica nos blocos operatórios para evitar a retenção de itens inadvertidos no período intraoperatório (AESOP, 2012), contribuindo para a melhoria efetiva da SD.

4. Finalidade e objetivos

A finalidade desta investigação é a melhoria da qualidade e a segurança dos cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

O objetivo é mapear as evidências científicas disponíveis acerca dos fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica (compressas, instrumentos cirúrgicos e materiais corto perfurantes) durante o intraoperatório, para a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos.

5. Metodologia

Num trabalho de investigação é fundamental definir o caminho a percorrer, de modo que todas as opções metodológicas, fiquem devidamente clarificadas. Esta fase corresponde à metodologia, consiste em descrever a estratégia geral, que direciona a forma como a pesquisa deve ser realizada, a fim de gerar dados relevantes e fidedignos (Fortin, 2009). Assim, referimo-nos à estratégia de pesquisa adotada, não só para a formulação da questão de investigação, como também para a pesquisa de evidência científica, apresentamos os critérios de inclusão dos estudos selecionados, a forma como foi efetuada a pesquisa nas bases de dados, o processo de extração e de análise dos dados.

5.1. Desenho do estudo

Segundo Fortin (2009) o problema em análise é o ponto de partida de qualquer investigação, visto que o investigador avança para um estudo quando existe uma situação considerada problemática. Portanto, nesta investigação o problema está em conhecer os fatores que influenciam a realização do processo de contagem cirúrgica, durante o procedimento cirúrgico para a manutenção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

O tipo de estudo aqui apresentado, trata-se de uma revisão, tipo *scoping review*, baseada no referencial de JBI, na versão de 2020, que consiste num método de síntese de conhecimento, sem distinguir os tipos de estudos ou os métodos utilizados (Salvador *et al.*, 2021). Trata-se de uma nova abordagem para revisão da literatura, que granjeou destaque a nível mundial desde 2012 e que tem vindo a ser bastante utilizada na área da saúde, para sintetizar a evidência científica (Cordeiro & Soares, 2019). De acordo com os mesmos autores, tem como objetivo identificar a produção científica relevante e mapear a literatura sobre o tema em análise, podendo fornecer linhas de orientação quanto a prioridades de investigação. Ou seja, permite mapear evidências disponíveis na literatura, identificando lacunas do conhecimento científico, bem como resumir e divulgar os resultados da investigação. A sua utilização na área da saúde segue uma perspetiva crescente e acredita-se que atualizações surgirão permitindo alargar a sua robustez científica.

5.2. Questão de Investigação e Critérios de inclusão

A *scoping review*, à semelhança das restantes revisões da literatura tem por objetivo responder a uma questão de revisão. Para tal, e uma vez que se adotou a metodologia do JBI, recorreu-se à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto) na construção da questão de investigação (Aromataris & Munn, 2020).

Assim, apresentamos o PCC da questão de investigação:

- População (P): enfermeiros a exercer funções no perioperatório;
- Conceito (C): fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica (compressas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes);
- Contexto (C): Bloco Operatório ou Unidade de Cirurgia de Ambulatório.

Assumindo que a pergunta de investigação se traduz num enunciado interrogativo que sugere uma investigação empírica (Fortin, 2009), a questão que orienta a presente revisão é: *“Quais os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia?”*.

A seleção dos artigos realizou-se no período temporal de maio a novembro de 2022, em concordância com as recomendações da JBI para a elaboração de *Scoping Reviews* (Peters *et al.*, 2020), onde se preconiza que, os critérios de seleção para a elegibilidade e inclusão dos estudos, devem ser claros e diretamente relacionados com a pergunta de investigação (Tabela 1).

Tabela 1: Critérios de seleção dos estudos

Critérios de Inclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários, que enfatizem os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos; • Artigos publicados na íntegra; • Artigos de acesso gratuito; • Artigos publicados nos idiomas: português, inglês, francês e espanhol; • Artigos com ausência de restrição temporal.
Critérios de Exclusão	<ul style="list-style-type: none"> • Artigos que não façam referências às palavras-chave ou cujo conteúdo não seja relevante para a problemática a estudar; • Artigos que não se encontrem disponíveis na íntegra; • Artigos repetidos.

5.3. Estratégia de Pesquisa

Na sequência da formulação da questão de investigação identificaram-se as palavras-chave, de modo a centrar o domínio da ação na disciplina de Enfermagem: *Perioperative nursing*, *Patient safety*, *Retained surgical itens* e *Surgical count*. Após a definição dos critérios de seleção, procedeu-se à pesquisa dos DeCS/MeSH no sítio da internet <https://decs.bvsalud.org/>, de modo a utilizar uma terminologia reconhecida a nível mundial e que simultaneamente possibilite a utilização de termos comuns em diferentes idiomas, sendo neste caso português, inglês, francês e espanhol.

Portanto, no que se refere à pesquisa dos DeCS/MeSH, é de salientar que:

- aquando da pesquisa do termo *Perioperative Nursing*, este surge como descritor na plataforma, pelo que foi o termo a ser utilizado na pesquisa (*Enfermagem perioperatória*);
- a pesquisa do termo *Retained Surgical Itens* (*Retenção de itens cirúrgicos*) não evidenciou nenhum resultado, pelo que se decidiu pesquisar por *Foreign Bodies* (*corpos estranhos*) e dos dois descritores obtidos, poder-se-ia ter optado por escolher o descritor dois, *Foreign Bodies* (*corpos estranhos*), porém como o objetivo era direcionar a pesquisa para o termo pretendido, optou-se por manter na estratégia de pesquisa o termo *Retained Surgical Itens* (*Retenção de itens cirúrgicos*) e o termo sinónimo *Surgical Count* (*Contagem cirúrgica*);
- dos 45 descritores que surgiram na palavra *Safety* (segurança), optou-se pelo descritor 22 por ser o mais direcionado ao problema em estudo: *Patient Safety* (*Segurança do Paciente*).

Assim para esta pesquisa, foram utilizados os descritores DeCS/MeSH: “*Perioperative Nursing*”, “*Patient Safety*”, acrescido dos termos “*Retained Surgical Items*” ou “*surgical Count*”, que como referimos *a priori* não são descritores DeCS/MeSH, mas como palavras similares muito usadas nos estudos, optou-se pela sua utilização como palavra-chave de forma a incluir um maior número de estudos para revisão.

Face ao exposto e de acordo com as recomendações da JBI, a pesquisa foi desenvolvida em três etapas.

Inicialmente realizou-se uma pesquisa limitada nas bases de dados da CINAHL Complete e na MEDLINE Complete (Via EBSCO), tendo como objetivo listar as palavras mais utilizadas nos títulos e nos resumos dos artigos escritos sobre o tema em análise, bem como os termos de indexação (Tabela 2).

Tabela 2: Pesquisa inicial na CINAHL e MEDLINE (via EBSCO) realizada a 10 de junho de 2022

ESTRATÉGIA DE PESQUISA	Número de resultados CINAHL	Número de resultados MEDLINE
Perioperative Nursing AND Patient Safety AND (Retained Surgical Items OR Surgical Count)	320	54

Na segunda etapa, atenderam-se aos termos estabelecidos pelos pesquisadores, tendo as palavras e os termos incluídos, sido combinados numa estratégia de pesquisa única e adaptada de acordo com as particularidades de cada plataforma e base de dados. Assim e de forma a garantir uma busca alargada, procedeu-se a distintas combinações dos descritores e palavras chave, de forma a construir frases booleanas diferentes (Tabela 3).

Tabela 3: Estratégia de pesquisa nas diferentes bases de dados

BASES DE DADOS	FRASE BOLEANA
EBSCOhostb (CINAHL Complete e na MEDLINE Complete)	Perioperative Nursing AND Patient Safety AND Retained Surgical Items OR Surgical Count
Scielo	Perioperative Nursing AND Patient Safety AND Retained Surgical Items; Patient Safety AND Retained Surgical Items OR Surgical Count
Google Académico	Perioperative Nursing AND Patient Safety AND Retained Surgical Items
Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP)	Perioperative Nursing AND Patient Safety

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

Finalmente na última etapa, precedemos à análise da lista de referências de cada estudo selecionado, com o intuito de incluir novos estudos na pesquisa. Desta forma, procuramos obter uma pesquisa compreensiva e mais alargada sobre a questão em análise.

5.4. Seleção dos Estudos

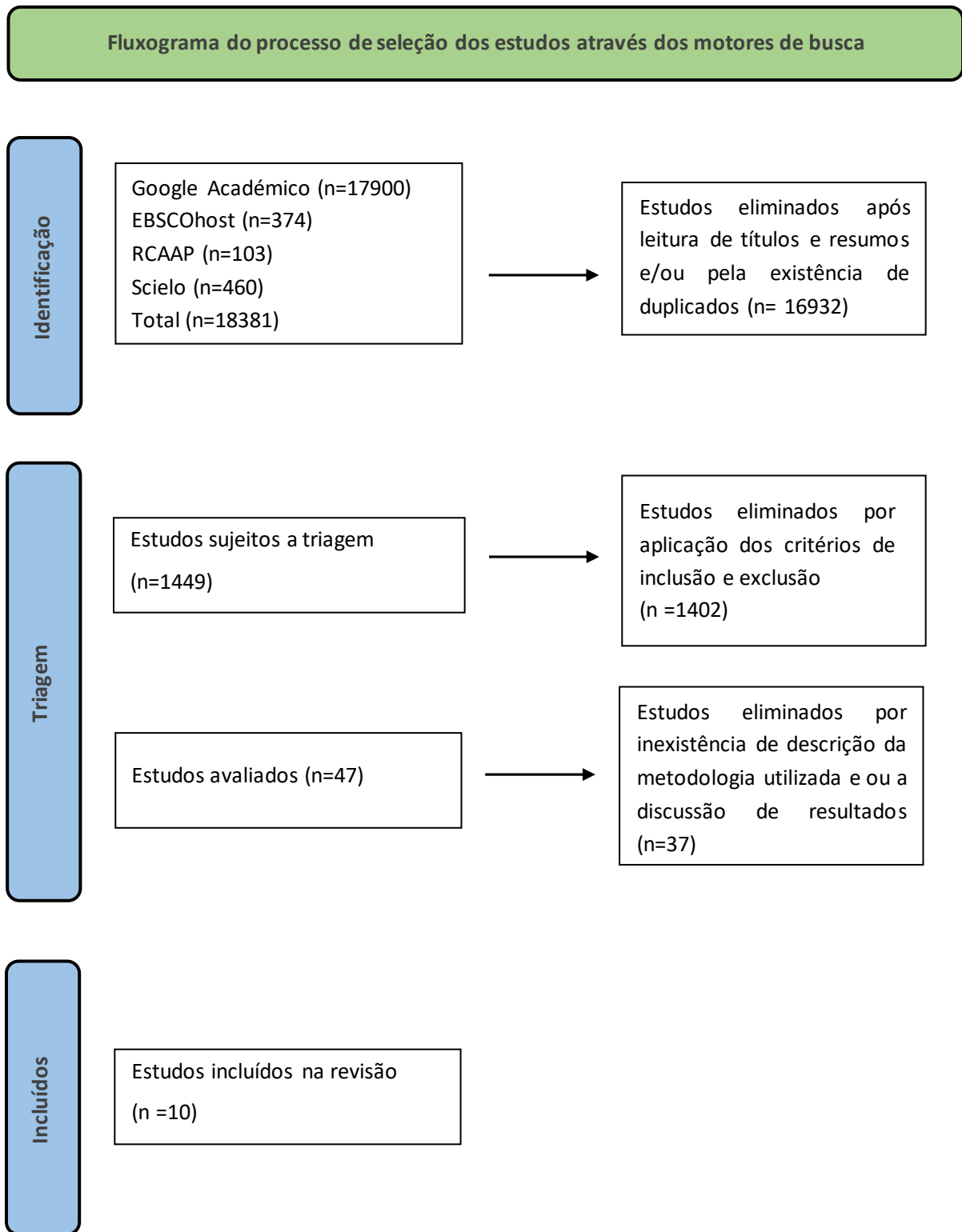
A seleção dos artigos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e com a mnemónica PCC previamente definida. Assim, foram incluídos estudos em língua portuguesa, francesa, espanhola e inglesa, disponíveis em texto integral e sem qualquer limite temporal, dado o tema desta investigação ser relativamente recente.

Após a aplicação dos critérios de inclusão, a seleção dos artigos foi efetuada por dois revisores independentes, que numa fase inicial procederam à análise dos títulos e resumos dos estudos disponíveis. Tendo nesta fase, excluído os artigos em duplicado e os que não estavam relacionados com a temática em estudo.

Por fim, os artigos que aparentemente cumpriam os critérios de inclusão foram lidos e analisados na íntegra, chegando ao número final de estudos incluídos na revisão.

O processo de seleção dos artigos extraídos, para a *scoping review* será apresentado sob a forma do fluxograma *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISM), alinhado e adaptado aos objetivos e questão desta revisão, onde se retrata o percurso da pesquisa efetuada (Trico *et al.*, 2018), Figura 1.

Figura 1: Fluxograma PRISMA (adaptado) ao processo de seleção dos estudos



5.5. *Extração dos Dados*

A recolha de dados, implicou a análise da informação contida nos estudos (nome do artigo, autor(es), ano de publicação, país de origem, objetivos/finalidades, população do estudo, tamanho de amostra (se aplicável), metodologia e resultados). Os artigos finais selecionados, foram por parte dos investigadores objeto de uma análise exaustiva, sobre o seu conteúdo e resultados apresentados.

Qualquer desacordo verificado entre os dois revisores iniciais seria resolvido por meio da auscultação de um terceiro revisor, todavia não se verificou nenhuma situação de discordância, pelo que não houve necessidade de recorrer a este interveniente.

5.6. *Considerações éticas*

A investigação científica é uma atividade humana de grande responsabilidade ética, pelas características específicas que lhe estão inerentes (Martins, 2008) e a que se realiza na área de enfermagem não é exceção.

No caso da investigação em enfermagem, aplicam-se todos os princípios éticos gerais, até porque ao ser uma ciência humana, os “enfermeiros têm preocupações adicionais com o bem-estar dos sujeitos dos estudos e com o respeito pela dignidade, direitos e integralidade das pessoas” (Nunes, 2020, p. 6).

Durante todo o processo de elaboração deste estudo, foram consideradas e respeitados os princípios éticos que devem guiar uma investigação, e que de acordo com Nunes (2013) são: beneficência, não maleficência, veracidade e justiça. No que se reporta a esta investigação, o princípio da beneficência, reportou-se, em fazer o bem aos enfermeiros e à pessoa em situação perioperatório, o princípio da não maleficência procurou não causar danos; o princípio da veracidade primou por se dizer toda a verdade, não deturpando as informações contidas nos estudos e por fim o princípio da justiça, que faz alusão à equidade, no sentido de valorizar de igual forma todos os estudos que cumpram os critérios de inclusão.

No que se refere aos riscos e custos associados ao presente estudo, importa referir que são praticamente nulos, visto que os investigadores apenas necessitaram de ter acesso às bases de dados disponíveis na internet para a seleção dos artigos a constituir o corpo de análise. Relativamente à informação contida nos documentos originais alvo de pesquisa, corroboramos com Nunes (2013) ao afirmar que seja qual for o formato que adote a revisão da literatura, esta visa retratar o “estado da arte” sobre o tema em análise. Assim, surge como inevitável a atenção e salvaguarda do princípio da integridade académica, neste caso

específico, materializável nas citações e referências. Note-se que neste estudo, é feita a correta referência de todos os artigos utilizados e que todas as referências bibliográficas constam da lista apresentada no final do trabalho. Importa ainda referir que como esta investigação se trata de uma *scoping review*, é expectável a ausência de conflitos de interesses dos investigadores.

Para finalizar, constituindo a divulgação das evidências uma das obrigações éticas do investigador, propomo-nos divulgar a investigação apresentada nesta *scoping review*, procedendo à escrita de um artigo e conseqüente publicação, em momentos de formação em serviço, ou proceder à sua divulgação em eventos científicos sob a forma de comunicação oral ou poster.

6. Resultados

Depois de realizada a pesquisa de acordo com a metodologia do JBI para a *scoping review*, foram incluídos dez artigos na presente revisão. Os artigos selecionados cumprem os critérios de inclusão, visando responder à questão de investigação. Contudo, antes de passarmos à análise das evidências de cada um dos artigos, importa descrever as etapas do processo de seleção dos artigos obtidos a partir das bases de dados científicas (Peters *et al.*, 2020).

Da pesquisa inicial resultante da procura nas bases de dados utilizadas, identificaram-se um total de 18381 estudos para a análise do título, sendo do Google Académico (n=17900), da EBSCOhost (n=374), do RCAAP (n=103) e da Scielo (n=4); tendo sido eliminados 16932, por serem duplicados ou porque após a leitura dos títulos e ou resumos, se ter considerado que não se adequavam ao âmbito do tema em análise. Ficamos com 1449 estudos, dos quais foram retirados 1402 após terem sido sujeitos à triagem resultante da aplicação dos critérios de inclusão e exclusão previamente definidos.

Passamos à etapa da elegibilidade, onde obtivemos 47 estudos, que foram sujeitos a uma nova leitura na íntegra. Desta análise, resultou a eliminação de mais 37 artigos por não apresentarem claramente a metodologia utilizada, o desenho de estudo ou a discussão de resultados. Após esta seleção dos estudos primários, decorrente da leitura criteriosa do título e resumo, os estudos que responderam à questão norteadora de investigação e cumpriam na íntegra os critérios de inclusão, foram selecionados para compor a amostra da *scoping review*. Nesta etapa da revisão, foi utilizada a estratégia designada por *revisão com peer review*, que consiste na leitura completa e independente de cada artigo, pelos dois revisores, realizando uma análise do conteúdo de forma a averiguar se estes cumpriam os critérios de inclusão definidos, tendo ocorrido consenso relativamente aos artigos a incluir na revisão.

Face ao exposto, encontramos-nos em condições de assumir os dez artigos que incluímos no corpo da revisão e dos quais serão extraídos os dados que constituem o corpo de análise. Todo este processo de seleção dos artigos é apresentado na Figura 1, sob a forma de fluxograma e de acordo com o PRISMA (Tricco, *et al.*, 2018).

Como já havia sido referido anteriormente, o corpo de análise, para a realização desta *scoping review* é constituído por dez estudos. Com os resultados expostos, pretende-se então, mapear a evidência científica sobre os fatores que influenciam a contagem cirúrgica na segurança da pessoa submetida a cirurgia e encontrar respostas para a questão de

investigação formulada: “*Quais os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica relativamente para a segurança da pessoa submetida a cirurgia?*”.

Da análise, verifica-se a existência de estudos primários, do período temporal entre 2013 e 2022. Podemos também verificar, que dois foram publicados em 2013 (Steelmanet *et al.* e Stawicki *et al.*), dois em 2016 (Freitas *et al.* e Flanagan *et al.*), dois no ano de 2022 (Treviso *et al.* e Osborne *et al.*), um em 2014 (Stawicki *et al.*), um em 2015 (Hempel *et al.*), um em 2017 (Warwick *et al.*) e para finalizar um em 2021 (Fang, *et al.*).

Relativamente aos países de origem, metade dos estudos são oriundos dos Estados Unidos da America (Flanagan *et al.*, 2016; Hempel *et al.*, 2015, Stawicki *et al.*, 2014; Steelmanet *al.*, 2013 e Stawicki *et al.*, 2013), dois do Brasil (Treviso *et al.*, 2022 e Freitas *et al.*, 2016), dois da Austrália (Osborne *et al.*, 2022 e Warwick *et al.*, 2017) e um da República Popular da China (Fang, *et al.*, 2021).

Entre as 10 publicações, verifica-se a existência de sete estudos provenientes de publicações técnico-científicas de enfermagem, dos quais, um da Revista SOBECC (Treviso *et al.*, 2022), um do Journal of Perioperative Nursing (Osborne *et al.*, 2022), um do International Journal of Nursing Practice (Fang, *et al.*, 2021), um do Australian Nursing & Midwifery Journal (Warwick *et al.*, 2017), um do Journal of Clinical Nursing (Freitas *et al.*, 2016), um do Journal of Legal Nurse Consulting (Flanagan *et al.*, 2016) e um da AORN Journal (Steelmanet *al.*, 2013). Os outros três estudos, são provenientes de publicações técnico-científicas médicas, sendo uma do Journal of the American College of Surgeons (Stawicki *et al.*, 2013), uma do American Journal of Surgery (Stawicki *et al.* 2014) e uma do JAMA Surgery (Hempel *et al.*, 2015).

No que se refere à metodologia adotada para o desenvolvimento dos estudos considerados, quatro são revisões da literatura (Osborne *et al.*, 2022; Flanagan *et al.*, 2016; Freitas *et al.*, 2016 e Hempel *et al.*, 2015), três são estudos de caso/controle (Fang, *et al.*, 2021; Stawicki *et al.*, 2014 e Stawicki *et al.*, 2013), dois são estudos mistos (Warwick *et al.*, 2017 e Steelmanet *et al.*, 2013) e um estudo qualitativo (Treviso *et al.*, 2022).

Os dados extraídos dos artigos selecionados para dar resposta à questão de investigação da presente *scoping review*, são apresentados sob a forma de tabelas elaboradas pelo investigador de forma a sumarizar as evidências encontradas. Assim, para a análise foram considerados os principais componentes dos estudos, integrando-se o título, a identificação dos autores, ano de publicação, país de origem do estudo, bem como a metodologia, os participantes/amostra, objetivos, resultados e conclusões dos estudos. A apresentação dos dados extraídos encontra-se no Anexo IV, tendo-se optado por seguir uma ordem cronológica regressiva, ou seja, do artigo mais recente para o mais antigo.

7. Discussão

Os cuidados de saúde deviam constituir um direito universal e a segurança, constitui uma componente fundamental relativamente à qualidade dos cuidados prestados. Tendo vindo a assumir, um cada vez maior destaque ao longo dos últimos anos, também as questões relacionadas com a ocorrência de eventos adversos, têm vindo a ser alvo de uma crescente atenção, por parte dos profissionais, das organizações de saúde e da sociedade em geral.

Tendo em conta que este estudo, pretende mapear a evidência sobre os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica na segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos.

Importa referir que nestes estudos, existe um entendimento comum relativamente à retenção de itens cirúrgicos, considerado um evento adverso, que nunca deveria acontecer, conduzindo a prejuízos para a pessoa submetida a cirurgia, para os profissionais e instituições de saúde, com repercussões sociais e económicas (Treviso *et al.*, 2022). Apesar de ser considerado um evento adverso, a verdade é que aquando da realização de qualquer procedimento cirúrgico, existe a probabilidade de itens cirúrgicos ficarem retidos no corpo humano (Fang *et al.*, 2021 e Hempel *et al.*, 2015).

Não obstante, quando ocorre a retenção de itens cirúrgicos no período intraoperatório, a pessoa pode sofrer danos físicos e psicossociais duradouros (Osborne *et al.*, 2022), podendo este acontecimento ser responsável por danos infligidos (temporários ou mesmo definitivos), podendo no extremo levar à morte (Treviso *et al.*, 2022). Adicionalmente, quando a segurança da pessoa é posta em causa, existem também consequências significativas, para os profissionais de saúde envolvidos, instituições prestadoras de cuidados, bem como para o próprio sistema de saúde, resultando numa imagem com impacto negativo, com prejuízo da sua reputação junto da sociedade em geral.

Da análise dos estudos, verifica-se uma consonância sobre a existência de fatores, que influenciam a contagem cirúrgica relativamente à segurança da pessoa submetida a cirurgia, expondo como fundamental, o conhecimento desses fatores, para que os enfermeiros perioperatórios, possam pautar a sua prestação de cuidados, agindo na prevenção. É possível perceber, a partir dos estudos primários constituintes do corpo desta revisão, a existência de duas ordens de fatores passíveis de influenciar o processo de contagem cirúrgica: os fatores predisponentes ou preditores e os fatores relacionados com a prevenção ou minimização da

ocorrência da retenção inadvertida de itens cirúrgicos no corpo da pessoa, no período intraoperatório.

Assim, inicialmente na análise e exposição de resultados, serão descritas as evidências relativas aos fatores predisponentes para a ocorrência destes eventos adversos e numa segunda parte serão apresentados, os fatores relacionados com a sua prevenção. Relativamente aos fatores preditores, que influenciam a possibilidade da retenção de itens durante o procedimento cirúrgico, os fatores de ordem humana, surgem como os mais mencionados nos estudos, (Treviso *et al.*, 2022; Osborne *et al.*, 2022; Freitas *et al.*, 2016; Flanagan *et al.*, 2016; Stawicki *et al.*, 2014 e Stawicki *et al.*, 2013).

A ocorrência de erros durante a cirurgia, na opinião de Trevisco e colaboradores (2022), Flanagan e colaboradores (2016) e Hempel e colaboradores (2015), encontra-se relacionada com a ausência ou deficiente comunicação entre os elementos da equipa, em todo o circuito perioperatório, mas principalmente no intraoperatório. As falhas na comunicação, são mais frequentes nos momentos de passagem de informação aquando da substituição dos profissionais durante a realização de uma cirurgia (Treviso *et al.*, 2022). No seu estudo, também Freitas e colaboradores (2016), expõem a importância do estabelecimento de uma comunicação eficaz, por parte da equipa cirúrgica, referindo por exemplo, que uma comunicação deficitária, acarreta “dificuldade” em informar a equipa, quando ocorrem erros relativamente à contagem cirúrgica.

A falta de apoio institucional, relativamente aos enfermeiros perioperatórios, é outro fator que pode influenciar o processo de contagem cirúrgica, resultando num obstáculo ao desenvolvimento da autonomia da enfermagem perioperatória (Treviso *et al.*, 2022), salientando, que também, a ocorrência de uma “banalização” de aspetos no âmbito da segurança, por parte dos profissionais de saúde, pode constituir um fator, passível de influenciar o processo de contagem cirúrgica.

Em algumas equipas cirúrgicas, verifica-se o desrespeito das etapas do protocolo de cirurgia segura, ou a não adesão ao protocolo de cirurgia segura, ou a resistência em cumprir processos ou protocolos de segurança díspares, não obedecendo ou desrespeitando os procedimentos de verificação da cirurgia segura. Nestas circunstâncias, a aplicação dos procedimentos de verificação de cirurgia segura, acaba por se concretizar como uma atividade meramente burocrática, isenta do rigor que lhe é esperado; pelo que não contribui para cumprir a sua função estratégica como instrumento para minimizar possíveis riscos infligidos à pessoa submetida a cirurgia.

Osborne e colaboradores (2022) referem-se à existência de contextos, onde ocorre o incumprimento ou desvio por parte dos profissionais de saúde, relativamente a protocolos

de segurança instituídos. Daqui resulta que a existência e a adoção de uma cultura de segurança por parte das instituições, bem como o tipo de liderança em vigor, constituem variáveis a considerar.

O tempo de duração do procedimento, é referido como outro dos fatores que influencia a contagem cirúrgica (Fang, et al, 2021; Flanagan *et al.*, 2016; Hempel *et al.*, 2015 e Stawicki *et al.*, 2013), mostrando, que quanto maior for o tempo de duração da cirurgia, mais elevado é o risco de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, constituindo uma das conclusões evidenciadas no estudo observacional de caso-controle de Fang e colaboradores (2021).

O contexto da realização dos procedimentos cirúrgicos também é apontado como fator passível de influenciar o processo de contagem cirúrgica, assim, quando a cirurgia é realizada em contexto de urgência ou emergência aumenta o risco de retenção de itens cirúrgicos no interior do corpo humano (Treviso *et al.*, e Fang *et al.*, 2021).

Para Hempel e colaboradores (2015) e Stawicki e colaboradores (2013), um elevado índice de massa corporal (IMC) da pessoa submetida a cirurgia, surge também como um fator preditor da ocorrência de retenção inadvertida de itens cirúrgicos.

Os achados do estudo de Osborne e colaboradores (2022) corroboram os de Freitas e colaboradores (2016) quando referem que o tipo de abordagem cirúrgica (laparotômica, endoscópica ou laparoscópica) não influencia a contagem cirúrgica, assim, o risco de ocorrer a retenção de itens cirúrgicos não é exclusivo da abordagem laparotômica e a evolução para abordagens cirurgias menos invasivas, como as laparoscópicas não o eliminou. O estudo de Fang e colaboradores (2021) foi o único que apresentou como fator preditor, a hora da realização da intervenção cirúrgica, evidenciando que a incidência da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, foi 25 vezes superior, para contagens cirúrgicas realizadas no período entre as 8:00 e as 12:00, comparativamente, com as realizadas no período noturno, entre as 18:00 e as 8:00. Além disto, ainda refere que se a cirurgia for de elevada complexidade e envolver a utilização de um elevado número de itens cirúrgicos, pode também contribuir para o aumento do risco de retenção de corpos estranhos no intraoperatório.

Continuando a discussão dos resultados dos estudos primários, passamos a elencar os fatores relacionados com a prevenção da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos no decurso da cirurgia, os quais são entendidos como parte integrante da estratégia para minimizar os eventos adversos e indesejáveis aquando da concretização das contagens cirúrgicas.

A evidência aponta a necessidade de desenvolvimento de formação e a implementação de programas contínuos de formação, por parte das instituições prestadoras de cuidados, dirigida a todos os profissionais da equipa, no âmbito da segurança do doente em contexto

perioperatório (Treviso *et al.*, 2022; Fang, *et al.*, 2021; Warwick *et al.*, 2017; Flanagan *et al.*, 2016; Hempel *et al.*, 2015; Stawicki *et al.*, 2014 e Steelman *et al.*, 2013). É cada vez mais necessário a existência e adoção de políticas institucionais de supervisão e programas de formação, para os enfermeiros do perioperatório e restantes elementos da equipe cirúrgica, no âmbito das questões relacionadas com a SD. Treviso e colaboradores (2022), são ainda mais objetivos no seu estudo e apontam, a pertinência, para que nesses programas de formação se abordem conteúdos relativos à SD, próprios do período intraoperatório. Fang e colaboradores (2021) acrescentam que, a identificação dos fatores de risco por parte dos enfermeiros perioperatórios, deve ser precursora da criação e implementação de programas contínuos de formação, contribuindo para a melhoria dos procedimentos em vigor. No estudo de Stawicki e colaboradores (2013) é exposta a relevância da formação e treino contínuos, com o envolvimento de toda a equipe cirúrgica, enfatizando a importância da adoção, manutenção e cumprimento de procedimentos e normas, tendo por base a melhor e mais recente evidência científica, relativamente à segurança da pessoa submetida a cirurgia. Os achados de Warwick e colaboradores (2017) vão de encontro a estes pressupostos, na medida em que nas conclusões do seu estudo destacam a necessidade dos enfermeiros do perioperatório, possuírem conhecimentos científicos, que lhes permitam identificar, os potenciais riscos que um desvio da prática segura, pode imputar à pessoa submetida a cirurgia; bem como as vantagens decorrentes da adoção de práticas seguras e recomendadas pela evidência científica.

A literatura, sugere ainda, que os enfermeiros perioperatórios, devem proceder a revisões ou atualizações das normas e procedimentos em vigor, de acordo com os avanços da ciência e a evidência existente, no sentido de melhorar a prestação de cuidados, aumentando a segurança para a pessoa (Warnick *et al.*, 2017). Salientando que o desenvolvimento de políticas e procedimentos seguros, não é sinónimo de aumento da carga de trabalho para os enfermeiros perioperatórios, devendo ser entendida, como um contributo para que a prática desenvolvida seja baseada na melhor evidência científica.

A adoção de políticas de segurança, por parte das instituições de saúde e dos profissionais, são também apontadas como fatores que influenciam de forma positiva, o processo de contagem cirúrgica no âmbito da segurança do doente (Treviso *et al.*, 2022; Fang, *et al.*, 2021; Warwick *et al.*, 2017; Flanagan *et al.*, 2016; Hempel *et al.*, 2015; Stawicki *et al.*, 2014; Steelman *et al.*, 2013). Com efeito, a adoção de políticas de segurança por parte das instituições, permite o desenvolvimento e a aplicação das “boas práticas”, resultando diretamente na valorização, desenvolvimento e autonomia dos enfermeiros do perioperatório (Treviso *et al.*, 2022). Nas conclusões do seu estudo, Treviso e colaboradores

(2022) vão ainda mais longe, considerando que a adoção destas políticas constituirá um ponto de partida, para o desenvolvimento e aplicação de uma metodologia, ontologia e taxonomia sólidas dos registos e da recolha de dados, melhorando a sistematização da informação, resultando num melhor entendimento sobre a ocorrência de retenção inadvertida de itens cirúrgicos, contribuindo para uma mais aproximada avaliação da natureza e extensão do aparecimento destes eventos adversos.

O estudo realizado por Warwick e colaboradores (2017), realça, o contributo do Australian College of Perioperative Nurses (ACORN), que realizou uma síntese abrangente das melhores evidências da prática para proceder a uma correta contagem de compressas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes de forma a evitar que nenhum destes itens fique retido no interior do corpo humano. A existência de um trabalho deste género, constitui por si só, um impulso para a melhoria e desenvolvimento de políticas e procedimentos relativos à contagem cirúrgica. Expõem ainda, a pertinência de proceder à identificação das mais recentes recomendações permitindo a revisão e/ou atualização das normas em vigor, sempre no sentido da segurança dos cuidados e melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Mesmo quando se verifica a implementação de procedimentos de contagem de itens cirúrgicos, a possibilidade de ficarem retidas compressas, instrumentos cirúrgicos ou corto perfurantes no interior do corpo humano, pode dever-se a erros decorrentes do processo de contagem cirúrgica (Freitas *et al.*, 2016 e Stawicki *et al.*, 2013), devendo-se complementar esses processos, com a utilização de dispositivos tecnológicos, como elementos auxiliares do processo de contagem cirúrgica. Osborne e colaboradores (2022), Fang e colaboradores (2021) e Hempel e colaboradores (2015), expõem que quando se verifica ser insuficiente a aplicação das normas e procedimentos implementados para o processo de contagem cirúrgica, surge a necessidade de complementar recorrendo à utilização de dispositivos tecnológicos. Osborne e colaboradores (2022) nas evidências apresentadas, reforçam que a dependência exclusiva de procedimentos de contagem manual e rastreio com radiografia, utilizados como estratégias de prevenção, se revelam por vezes insuficientes, sendo necessário o recurso a medidas adicionais, incluindo novas tecnologias de deteção de itens cirúrgicos, como por exemplo a utilização de compressas radiopacas. Sugerindo que se façam experiências, e nos casos em que se constata a evidência da sua eficácia, deve instituir-se a implementação dessa estratégia no contexto da prática clínica.

Outro dos fatores que pode influenciar o processo de contagem cirúrgica prende-se com a necessidade de criação e/ou implementação de uma plataforma de registo nacional obrigatória de eventos adversos de acesso livre, onde os dados registados, possibilitassem o

seu tratamento e a sua análise, permitindo a realização de inferências (Osborne *et al.*, 2022; Flanagan *et al.*, 2016 e Stawicki *et al.*, 2013). Desta forma seria possível fazer uma estimativa da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, explorando, as causas que estiveram na sua origem. Acresce que nestas plataformas não seriam apenas documentados os eventos adversos, mas também os quase-acidentes, fornecendo informação fidedigna, possibilitando um melhor entendimento sobre a ocorrência de retenções cirúrgicas, permitindo estudar melhor a incidência e os riscos associados à ocorrência desses eventos adversos, contribuindo para uma melhor compreensão deste prolema por parte dos profissionais, nomeadamente dos enfermeiros e das instituições de saúde prestadoras de cuidados. Na opinião de Stawicki e colaboradores (2013) esta plataforma deveria ser anónima.

Os achados de Freitas e colaboradores (2016) relatam que as evidências encontradas, podem sustentar a tomada de decisões, possibilitando a elaboração, atualização e implementação de um sistema confiável, para os processos de contagens cirúrgicas, processo este, no qual os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel fundamental.

8. Conclusão

A segurança dos cuidados à pessoa em situação perioperatória, esteve sempre no centro da implementação das intervenções especializadas, procurando construir um processo comunicacional eficaz com a pessoa, família/convivente significativo e com toda a equipa multidisciplinar.

Com a realização deste trabalho de investigação, consideramos que nos foi possível atingir maioritariamente os objetivos inicialmente traçados, isto porque conseguimos mapear a evidência existente sobre os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica para a segurança da pessoa submetida a cirurgia.

Na investigação, foram encontradas evidências comuns relativamente ao entendimento, de que a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, é considerado um evento adverso que nunca deveria acontecer, com repercussões para a pessoa, profissionais e instituições prestadoras de cuidados de saúde.

Verificou-se que os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica descritos na literatura, são apresentados como fatores preditores e fatores de prevenção da ocorrência do evento adverso.

Relativamente aos fatores preditores, destacam-se os relacionados com os processos de comunicação entre a equipe, a falta de apoio das instituições relativamente aos enfermeiros, a “banalização” do processo cirúrgico desrespeitando etapas do protocolo de cirurgia segura ou a não adesão da equipe ao protocolo de cirurgia segura. São ainda apresentados fatores relacionados com o tempo de duração da execução do procedimento cirúrgico, com o contexto da cirurgia ser de rotina ou de urgência, o índice de massa corporal da pessoa, a ocorrência de erros de contagens ou a própria complexidade inerente ao procedimento cirúrgico.

No que se refere aos fatores de prevenção da ocorrência deste evento adverso, existe consenso, relativamente à importância da adoção e implementação de programas contínuos de formação para os elementos das equipas cirúrgicas. Na prática, para que o processo de contagem cirúrgica possa ser realizado com sucesso é necessário o desenvolvimento e treino da equipe cirúrgica, bem como a existência de dispositivos que coadjuvem a contagem. De entre os dispositivos que podem ajudar no processo de contagem cirúrgica, a literatura aponta o recurso a sistemas informáticos ou outra forma de registo da contagem como a utilização de recipientes exclusivamente para colocação de compressas e instrumentos corto

perfurantes e ainda o recurso a radiografia, bem como a utilização de compressas com código de barras ou compressas com marcas radiopacas.

O estudo aqui apresentado, permitiu-nos concluir que os enfermeiros perioperatórios reconhecem os fatores que influenciam o processo de contagem cirúrgica (compressas, instrumentos cirúrgicos e materiais corto perfurantes) durante o período intraoperatório, relativamente à manutenção da segurança da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos. Desta forma, a partir desta *scoping review*, constatou-se que existem vários aspetos que podem ser melhorados no que concerne à contagem cirúrgica, como forma de promover a segurança da pessoa no perioperatório.

Consideramos importante que a formação concedida em contexto de formação em serviço num bloco operatório, ministrada aos enfermeiros e restantes elementos da equipe do perioperatório, contemple a temática da SD no geral e em particular aspetos relativos à relevância do processo de contagem cirúrgica, enfatizando os fatores que influenciam a realização deste procedimento nas salas cirúrgicas, sempre com o objetivo de implementar mudanças da prática clínica tendo por base a evidência científica, permitindo uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados.

Constataram-se algumas limitações ao longo da elaboração desta *scoping review*, que podem ter condicionado os resultados apresentados. O critério, de restringir o universo das publicações primárias aos idiomas português, inglês, francês e espanhol, pode ter constituído uma limitação para o estudo, todavia estes eram os idiomas dominados pelos autores. Outra das limitações pode relacionar-se com o facto de só termos considerado artigos disponíveis em texto completo e de acesso gratuito. Também a realização da pesquisa dos estudos, pode ainda ter sido limitada, pelo número de bases de dados científicas consultadas, porém decorre da procura de alargar a pesquisa, face ao protocolo original numa tentativa de encontrar mais estudos.

Foi possível constatar ainda a quase inexistência de estudos publicados, sobre a realização do processo de contagem cirúrgica e do recurso a tecnologias assessoras a este processo, bem como a escassez de estudos na enfermagem portuguesa e mesmo europeia sobre os fatores de risco para a retenção de itens cirúrgicos.

A discussão referente às questões relativas à segurança da pessoa submetida a cirurgia, é cada vez mais motivo de análise e discussão em reuniões científicas, no entanto, atualmente subsiste ainda uma necessidade da produção de conhecimento sobre a segurança, especialmente a relacionada com o processo de contagens cirúrgicas. Assim e face ao exposto, considera-se que esta *scoping review*, pode constituir um trabalho de suporte para futuras investigações, relativamente ao processo de contagem cirúrgica da pessoa submetida

a cirurgia. Mais estudos serão necessários, de forma a identificar fatores que influenciam todo o processo de contagem cirúrgica, procurando reconhecer os fatores modificáveis, de forma a implementar intervenções de enfermagem que possam concorrer para a diminuição ou anulação, da ocorrência destes eventos adversos e consequentes complicações. Contribuindo para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde prestados e consequentemente promovendo a segurança da pessoa submetida a cirurgia.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A enfermagem precisa de produção e de atualização contínua do seu corpo de conhecimento o que apenas poderá ser garantido pela investigação, que enquanto ciência nos permite identificar um corpo de conhecimentos que dará o seu contributo para a comunidade científica e para a sociedade (OE, 2006). Enquanto disciplina, ciência e profissão, a enfermagem já percorreu um extenso caminho até conquistar a notabilidade e relevância que hoje detém, no entanto, ainda há um longo caminho a percorrer, até se alicerçar e consolidar ao nível do saber e da ciência, possibilitando a tomada de decisões próprias e responsáveis, com o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, de forma a alicerçar e alcançar a visibilidade e reconhecimento merecido e desejado, junto da sociedade.

Com a elaboração deste relatório, pretendeu-se refletir sobre as experiências vivenciadas durante o estágio de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II, traduzindo-as em aprendizagens e competências adquiridas. A realização do estágio em contexto de cirurgia de ambulatório permitiu o contacto com uma realidade profissional diferenciada e a aplicação dos conhecimentos adquiridos ao longo de todo o percurso formativo, a este contexto concreto, ou seja, aplicar a teoria à prática. Não obstante, permitiu-nos refletir de forma constante e construtiva sobre as aprendizagens efetuadas, até porque a habilidade de reflexão crítica, advém das vivências, do conhecimento e do desenvolvimento pessoal e profissional de cada individuo.

O enfermeiro especialista, evidencia-se pela sua capacidade de adaptação das técnicas de comunicação com a pessoa e família, bem como com a restante equipa multidisciplinar, pelos conhecimentos sustentados na evidência científica e pelas aptidões técnicas e humanas, permitindo e sustentando uma tomada de decisão eficaz, eficiente e célere em todo o processo do cuidar da pessoa e família. A equipa de enfermagem, da UCA do Hospital da região norte onde foi realizado o estágio, é provida de enfermeiros dotados de competências técnicas e humanas, o que por si só, constituiu um fator facilitador para o desenvolvimento de competências especializadas.

A compreensão da prestação de cuidados em cirurgia de ambulatório, permitiu-nos entender o exercício profissional de enfermeiro especialista, através das aprendizagens adquiridas, favorecedoras do desenvolvimento de uma prática de enfermagem, conciliável com as competências comuns e específicas dos enfermeiros especialistas à pessoa em situação perioperatória.

Durante a realização deste estágio, foi possível perceber que o expoente máximo do exercício profissional de enfermagem não tem a ver “apenas” com a realização de um conjunto de atividades e procedimentos, mas sim com o desenvolvimento de capacidades facilitadoras de adaptação a situações complexas, que exigem a articulação de todas as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem Médico-cirúrgica.

No contexto de cirurgia de ambulatório, apesar das cirurgias serem de carácter eletivo, prevalece a dinâmica complexa da prática da prestação de cuidados, caracterizada pelo trabalho de uma equipa multidisciplinar, que realiza cirurgias e procedimentos complexos, onde a utilização de distintos recursos materiais, constitui um universo, onde os fatores humanos em todas as suas dimensões estão em constante interação. Sendo um ambiente caracterizado pela pressão e pelo stress, no qual, se procura garantir e promover todos os parâmetros de segurança, relativamente à pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos.

Na componente da investigação, optou-se por abordar a temática da SD como um requisito da qualidade em saúde, por via do processo de contagem cirúrgica da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos. Atendendo à realidade do contexto de estágio, em que os enfermeiros apesar de percorrerem todo o perioperatório, acabam por centrar muitas das suas intervenções no intraoperatório, importava demonstrar o seu papel fundamental para a SD, no que concerne à retenção inadvertida de itens cirúrgicos durante a cirurgia. Apesar de já ser uma temática, reconhecida no seio da equipa de enfermagem desta UCA, foi importante sensibilizar os enfermeiros especialistas para o seu papel determinante no que se refere à segurança da experiência cirúrgica.

A realização da investigação apresentada por meio de uma *scoping review*, surgiu da necessidade de mapear os conhecimentos da evidência científica existente sobre os fatores que influenciam a contagem cirúrgica relativamente à segurança da pessoa submetida a cirurgia e transpô-las para o contexto da prática, para a formação e para investigações futuras. Com efeito, os enfermeiros do perioperatório detêm um papel fundamental na diminuição do risco em geral e em particular na ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, o que reforça a sua importância e o seu papel fundamental, em prol da segurança da pessoa submetida a cirurgia.

Como já referimos anteriormente, este estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, a existência de estudos primários publicados em idiomas que não estando considerados nos critérios de inclusão definidos, resultaram na sua não inclusão, bem como o facto resultante da pesquisa efetuada na chamada literatura cinzenta, poder não ter sido muito abrangente.

Em suma, depois de terminado este percurso, pretende-se colocar à disposição da pessoa em situação perioperatória e família, os conhecimentos, experiência e competências desenvolvidas, de forma a proporcionar uma adequada intervenção especializada, assegurando um exercício profissional compatível com a prestação de cuidados de saúde seguros.

Importa ainda referir, o compromisso e a responsabilidade acrescida de conceber instrumentos facilitadores da divulgação dos resultados expostos nesta *scoping review*, com o objetivo da sua publicação, sob a forma de um artigo numa revista ou jornal, a apresentação de uma comunicação oral ou poster num evento científico, bem como na formação desenvolvida em contexto de serviço. Desta forma, esperamos contribuir para alicerçar e consolidar a enfermagem ao nível do seu desenvolvimento contínuo, permitindo a tomada de decisões mais adequadas e inteligentes e consequentemente a melhoria continua da prestação de cuidados de qualidade baseados na melhor evidência científica.

O percurso que culmina com a elaboração deste relatório, foi concretizado à custa de um enorme esforço pessoal, particularmente no respeitante à gestão do tempo, tendo em conta a exigência da conciliação do percurso académico, familiar e profissional, em muito acrescido pelo stress e incerteza, resultantes da vivência de uma pandemia à escala mundial, que, naturalmente pela dimensão, abrangência e complexidade, nos gerou perturbação e angústia.

Para Benner (2001) compreender o cuidar como uma prática, em vez de ser apenas um puro sentimento ou um conjunto de atitudes que estão para além da prática, revela o conhecimento e a competência que o cuidar de excelência requer.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, R. B. (2003). Vigilância em saúde do trabalhador e promoção da saúde: aproximações possíveis e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(1), 319–322. <https://doi.org/10.1590/s0102-311x2003000100036>

Amado Martins, J. C. (2008). Investigação em enfermagem. *Pensar Enfermagem - Revista Científica | Journal of Nursing*, 12(2), 62–66. <https://doi.org/10.56732/pensarenf.v12i2.8>

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2013). *Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório* (3ª Edição). Espaço Gráfico.

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2006). *Enfermagem Perioperatória: a filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidata, Lda.

Associação Portuguesa dos Enfermeiros Gestores e Liderança. (2010). *Referencial de competências para enfermeiros da área da gestão*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/norte/informacao/Documents/Referencial%20de%20Competencias.pdf>

Barra, D. C. C., & Sasso, G. T. M. D. (2011). Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 64(6), 1141–1149. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672011000600023>

Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021). *Guia prático para a segurança do doente*. LIDEL – Edições Técnicas, Lda.

Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.

Botarelli, F. R., Queiroz, Q. J. R., Fernandes, A. P. N. de L., Araújo, J. N. D. M., Ferreira Júnior, M. A., & Vitor, A. F. (2016). Diagnóstico de enfermagem risco de infecção em pacientes no pós-operatório: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15(2), 245–253. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20165299>

Botelho, L. L. R., Cunha, C. C. de A., & Macedo, M. (2011). O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. *Gestão e Sociedade*, 5(11), 121–136. <https://doi.org/10.21171/ges.v5i11.1220>

Boterf, G. Le. (2010). *Compétence et Navigation professionnelle* (3.^a Edição). Editions d'Organisation.

Brasil, A. J. (2008). Simpósios sobre Saúde 200 anos Brasil-Portugal – Palestra Ana Jorge. Brasil.

Breda, L., & Cerejo, M. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5), 1–8. <https://doi.org/10.12707/rv20088>

Caseiro, J. M., & Tavares, J. (2013). *Procedimentos 2014 - Instituto Português de Oncologia de Lisboa*. Oncoanestesia.

Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório. (2008). *Relatório final - Cirurgia de ambulatório: Um modelo de qualidade centrado no utente*.

Cordeiro, L. & Baldini, C. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *Boletim Do Instituto de Saúde*, 20(2), 37–43. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>

Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, 8, 59–64. <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230/229>

Decreto-Lei n.º 104/1998, de 21 de Abril do Ministério da Saúde: Cria a Ordem dos Enfermeiros e aprova o seu estatuto (alterado pela Lei n.º 156/2015). (1998). Diário da República n.º 93, Série I-A de 21-04-1998. Redação atual: <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/156-2015-70309896>

Decreto-Lei n.º 161/1996 do Ministério da Saúde: Aprova o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. (1991). Diário da República n.º 205, Série I-A de 04-09-2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>

Deodato, S. (2008). *Responsabilidade profissional em enfermagem: valoração da sociedade*. Almedina.

Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.

Despacho n.º 9390/2021 do Gabinete do Secretário de Estado Adjunto e da Saúde: Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. (2021). Diário da República n.º 187, Série II de 24-09-2021. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

Direção-Geral da Saúde. (2013). *Norma n.º 2: Cirurgia Segura, Salva-Vidas*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção-Geral da Saúde. (2017). *Norma nº 1: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>

Direcção-Geral da Saúde. (2009). *Manual de Implementação – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS*. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Manual-de-Implementac%CC%A7a%CC%83o-da-Lista-de-Verificac%CC%A7a%CC%83o-de-Seguranc%CC%A7a-Ciru%CC%81rgica-da-OMS-.pdf>

Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.

Edel, E. M. (2012). Surgical Count Practice Variability and the Potential for Retained Surgical Items. *AORN Journal*, 95(2), 228–238. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.02.014>

Entidade Reguladora da Saúde. (2008). *Estudo Sobre Qualidade da Cirurgia de Ambulatório*. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/74/Sumario_Executivo-CA.pdf

Fang, J., Yuan, X., Fan, L., Du, M., Sui, W., Ma, W., Wang, H., & Pan, A. fen. (2021). Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study. *International Journal of Nursing Practice*, 27(4), e12942. <https://doi.org/10.1111/ijn.12942>

Farias, M. G. G. (2015). Mediação e competência em informação: proposições para a construção de um perfil de bibliotecário protagonista. *InCID: Revista de Ciência Da Informação e Documentação*, 6(2), 106–125. <https://doi.org/10.11606/issn.2178-2075.v6i2p106-125>

Ferreira, M., Pereira, C., Rodrigues, M. J., Paiva, M., Arrojado, V., & Figueiredo, M. H. (2020). Ganhos em saúde familiar sensíveis ao modelo dinâmico de avaliação/intervenção

familiar. *Revista de Investigação & Inovação Em Saúde*, 3(2), 7–20.
<https://doi.org/10.37914/riis.v3i2.84>

Filipe, F. (2004). Autonomia e Respeito. In *Para uma ética da enfermagem – Desafios*, 238–248. Gráfica de Coimbra.

Flanagan, E., Cassone, M., Montoya, A., & Mody, L. (2016). Infection Control in Alternative Health Care Settings: An Update. In *Infectious Disease Clinics of North America*, 30(3), 785–804. <https://doi.org/10.1016/j.idc.2016.05.001>

Fortin, M.-F. (2009). *Fundamentos e Etapas no Processo de Investigação*. Lusodidacta.

Fragata, J. I. G. (2010a). Erro médico: A segurança dos doentes -Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 26(6), 564–570.
<https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10799>

Fragata, J. I. G. (2010b). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Cardiologia*, 10, 17–26. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-erros-e-acidentes-no-bloco-X0870902510898559>

Freitas, M., & Parreira, P. (2013). Dotação segura para a prática de enfermagem: operacionalidade do conceito e o seu impacto nos resultados. *Revista de Enfermagem Referência*, 3(10), 171–178. <https://doi.org/10.12707/rrii12125>

Freitas, P. S., Silveira, R. C. de C. P., Clark, A. M., & Galvão, C. M. (2016). Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review. *Journal of Clinical Nursing*, 25(13–14), 1835–1847. <https://doi.org/10.1111/jocn.13216>

Hall, L., Moore, S., & Barnsteiner, J. (2009). Quality and nursing: Moving from a concept to a core competency. *Urologic Nursing*, 28(6), 417–425.

Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A.-H. S., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C. M., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., & Gawande, A. A. (2009). A Surgical Safety Checklist to Reduce Morbidity and Mortality in a Global Population. *New England Journal of Medicine*, 360(5), 491–499.
<https://doi.org/10.1056/NEJMsa0810119>

Hempel, S., Maggard-Gibbons, M., Nguyen, D. K., Dawes, A. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., Booth, M. J., Miles, J. N. V., Shanman, R., & Shekelle, P. G. (2015). Wrong-Site Surgery,

Retained Surgical Items, and Surgical Fires. *JAMA Surgery*, 150(8), 796–805. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.0301>

Jenks, J. M. (1993). The Pattern of Personal Knowing in Nurse Clinical Decision Making. *Journal of Nursing Education*, 32(9), 399–405. <https://doi.org/10.3928/0148-4834-19931101-05>

Kickbusch, I., Pelikan, J. M., Apfel, F., & Tsouros, A. D. (2013). Health literacy: the solid facts. In *World Health Organization*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/326432>

Lima, F. E. T., Araújo, T. L. de, Serafim, E. C. G., & Custódio, I. L. (2010). Nursing consultation protocol for patients after myocardial revascularization: influence on anxiety and depression. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 18(3), 331–338. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692010000300006>

Machado, N. (2013). *Gestão da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo de melhoria contínua baseado na reflexão-ação* [Tese de Doutorado, Universidade Católica Portuguesa]. <http://hdl.handle.net/10400.14/14957>

Meleis, A. I. (1997). On transitions and knowledge development. *Nursing: Beyond Art and Science 2º International Nursing Research Conference*.

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. Springer Publishing Company.

Meleis, A. I. (2011). *Theoretical nursing: Development and progress* (5.ª Edição). Lippincott Williams & Wilkins.

Melgarejo, C. R. V., Mastroianni, P. de C., & Varallo, F. R. (2019). *Promoção da cultura de notificação de incidentes em saúde*. Editora UNESP.

Mendes, D., Ferrito, C., & Gonçalves, M. (2020). A informação transmitida na consulta de enfermagem pré-operatória: percepção do cliente. *Cadernos De Saúde*, 12(1), 47–53. <https://doi.org/https://doi.org/10.34632/cadernosdesaude.2020.7683>

Mota, A., & Castilho, A. (2019). Construction and psychometric validation of the Questionnaire on Patient Safety in the Operating Room. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(21), 67–78. <https://doi.org/10.12707/RIV19012>

Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(6), 1–10. <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Naik, S., Voong, S., Bamford, M., Smith, K., Joyce, A., & Grinspun, D. (2020). Assessment of the Nursing Quality Indicators for Reporting and Evaluation (NQIRE) database using a data quality index. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 27(5), 776–782. <https://doi.org/10.1093/jamia/ocaa031>

Nunes, F. (2007). Tomada de decisão de enfermagem em emergência. *NURSING: Revista de Formação Contínua Em Enfermagem*, 219, 7–11.

Nunes, L. (2013). Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica. *Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal*.

Nunes, L. (2020). Aspetos éticos na investigação em enfermagem. *Escola Superior de Saúde Do Instituto Politécnico de Setúbal*.

Oliveira, S. K. P. de, Queiroz, A. P. O., Matos, D. P. de M., Moura, A. F. de, & Lima, F. E. T. (2012). Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 65(1), 155–161. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000100023>

Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual e Enunciados Descritivos*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros. (2014). *Parecer do Conselho Jurisdicional 196/2014*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/CJ_Documentos/CJ_Parecer_196_2014_RegistoPensoEvolucaoFerida.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015b). *Estatutos da Ordem dos Enfermeiros e Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017a). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017b). *Parecer n.º 10/2017 - Diferenciação das Intervenções de Enfermagem do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em relação ao Enfermeiro Generalista, num Serviço de Urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_M CEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Osborne, S., Cockburn, T., & Davis, J. (2022). Exploring risk, antecedents and human costs of living with a retained surgical item: A narrative synthesis of Australian case law 1981–2018. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(2), 2397-2413. <https://doi.org/10.2147/JMDH.S316166>

Pedrolo, E., Danski, M. T. R., Mingorance, P., De Lazzari, L. S. M., Méier, M. J., & Crozeta, K. (2009). A prática baseada em evidências como ferramenta para prática profissional do enfermeiro. *Cogitare Enfermagem*, 14(4), 760–763. <https://doi.org/10.5380/ce.v14i4.16396>

Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e qualidade do exercício profissional dos enfermeiros - Estudo empírico sobre um resumo mínimo de dados de enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade do Porto]. <http://hdl.handle.net/10216/7182>

Pereira, M., & Veríssimo, M. T. (2008). Melhoria contínua da qualidade na prestação de cuidados de saúde ao doente diabético tipo 2. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 26(2), 37–60. <http://hdl.handle.net/10362/95345>

Perrenoud, P. (1996). Formation continue et développement de compétences professionnelles. *L'éducateur*, 9, 28–33.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2021). Chapter 11: Scoping reviews: 2020 version. In *JBIM Manual for Evidence Synthesis*.

Pinto, J., Matias, A., & Sarnadas, L. (2020). Avaliação da cultura de segurança do doente em cirurgia ambulatória pelos enfermeiros: protocolo de scoping review. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(4), 1–6. <https://doi.org/10.12707/rv20059>

Potra, T. M. F. dos S. (2015). *Gestão de cuidados de enfermagem: das práticas dos enfermeiros chefes à qualidade de cuidados de enfermagem* [Tese de Doutoramento, Universidade de Lisboa]. <http://hdl.handle.net/10451/20608>

Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 26, Série II de 06-02-2019. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>

Regulamento n.º 428/2018 da Ordem dos Enfermeiros: Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Comunitária na Área de Enfermagem de Saúde Comunitária e de Saúde Pública e na Área de Enfermagem de Saúde Familiar. (2018). Diário da República n.º 135, Série II de 16-07-2018. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/428-2018-115698616>

Ribeiro, M. (2019). Os registos de enfermagem como uma estratégia indispensável para assegurar a continuidade de cuidados. *Sinais Vitais - A Enfermagem Em Revista*, 129, 29–41. <http://www.sinaisvitais.pt/images/stories/revista/RSV129.pdf>

Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6, 1–8. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>

Silva, T. M. da. (2014). Intervenções do enfermeiro perioperatório para a prevenção da infeção do local cirúrgico durante o período intraoperatório. *Percursos*, 8(30), 41–52. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Percursos_n30.pdf

Silva Dutra, H., Emerich Mendes, S., Miranda Carneiro, S., Mazzoni da Costa, F., da Costa Pereira Barboza, R., & Ribeiro, L. C. (2016). Nursing records at a teaching hospital: a quasi-experimental study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 15, 351–360. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=361453978003>

Smith, G. D. (2021). Health literacy: A nursing perspective. *Revista de Enfermagem Referencia*, 5(8), 1–4. <https://doi.org/10.12707/RV21ED8>

Stawicki, S. P. A., Moffatt-Bruce, S. D., Ahmed, H. M., Anderson, H. L., Balijs, T. M., Bernescu, I., Chan, L., Chowayou, L., Cipolla, J., Coyle, S. M., Gracias, V. H., Gunter, O. L., Marchigiani, R., Martin, N. D., Patel, J., Seamon, M. J., Vagedes, E., Ellison, C. E., Steinberg, S. M., & Cook, C. H. (2013). Retained Surgical Items: A Problem Yet to Be Solved. *Journal of the American College of Surgeons*, 216(1), 15–22. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026>

Stawicki, S. P., Cook, C. H., Anderson, H. L., Chowayou, L., Cipolla, J., Ahmed, H. M., Coyle, S. M., Gracias, V. H., Evans, D. C., Marchigiani, R., Adams, R. C., Seamon, M. J., Martin, N. D., Steinberg, S. M., & Moffatt-Bruce, S. D. (2014). Natural history of retained surgical items supports the need for team training, early recognition, and prompt retrieval. *The American Journal of Surgery*, *208*(1), 65–72. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.09.029>

Steelman, V. M., Graling, P. R., & Perkhounkova, Y. (2013). Priority Patient Safety Issues Identified by Perioperative Nurses. *AORN Journal*, *97*(4), 402–418. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.016>

The Joanna Briggs Institute (JBI). (2020). *JBI Manual for Evidence Synthesis* (E. Aromataris & Z. Munn, Eds.). JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01>

Treviso, P., De Siqueira, M. da S., Corso de Souza, A. Z., Peralta, T., Pereira, M. C. de O., & Moriya, G. A. de A. (2022). Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: medidas de segurança propostas por enfermeiros especialistas. *Revista SOBECC*, *27*, 1–10. <https://doi.org/10.5327/z1414-4425202227777>

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L., Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., ... Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, *169*(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Warwick, V., & Gillespie, B. (2017). Surgical counting: A perioperative nurse's prespective. *Australian Nursing & Midwifery Journal*, *24*(10), 39.

ANEXOS

ANEXO I: Procedimento de contagem de instrumentos cirúrgicos, corto
perfurantes e compressas no ato cirúrgico

Procedimento de Contagem de Instrumentos Cirúrgicos, Corto Perfurantes e Compressas no Ato Cirúrgico

OBJETIVO

Definir e normalizar o procedimento específico de contagem de instrumentos cirúrgicos, corto-perfurantes e compressas, durante o ato operatório, com o objetivo de preservar a segurança do doente, impedindo a retenção inadvertida.

Garantir o conhecimento, familiaridade, normalização e adoção deste procedimento, por parte de toda a equipa cirúrgica.

RESPONSABILIDADES

Compete ao Diretor de serviço e ao Enfermeiro Gestor da UCA a implementação e monitorização destes procedimentos.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE COMPRESSAS

1) Utilização exclusiva de pacotes de compressas padronizados na mesa cirúrgica, quanto ao número e dimensão. Assim devem ser utilizados pacotes com múltiplos de 5 ou 10 unidades de compressas.

Compressas de tamanho pequeno (10x10 cm)

Compressas de tamanho medio (15x10 cm)

Compressas de tamanho grande (20x40 cm)

2) Todas as compressas utilizadas no campo operatório, terão obrigatoriamente contraste radiopaco.

3) A contagem deve ser sempre efetuada por duas pessoas, e em vários momentos: antes do início da cirurgia; sempre que são abertos novos pacotes, antes do primeiro plano de encerramento e no momento de encerramento da pele e se a incisão for reaberta;

4) A responsabilidade de contagem das compressas, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

5) Todo o processo de contagem deve ser padronizado, de forma a contribuir para a prevenção de itens retidos. Assim:

- Uma contagem parcial do numero total de compressas na mesa cirúrgica e balde do lixo deve ser realizada quando o enfermeiro instrumentista e/ou circulante é substituído;
- Só o enfermeiro instrumentista deve proceder à remoção das compressas do campo operatório e para um único balde do lixo (utilizado apenas para esse fim);
- O enfermeiro circulante procede á contagem das compressas do balde do lixo, devendo separá-las uma a uma, ao mesmo tempo que as transfere para outro balde;

- Todas as compressas utilizadas em cada ato cirúrgico devem permanecer na sala operatória até ao termino da cirurgia;
- Os produtos que saiam da mesa ou sala cirúrgica, nunca devem ser acompanhados de compressas.
- Não devem ocorrer interrupções durante a contagem e esta deve ser realizada de forma audível, pelo enfermeiro instrumentista separando as compressas uma a uma, verificando a integridade do material de contraste (fio), o enfermeiro circulante conta em simultâneo, registando o resultado da contagem no processo do doente no sistema de informação em utilização para os Registos de Enfermagem. Este registo deve ser sempre efetuado mesmo que a contagem esteja incorreta.
- Findo este processo o enfermeiro instrumentista deve comunicar de forma audível ao cirurgião responsável o resultado da contagem, certificando-se de que este tomou conhecimento.

Quando a conferência da contagem não estiver correta deve-se:

- a. Repetir a contagem;
- b. Informar o cirurgião;
- c. Procurar no campo cirúrgico, no chão, nas roupas e campos operatórios as compressas em falta;
- d. Informar do sucedido o Enfermeiro Gestor ou responsável de turno;
- e. Registar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização;

Se existir duvida/evidencia de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

Notas Importantes:

1) Na sala operatória, só devem existir compressas sem contraste para RX, na área de anestesia e carros de apoio, não devendo ser colocadas nunca nos baldes do lixo da área do instrumentista.

2) Todas as compressas utilizadas no campo operatório, devem ser obrigatoriamente com contraste RX.

3) Todos os pacotes de esterilização de compressas devem estar normalizados com a mesma quantidade, em múltiplos de 5 ou 10.

Cada pacote de 10 cm x 10 cm deve conter 10 compressas.

Cada pacote de 20 cm x 40 cm deve conter 5 ou 10 compressas.

4) Quando o número de compressas por pacote, não estiver correto, o conjunto deve ser retirado da mesa, recolocado no pacote e entregue ao enfermeiro responsável de forma a apurar a causa.

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE INSTRUMENTOS CIRURGICOS

A responsabilidade pela contagem dos instrumentos cirúrgicos, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

Os instrumentos Cirúrgicos, devem ser acondicionados de forma normalizada, devendo existir uma listagem discriminada dos mesmos (no serviço do bloco operatório e no serviço de esterilização), devendo cada caixa conter informação sobre o número exato de peças que a constituem.

O Enfermeiro Instrumentista, deve proceder a conferência dos instrumentos Cirúrgicos, em pelo menos dois momentos, verificando se o número dos mesmos coincide com o registo do serviço de esterilização.

Num primeiro momento; antes do início da cirurgia, no momento em que os coloca na mesa cirúrgica e imediatamente antes do início do encerramento do primeiro plano da ferida cirúrgica.

No final do procedimento o enfermeiro Instrumentista deve proceder ao registo da contagem dos instrumentos, (se correta ou incorreta) para que esta informação acompanhe novamente o material.

Quando a conferência da contagem não estiver correta deve-se:

- a. Repetir a contagem;
- b. Informar o cirurgião;
- c. Procurar na pessoa em situação perioperatoria, no lixo, no chão, nas roupas e campos operatórios os instrumentos em falta;
- d. Informar do sucedido o enfermeiro Gestor ou responsável de turno;
- e. Registrar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização;

Se existir a duvida/evidencia de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO DE CONTAGEM DE CORTO PERFURANTES

Consideram-se neste grupo todas as agulhas dos fios cirúrgicos, lâminas de bisturi frias, pontas de bisturi elétricos, ponteiros de instrumentos laparoscópicos e todos os outros objetos de pequenas dimensões utilizados durante todo o procedimento cirúrgico propriamente dito e que pelas suas dimensões reduzidas são facilmente passíveis de ficar retidos na pessoa em situação intraoperatória.

A responsabilidade pela contagem dos instrumentos cirúrgicos, pertence à equipa de enfermagem sendo partilhada pelo enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante.

Todo o processo de contagem deve ser padronizado, de forma a contribuir para a prevenção de itens retidos, as contagens devem ser sempre efetuadas por duas pessoas.

O Enfermeiro Instrumentista e o enfermeiro Circulante, devem proceder cada um de forma individual à contagem de todos estes instrumentos utilizados ao longo de todo o procedimento cirúrgico e à medida em que são fornecidos para a mesa cirúrgica. Momentos antes do início do primeiro plano de encerramento da ferida cirúrgica, deve o Enfermeiro instrumentista proceder a uma contagem dos mesmos e comunicar com o Enfermeiro Circulante de forma a verificar se o número de instrumentos utilizados é coincidente.

Quando a conferência da contagem não estiver correta deve-se:

- f. Repetir a contagem;
- g. Informar o cirurgião;
- h. Procurar no lixo, chão, roupas e campos operatórios os corto perfurantes em falta;
- i. Informar do sucedido o Enfermeiro Gestor ou responsável de turno;
- j. Registrar a ocorrência deste incidente no sistema de informação/intranet em utilização;

Se existir a dúvida/evidência de que material foi deixado no doente, o cirurgião é o responsável pela sua remoção.

Todas as contagens devem ficar registadas no processo do doente, com os nomes dos elementos da equipa envolvidos; quando houver discrepância na contagem ou razões para a não contagem, estas devem ficar igualmente registadas (OPS, 2009; AESOP, 2013).

Preferencialmente todos os corto perfurantes utilizados, devem ser acondicionados ao longo do procedimento cirúrgico em contentores rígidos, estéreis específicos para a colocação de lâminas, agulhas de sutura ou outros materiais perfurantes.

DOCUMENTAÇÃO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM

Todas as contagens de compressas instrumentos e corto perfurantes devem ser registados em suporte informático, conforme imagens

DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Sistema de Informação de Registos de Enfermagem do Bloco Operatório da ULSAM
Praticas Recomendadas para o Bloco Operatório-AESOP 2010

ANEXO II: Certificado – Prevenção da Hipotermia no Perioperatório:
revisão integrativa de Literatura

XX CONGRESSO NACIONAL AESOP

CERTIFICADO

Certifica-se que o resumo:

Prevenção da Hipotermia no Perioperatorio: revisão Integrativa de Literatura

Foi apresentado sob a forma de **Comunicação Livre**,
no **XX Congresso Nacional AESOP**, que decorreu no Europarque,
de 28 a 30 de setembro de 2022.

1º Autor: Paula Cristina Araujo Lopes

Apresentador: Paula Fernanda Midões

Co-Autores: Eloisa Maciel; Fernando Sousa; Liliana Magalhães

19-01-2023



Uma organização da:



ANEXO III: Guião para vídeo Unidade Cirurgia de Ambulatório

Guião para vídeo Unidade Cirurgia de Ambulatório

O conceito de Cirurgia do Ambulatório tem vindo a evoluir ao longo do tempo, englobando atualmente todos os procedimentos cirúrgicos em que o cliente é admitido e tem alta até 24 horas após a cirurgia. A Unidade de Cirurgia de Ambulatório, do Centro Hospitalar de Póvoa de Varzim/Vila do Conde encontra-se localizado no pólo de Vila do Conde, funciona desde Maio de 2001, sendo o horário de funcionamento 2ª a 6ª feira.

Desenvolve a sua actividade cirúrgica nas especialidades de Cirurgia Geral, Ortopedia e Ginecologia, assegurando também, a realização de atos cirúrgicos sob anestesia local nas especialidades de Cirurgia Geral, Ginecologia e exames complementares das especialidades de Pneumologia e Gastroenterologia.

Os clientes são inscritos para cirurgia de ambulatório atendendo a critérios relativos ao tipo de patologia e tipo de procedimento o que implica uma seleção criteriosa, com envolvimento de um cirurgião, um anestesista e um enfermeiro.

Para ser submetido a cirurgia de ambulatório deve também obedecer a alguns critérios que deve planear antecipadamente tais como:

- ✓ Ter transporte para o domicilio sempre com um acompanhante,
- ✓ Estar acompanhado no domicilio, por um adulto nas primeiras 24 horas após cirurgia;
- ✓ Estar contactável no dia anterior á cirurgia e nas 24 horas seguintes; se não tiver telemóvel pode ser telefone fixo ou de um familiar que more consigo

(Imagem de apresentação do Centro Hospitalar da Póvoa de Varzim a terminar no polo de vila do Conde, e posteriormente a identificação na entrada da UCA)

Todos os clientes que são admitidos para cirurgia de ambulatório fazem uma consulta de enfermagem presencial pré-operatória, preferencialmente acompanhados pelo convivente significativo ou familiar, direcionada para a aquisição de conhecimentos relativos ao momento pré, intra e pós-operatório. Nesta consulta o enfermeiro irá colocar-lhe algumas questões que irão permitir planear a sua intervenção com segurança, entre as quais:

- ✓ Se tem ou já teve alguma alergia medicamentosa e/ou alimentar;
- ✓ Medicação que faz habitualmente, deve informar se consome algum produto natural, ou outras substâncias como álcool ou drogas;
- ✓ Se já fez alguma cirurgia ou anestesia e se teve algum tipo de complicação;
- ✓ Se está grávida ou a amamentar;

Além das questões colocadas, serão fornecidas algumas informações a que o vão ajudar a preparar-se para a sua cirurgia, tais como:

- ✓ Deve cumprir 6 horas de jejum, o que inclui não comer nem beber qualquer liquido, incluindo água. Se for operado da parte da manhã deve fazer a ultima refeição ás 0 horas do dia anterior, se for operado da parte da tarde deve fazer a sua ultima refeição ás 7 horas da manhã do próprio dia;
- ✓ Retirar os pelos da área a ser operada, preferencialmente com creme depilatório, evite o uso de gilete, porque pode agredir a pele, tornando-se mais suscetível a desenvolver uma infeção nesse local;
- ✓ Tomar banho completo, usando para o efeito as esponjas com desinfetante que lhe iremos fornecer na consulta. Deve tomar um banho na véspera da cirurgia e outro no dia da cirurgia.

- ✓ Algumas intervenções exigem preparação intestinal, será alertado para essa necessidade e forneceremos os fármacos que deve usar para a realizar a preparação, e explicaremos a forma de o realizar;
- ✓ Deve trazer a medicação que toma habitualmente;
- ✓ Pijama ou camisa de dormir;
- ✓ Chinelos de quarto lavados;
- ✓ Se tiver telemóvel em silêncio;
- ✓ Se gosta de ler pode trazer um livro; ou um brinquedo no caso de ser uma criança;

Lembre-se que não deve trazer:

- ✓ Joias ou adornos como brincos, piercing;
- ✓ Maquilhagem;
- ✓ Verniz nas unhas

Esta parece muita informação para memorizar nesta consulta, mas não fique preocupado, será lhe entregue um panfleto com toda esta informação, onde consta também o nosso contato de telefone que pode usar sempre que necessite ou tenha alguma dúvida, estamos sempre disponíveis para o ajudar nas suas dificuldades.

Lembre se sempre que só deve dar o seu consentimento para a cirurgia quando estiver totalmente esclarecido e se concordar com o que lhe foi proposto. Pode se assim desejar solicitar uma segunda opinião ou mudar de opinião em qualquer fase deste processo.

(Imagem do acesso ao gabinete de enfermagem, do ambiente de consulta, focando os folhetos informativos, imagem das esponjas e da preparação intestinal, imagem a focar os consentimentos- enfermeiro com cliente em consulta)

Após a realização desta consulta será contactado nas 24 horas anteriores ao dia de sua cirurgia, para que seja possível o esclarecimento de dúvidas e reforço de informação útil para o período intra e pós-operatório.

(Imagem de enfermeiro a telefonar, com os panfletos informativos e focar o layout do registo da consulta telefónica do pré- se possível imagem do doente a receber telefonema)

No dia da sua cirurgia deve vir sempre acompanhado com família/convivente significativo, deve entrar pela entrada principal do hospital de acesso direto a Unidade de Cirurgia de Ambulatório e dirigir-se ao secretário de unidade, para dar início ao processo de admissão.

(Imagem do cliente e familiar a entrar no hospital pela entrada principal, subir as escadas e dirigir-se ao secretário de unidade, focar a entrada da UCA)

Após o contato com o secretário da unidade, será chamado pela assistente operacional, para iniciar o processo de admissão. O ambiente de bloco deve ser o mais estéril possível, pelo que á entrada ser-lhe-á pedido para realizar desinfeção das mãos e calçar os chinelos lavados, sendo depois encaminhado para a sala de admissão.

(Imagem da assistente operacional a chamar o cliente da sala de espera, desinfeção das mãos e troca de calçado e encaminhamento para sala de admissão- identificar a sala)

Na sala de admissão um enfermeiro da equipa da Unidade de cirurgia de ambulatório, fará uma avaliação inicial, avalia tensão arterial, frequência cardíaca, temperatura corporal e peso, confirmando ainda sobre problemas de saúde pré-existentes, alergias medicamentosas, tempo de jejum, medicação habitual....

(Enfermeiro na sala de admissão a realizar a admissão ao doente, avaliação peso; sinais vitais...)

Após esta avaliação será encaminhado para o vestiário, onde lhe é atribuído um cacifo para que coloque os seus objetos pessoais, irá retirar toda a sua roupa, vestindo uma fato que lhe será entregue, sendo depois encaminhado para a unidade de recobro.

(Imagem da entrada no vestiário (porta e vestiários numerados com chave na porta) e após o cliente a ser encaminhado para a unidade de recobro.)

Nesta unidade será lhe atribuída uma cama, e iniciamos a preparação pré-operatória com colocação de soroterapia e início de antibioterapia se necessário. Lembre-se que deve sempre que tenha dúvidas coloca-las a qualquer momento.

Lembramos que após este procedimento poderá ter de aguardar algum tempo até que a sua intervenção seja realizada. A cirurgia de cada pessoa é única e nem sempre demora o tempo planeado, pode prolongar o que atrasará a sua intervenção também.

(Imagem do enfermeiro a ajudar a deitar e a punccionar o doente)

Quando estiver na altura da sua cirurgia, um enfermeiro e uma assistente operacional, irão encaminhá-lo na cama até á sala operatória, onde encontrará uma equipa constituída por um anestesista, um enfermeiro de anestesia, um enfermeiro circulante e um enfermeiro instrumentista e cirurgiões, que estão preparados para realizar a sua intervenção em segurança. Este é um momento que poderá causar-lhe mais ansiedade, coloque todas as suas dúvidas, os profissionais não o deixam sozinho e estão sempre disponíveis para o ajudar. Lembrar-lhe que independentemente do tipo de anestesia que fizer não terá dor nem desconforto durante o procedimento.

(Imagem do percurso para a sala operatória, imagem da sala operatória, da equipa e da transferência do doente para a marquesa)

No final da cirurgia, é encaminhado para uma sala já na sua cama, a qual chamamos recobro imediato, onde permanecerá sob vigilância constante de um enfermeiro até que esteja bem acordado, e com estabilidade hemodinâmica. É normal que não se recorde desta fase, pela medicação que muitas vezes lhe administramos durante a cirurgia que pode provocar alguma amnésia transitória.

(Imagem recobro imediato, com enfermeiro na vigilância de um doente, focar aspectos como aquecimento corporal, monitorização)

Após será encaminhado para outra sala, a que chamamos recobro tardio, onde encontrará novamente um enfermeiro que o acompanhará até ao momento de sua alta, que continuará a vigiar o seu estado geral, ajudando-o a ficar mais confortável.

Permanecerá connosco durante algumas horas, durante as quais pode esclarecer todas as suas dúvidas. Este é um período em que o enfermeiro que o acompanha fará a gestão de sinais e sintomas que possa apresentar tais como náuseas, vômitos e dor, realizando também educação para a saúde para prepara-lo para a alta.

No momento da alta além de todas as informações, será também entregue medicação analgésica para controlar a dor, sendo lhe explicado o horário em que deve realizar esta medicação.

É importante para nós, saber que quando vai para casa, reúne todas as condições e toda a informação necessária, para isso apresentamos-lhe também algumas técnicas que pode realizar autonomamente e sem qualquer prescrição, que o vão ajudar no alívio da dor e de qualquer desconforto que possa ter, são as estratégias não farmacológicas de alívio da dor, entre as quais:

- Aplicação de frio /gelo no local da ferida, ter atenção que deve proteger o gelo de forma a não provocar queimadura na pele; *(imagem cliente colocar gelo ferida)*
- Exercícios de respiração que o vão ajudar a relaxar e a aliviar dor ou desconforto *(Imagem a realizar exercícios respiratórios)*
- Adequar posicionamento na cama/sofá/cadeira ao tipo de cirurgia que fez, por exemplo elevar membro operado, deitar para o lado contrario; *(Imagem a realizar alternância de posicionamentos)*
- Musicoterapia, ou seja, pode ouvir música que goste, de forma a conseguir relaxar e abstrair a sua atenção da sua dor *(Imagem a ouvir música)*

Nota: *(.....etc...muitas não sabemos se é para colocar. Temos de discutir esta parte das estratégias não farmacológicas em reunião)*

Lembre-se que os profissionais passam algum tempo junto de um computador, porque assim lhes é exigido, para documentar tudo aquilo que fazem, no entanto não deixam nunca de estar atentos às suas necessidades.

(Imagem recobra tardio, com enfermeiro a ajudar o doente, imagem do enfermeiro no computador a realizar registos de enfermagem- se possível enfermeiro a exemplificar cada estratégia não farmacológicas.)

Dependendo do tipo de anestesia e de cirurgia que realizou, será fornecido um chá e bolachas após 3 horas da intervenção, deve beber com calma para que não fique mal disposto. É normal que tenha vontade de levantar para urinar, não deve fazê-lo sozinho, mas solicitar a ajuda de um profissional.

(Imagem da assistente operacional a fornecer chá ao cliente e após enfermeiro a auxiliar no levante do leito e encaminhamento para o WC)

Também, e dependendo do tipo de cirurgia e anestesia a que tiver sido submetido terá alta ao fim de algumas horas ou no dia seguinte, o enfermeiro irá informá-lo deste horário.

Assim quando reunir critérios para a alta, o enfermeiro irá retirar-lhe o cateter, e informá-lo dos cuidados específicos que deve ter no domicílio, entregando-lhe também uma carta de alta onde são reforçados esses cuidados e onde consta também informação relativa às suas próximas consultas.

Depois destes cuidados, se estiver bem, será encaminhado novamente para o vestiário, onde tem o cacifo que lhe foi atribuído para vestir a sua roupa. É importante que o seu acompanhante esteja presente neste momento na Unidade de cirurgia de ambulatório, pois poderá ajudá-lo a vestir e irá acompanhá-lo para casa. Lembre-se que não pode conduzir, nem estar sozinho durante as primeiras 24 horas.

(Imagem do enfermeiro a preparar a alta do cliente, a realizar o ensino, a entregar carta de alta e após o encaminhamento do cliente para o vestiário juntamente com o familiar/convivente significativo e após a saída para o exterior sempre com acompanhamento)

Nas primeiras 24 horas após a sua cirurgia, deve estar contactável, com o número que forneceu na consulta de enfermagem pré-operatória, a equipa da Unidade de Cirurgia

de Ambulatório irá ligar-lhe de forma a perceber o seu estado e esclarecer qualquer dúvida que possa ter. É nosso objetivo ajudar a ultrapassar esta fase de forma mais serena e com menor desconforto possível.

(Imagem do enfermeiro a realizar questionário das 24 horas pós-operatória, a focar imagem do questionário das 24 horas pós-operatório)

Passados 30 dias após a sua cirurgia, iremos voltar a contactá-lo, no entanto se tiver dúvidas, poderá sempre contactar-nos através do número de telefone que consta na carta de alta, lembre-se estamos sempre disponíveis para o ajudar a ultrapassar as suas dificuldades.

(Imagem do enfermeiro a realizar questionário dos 30 dias pós-operatório, a focar imagem do questionário das 24 horas pós-operatório)

As equipas multidisciplinares da Unidade de Cirurgia de Ambulatório desejam-lhe rápidas melhoras. Lembrando que:

Ajudar o próximo, é certamente é um ato de amor, e solidariedade, que todas as pessoas deveriam adotar, pois a ajuda não dói, nem machuca, muito menos fere, de modo contrario, apenas engrandece os seres humanos que a praticam.

ANEXO IV: Tabelas de Extração de Dados dos Estudos

Estudo 1	
Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação/País	Treviso, P., de Siqueira, M. D. S., de Souza, A. Z. C., Peralta, T., de Oliveira Pereira, M. C., & de Araújo Moriya, G. A. 2022 Retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos: medidas de segurança propostas por enfermeiros especialistas. Revista SOBECC, 27. https://www.revista.sobecc.org.br/sobecc/article/view/777 Brasil
Metodologia	Estudo Qualitativo Exploratório, com abordagem qualitativa
Participantes/Amostra	19 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Perioperatória (1 participante de Santa Catarina, 1 da Bahia, 1 do Pará, 3 do Rio de Janeiro, 4 do Rio Grande do Sul e 9 de São Paulo)
Objetivos	Descrever ações de segurança de forma a diminuir o risco de retenção de itens cirúrgicos, nas pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, sob o ponto de vista dos enfermeiros especialistas.
Resultado	Como forma de minimizar a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, é apontada a necessidade do desenvolvimento de políticas de formação contínua e multiprofissional, do estabelecimento e cumprimento das (boas) práticas institucionais, do cumprimento da verificação da lista de cirurgia segura, da integração na dinâmica do serviço de esterilização, da utilização de processos e tecnologias que contribuam para aumentar a segurança do paciente, de efetuar contagem de instrumentos e materiais cirúrgicos antes e após a cirurgia, e respetivo registo e de fortalecer o trabalho interdisciplinar. Destaca-se a necessidade de as instituições

Estudo 1

adotarem uma cultura de segurança com base em protocolos e a considerarem uma prioridade institucional; valorizar os profissionais conferindo apoio de forma de promover o desenvolvimento e autonomia dos enfermeiros do intraoperatório, e ainda, inserir a questão da segurança do doente na formação dos profissionais.

Conhecer a percepção dos enfermeiros especialistas em perioperatório, sobre o risco de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, destacando como principais fatores de risco: a banalização da segurança no perioperatório (não seguir os procedimentos da verificação da cirurgia segura, não respeitando todas as suas etapas, o que resulta na sua aplicação como atividade meramente burocrática e sem o rigor necessário); os erros ou falta de comunicação da equipe e procedimentos cirúrgicos efetuados em contexto de urgência ou emergência.

Conclusão

A retenção de objetos intracavitários em procedimentos cirúrgicos é considerada um evento adverso, classificado como “never event”, o evento que nunca deveria acontecer.

Destaca-se a importância da formação contínua dos profissionais do perioperatório incidindo sobre o tema da segurança do paciente, do cumprimento do protocolo cirúrgico, do estabelecimento de uma cultura de segurança por parte das instituições de forma a valorizar a importância dos enfermeiros do perioperatório.

Os enfermeiros destacam a banalização da segurança no perioperatório como uma preocupação, e sublinham a importância de alargar a discussão sobre a retenção de objetos intracavitários, envolvendo todos os profissionais que compõem a equipe cirúrgica, de forma a garantir a segurança do doente.

Estudo 2

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Osborne, S., Cockburn, T., & Davis, J. 2022 Exploring risk, antecedents and human costs of living with a retained surgical item: A narrative synthesis of Australian case law 1981-2018. Journal of Perioperative Nursing, 35(2), e-49-e-65. https://doi.org/10.26550/2020-1092.1202 Austrália
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes/Amostra	Revisão de casos australianos de 1981 a 2018 (10 casos)
Objetivos	Identificar as circunstâncias predisponentes e os custos humanos decorrentes da retenção de itens cirúrgicos através da perspectiva da jurisprudência australiana.
Resultado	Existe diversidade relativamente aos possíveis fatores predisponentes para a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos. Nos achados, identificaram a ocorrência de atrasos, períodos significativos (dias, semanas, meses ou até anos) entre o procedimento cirúrgico onde ocorreu a retenção e a descoberta do item retido. Esta situação provoca graves danos físicos e psicossociais, que se instalam de forma duradoura na pessoa. A ocorrência destes eventos, afeta de forma negativa a percepção da sociedade, relativamente ao sistema de saúde australiano. As atuais estratégias de gestão de risco e prevenção de retenção de itens cirúrgicos, incluindo práticas profissionais baseadas em normas nacionais e a notificação obrigatória de eventos adversos, nem sempre se traduzem em formas eficazes de

Estudo 2

prevenção. As evidências sugerem que a dependência exclusiva de procedimentos de contagem manual e utilização de radiografia, como estratégias de prevenção são insuficientes. Medidas adicionais de prevenção, incluindo novas tecnologias de detecção, devem ser exploradas, e aquelas onde se verifica a evidência de eficácia devem ser implantadas.

Os resultados do estudos foram considerados um ponto de partida para o desenvolvimento e aplicação de uma metodologia, ontologia e taxonomia consistentes, dos registos e da recolha de dados de acesso livre (relatando eventos ocorridos e de estimativas de risco de retenção de itens cirúrgicos na Austrália, não apenas relatos de eventos ocorridos, mas também de quase- acidentes), como forma de fornecer melhor informação permitindo um melhor entendimento sobre a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, contribuindo para uma melhor estimativa da natureza global e extensão do risco deste problema.

Conclusão

Apesar da não uniformidade relativamente aos itens retidos ou como os itens foram retidos, existe o reconhecimento da existência de um hiato temporal entre a ocorrência da retenção e a sua descoberta, bem como da consequência de danos físicos e psicossociais duradouros para as pessoas que vivem com um item cirúrgico retido.

As estratégias de prevenção atuais, incluindo práticas baseadas em normas, nem sempre são eficazes na prevenção de retenção de itens cirúrgicos. Destacam a necessidade da existência de uma taxonomia internacional, padronizada, bem como a existência de critérios de notificação, relatórios consistentes e acesso livre a dados de eventos e riscos poderiam fornecer uma estimativa global e mais precisa sobre o risco e incidência dessa complicação.

Estudo 3

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Fang, J., Yuan, X., Fan, L., Du, M., Sui, W., Ma, W., Wang, H., & Pan, A. 2021 Risk factors for incorrect surgical count during surgery: An observational study International Journal of Nursing Practice 27(4), 1–7. https://doi.org/10.1111/ijn.12942 República Popular da China
Metodologia	Estudo Observacional de Caso-Controle.
Participantes/Amostra	Revisão de 70 casos de contagens cirúrgicas e 280 casos controle (1º de janeiro de 2014 a 4 de abril de 2019)
Objetivos	Identificar os fatores de risco associados às contagens cirúrgicas incorretas durante as cirurgias.
Resultado	Expõem a existência de risco de ocorrência de contagens cirúrgicas incorretas, em todos os procedimentos cirúrgicos realizados. Foram identificados fatores de risco, claramente associados à ocorrência de contagens cirúrgicas incorretas: hora de realização da intervenção cirúrgica, tipo de cirurgia e a duração do procedimento. Surpreendentemente, observou-se que a incidência da ocorrência de contagens cirúrgicas incorretas, foi 25 vezes superior, para contagens cirúrgicas realizadas entre as 8:00 e as 12:00, comparativamente com as realizadas no período entre as 18:00 e as 8:00 da manhã, em cirurgias de emergência, ou em procedimentos prolongados e/ou após introdução de novos itens para a mesa cirúrgica. A existência de procedimentos de contagem padronizados e a existência de um protocolo de procedimentos a seguir aquando da ocorrência de contagens incorretas revelam-se insuficientes frente a esta questão, pelo

Estudo 3

que devem ser complementadas com o recurso a novos dispositivos tecnológicos existentes (sistemas de bolsos para esponjas) de forma a melhorar os processos de contagens cirúrgicas e a segurança do doente. Informar e sensibilizar os enfermeiros do perioperatório, para a necessidade de aumentarem os seus níveis de atenção especialmente, no período noturno, durante cirurgias de emergência ou mais prolongadas.

Conclusão

Enumeram vários fatores que consideram de risco relacionados com a ocorrência de contagens cirúrgicas incorretas durante a cirurgia tal como: o tempo de duração do procedimento, contexto, se urgência ou rotina, período do dia ou se houve adição de itens cirúrgicos.

A importância da identificação destes fatores de risco contribui para a promoção, criação e implementação de programas contínuos de formação para os enfermeiros perioperatórios e a obtenção de melhorias nas políticas cirúrgicas.

Estudo 4

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Warwick, V., & Gillespie, B. 2017 Surgical counting: a perioperative nurse's perspective Australian Nursing & Midwifery Journal, 24(10), 39-39. https://europepmc.org/article/med/29280599 Austrália
Metodologia	Estudo Misto (Observação e Entrevistas)
Participantes/Amostra	Grupos focais (Enfermeiros Perioperatório e Membros passados/presentes do Conselho da ACORN)
Objetivos	Desenvolver normas orientadoras para a prática clínica dos enfermeiros no perioperatório.
Resultado	<p>A norma da ACORN “gestão de itens contáveis” fornece uma síntese abrangente das melhores evidências práticas. A sua adoção e cumprimento por parte das instituições de saúde constitui um fator impulsionador do desenvolvimento de políticas e procedimentos relativamente às contagens cirúrgicas, como forma de minimizar o risco de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos.</p> <p>Evidência a necessidade de formação dos enfermeiros do perioperatório, que devem ser possuidores de conhecimentos sólidos, sobre os potenciais riscos que um desvio da prática segura pode acarretar ao paciente cirúrgico e sobre as vantagens de adotar práticas seguras recomendadas. O enfermeiro deve identificar novas recomendações, permitindo uma revisão/atualização das normas atuais da ACORN, no sentido de melhorar a prática no processo de contagem cirúrgica, contribuindo para reduzir o risco de danos infligidos aos pacientes</p>

Estudo 4

intervencionados.

Desenvolver políticas e procedimentos seguros, não é sinonimo de aumento da carga de trabalho dos enfermeiros perioperatórios, mas sim fornecer procedimentos para a prática, baseados na melhor evidência.

Conclusão

Os resultados sugerem oportunidades de melhoria na globalidade das dimensões da segurança do doente no Bloco operatório. Destacam áreas, com necessidades de desenvolvimento urgentes: a necessidade de operacionalizar auditorias internas, incentivar a formação em serviço e a melhoria contínua da cultura de segurança relativamente à prescrição terapêutica, à análise e prevenção de incidentes, à formação e vigilância epidemiológica no âmbito da PPCIRA.

Os resultados obtidos poderão constituir uma referência para investigações futuras.

Desenvolver políticas e procedimentos seguros, não é sinonimo de acréscimo de trabalho para os enfermeiros perioperatórios, mas sim enriquecer a prática, baseando-a na melhor evidência.

Estudo 5

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Freitas, P. S., Silveira, R. C. de C. P., Clark, A. M., & Galvão, C. M. 2016 Surgical count process for prevention of retained surgical items: an integrative review Journal of Clinical Nursing, 25(13–14), 1835–1847. https://doi.org/10.1111/jocn.13216 Brasil
Metodologia	Revisão Integrativa da Literatura
Participantes/Amostra	28 estudos (janeiro de 2003 a dezembro de 2013)
Objetivos	Analisar as evidências relatadas na literatura sobre o processo de contagem cirúrgica para compressas cirúrgicas, instrumentos cirúrgicos e corto perfurantes e identificar lacunas de conhecimento, para futuros estudos sobre o processo de contagem cirúrgica.
Resultado	Identificação de fatores de risco associados com a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, surgindo os erros de contagens, como o fator principal. Os enfermeiros perioperatórios devem assumir a responsabilidade de criar um procedimento para a realização da contagem dos itens cirúrgicos. A correta implementação da contagem cirúrgica pelos enfermeiros perioperatórios pode contribuir para prevenir a retenção de itens cirúrgicos, melhorando a segurança do doente cirúrgico.

Estudo 5

Conclusão

A correta implementação de um processo de contagem cirúrgica pelos enfermeiros perioperatórios pode contribuir para a diminuição da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, aumentando a segurança do paciente cirúrgico.

As evidências resultantes desta revisão podem sustentar a tomada de decisões, possibilitando a elaboração, atualização e implementação de um sistema confiável, para o processo de contagem cirúrgica, pois os enfermeiros perioperatórios desempenham um papel fundamental para concretizar essa prática nas instituições de saúde.

Estudo 6

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Flanagan, M. 2016 Retained Surgical Items (RSI) Journal of Legal Nurse Consulting, 30(1), 34–37. https://www.ijam-web.org/text.asp?2016/2/1/5/183316 Estados Unidos da América
Metodologia	Revisão Bibliográfica
Participantes/Amostra	281 Casos publicados (1909 e 2015)
Objetivos	Recomendações para a prevenção de retenção de itens cirúrgicos. Fornecer aos enfermeiros perioperatórios, a melhor evidência existente como base de sustentação para uma melhor prática, de forma a atender às necessidades fisiológicas, comportamentais e de segurança, do sistema de saúde de uma população diversificada.
Resultado	A evidência existente mostra que a retenção de itens cirúrgicos constitui um problema grave de segurança, relativamente aos procedimentos cirúrgicos, sendo o conhecimento dos fatores de risco associados à sua ocorrência, fundamentais para que os enfermeiros perioperatórios, possam agir de forma preventiva. A ocorrência destes eventos adversos está associada a malefícios para o paciente, consequências profissionais significativas para os profissionais, processos legais e prejuízos para a reputação dos hospitais e sistemas de saúde. O risco de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, não é exclusivo da abordagem cirúrgica laparotômica e a

Estudo 6

evolução para abordagens cirurgias menos invasivas não eliminou o risco desta ocorrência.

Estes eventos adversos ocorrem em contextos de trabalho bastante complexos, sendo vários os fatores considerados predisponentes. Destacam-se os relacionados com fatores humanos: interações entre elementos da equipa, questões relacionadas com liderança e com a comunicação.

Há a necessidade de desenvolver-se processos onde a tecnologia disponível seja utilizada por equipas com formação, para que a eliminação da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, passe da possibilidade à realidade.

As evidências encontradas corroboram e destacam a necessidade de um registo nacional de retenção de itens cirúrgicos.

Conclusão

O conhecimento dos fatores de risco associados à ocorrência de retenção de itens cirúrgicos é essencial para uma prevenção eficaz.

A ocorrência destes eventos adversos está associada a malefícios para o doente, consequências profissionais significativas para os profissionais, processos legais e prejuízos para a reputação dos hospitais e sistemas de saúde.

A relevância da prevenção baseada na formação dos profissionais e em normas e procedimentos de segurança, devem ser implementados e adotados por todas as partes intervenientes para diminuir a frequência desses e de outros “eventos nunca”. Expõem a necessidade de desenvolver processos onde a tecnologia disponível seja utilizada por equipas com formação, para que a eliminação da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos passe “da possibilidade à realidade”.

Estudo 6

Recomendações e diretrizes baseadas na evidência devem constituir o ponto de partida para uma discussão mais abrangente de forma a aumentar a segurança aquando da realização de procedimentos cirúrgicos. A utilização da melhor evidência na prática, por parte dos enfermeiros perioperatórios, aumenta os níveis de segurança dos cuidados perioperatórios prestados.

Estudo 7

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Hempel, S., Maggard- Gibbons, M., Nguyen, D. K., Dawes, A. J., Miake-Lye, I., Beroes, J. M., Booth, M. J., Miles, J. N. V., Shanman, R., & Shekelle, P. G. 2015 Wrong-Site Surgery, Retained Surgical Items, and Surgical Fires: A Systematic Review of Surgical Never Events JAMA Surgery, 150(8), 796–805. https://doi.org/10.1001/jamasurg.2015.0301 Estados unidos da América
Metodologia	Revisão Sistemática da Literatura
Participantes/Amostra	138 estudos (2004 a 30 de junho de 2014)
Objetivos	Examinar a incidência, as causas básicas e as intervenções para prevenir cirurgias em locais errados, itens cirúrgicos retidos e incêndios cirúrgicos no período após a implementação do Protocolo Universal em 2004.
Resultado	A estimativa media da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos é de 1,32 eventos por 10.000 procedimentos cirúrgicos. Cerca de metade dos estudos revelam que, no momento da ocorrência destes incidentes estava em vigor um protocolo de contagem cirúrgica e que os eventos foram descobertos mesmo quando as contagens foram registradas como corretas e/ou após a realização de radiografias de rotina. Identificação de causas e fatores de risco relacionadas com características individuais dos pacientes (o índice de massa corporal que se evidencia como um fator preditor), do próprio procedimento (tipo e duração), com

Estudo 7

falhas ou mesmo má comunicação entre a equipa (falha em comunicar suspeitas) e políticas (tecnologia disponível mas inexistência de orientação específica sobre a necessidade de realização de radiografia, inexistência de normas ou procedimentos de contagem padronizados em vigor ou a não realização de contagens como rotina), bem como variáveis relacionadas com equipamentos, ou ocorrência de eventos intraoperatórios inesperados.

Evidência da necessidade de planos de formação e treino da equipe, da existência de uma base de dados sobre o sistema de contagem cirúrgica, para além de um Protocolo Universal.

Conclusão

Da análise realizada, emerge a necessidade de melhoria dos processos de comunicação.

As evidências científicas disponíveis são insuficientes para sustentar intervenções, existindo vários desafios metodológicos, que impedem a análise destes eventos raros, mas potencialmente devastadores, podendo ser necessário o recurso a diferentes métodos de avaliação e análise.

Estudo 8

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Stawicki, S. P., Cook, C. H., Anderson, H. L., 3rd, Chowayou, L., Cipolla, J., Ahmed, H. M., Coyle, S. M., Marchigiani, R., Adams, R. C., Seamon, M. J., Martin, N. D., Steinberg, S. M., & Moffatt-Bruce, S. D. 2014 Natural history of retained surgical items supports the need for team training, early recognition, and prompt retrieval American Journal of Surgery, 208(1), 65–72. https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2013.09.029 Estados Unidos da América
Metodologia	Estudo de Caso Retrospectivo
Participantes/Amostra	71 casos
Objetivos	Preencher as lacunas de conhecimento existentes, apresentando uma análise centrada na ocorrência de retenção de itens cirúrgicos.
Resultado	Verifica-se que a maioria das ocorrências de retenção de itens cirúrgicos resulta de erros da equipa cirúrgica ou do sistema. O estudo demonstra a importância da formação e treino da equipa relativamente a questões de manutenção e cumprimento de normas de segurança neste âmbito.

Estudo 8

Conclusão

A evidência demonstra que a maioria das complicações por retenção de tens cirúrgicos, pós cirurgia, envolveu erros de equipa e do sistema. Enfatiza a importância do treino da equipa, relativamente a questões de segurança do doente.

A observação de que a remoção precoce dos itens retidos, diminui a morbidade e a sintomatologia destacando a necessidade de identificação e resolução desses casos.

Estudo 9

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Steelman, V. M., Graling, P. R., & Perkhounkova, Y. 2013 Priority patient safety issues identified by perioperative nurses AORN Journal, 97(4), 402–418. https://doi.org/10.1016/j.aorn.2012.06.016 Estados Unidos da America
Metodologia	Estudo Misto
Participantes/Amostra	Enfermeiros especialistas perioperatórios (3.137 questionários eletrônicos anônimos)
Objetivos	Identificar questões relevantes relativas à segurança do paciente, colocadas pelos enfermeiros perioperatórios.
Resultado	Identificação das principais questões que se colocam aos enfermeiros do perioperatório, relacionadas com a segurança do paciente. 61% dos enfermeiros consideraram a prevenção de retenção de itens cirúrgicos como uma das cinco maiores prioridades para a segurança do paciente perioperatório.
Conclusão	As evidências encontradas devem ser utilizadas como ferramentas para abordar questões relacionadas com a segurança. Devem ser guias orientadores para a implementação e desenvolvimento de novos programas de formação e de avaliação de competências, mas mais importante, fornecer um ponto de partida para uma adequada alocação de recursos. Enfermeiros gestores devem utilizar as evidências, priorizando o aumento da qualidade dos cuidados prestados. As lacunas encontradas nos estudos existentes podem ser usadas a nível

Estudo 9

nacional, para priorizar iniciativas futuras, incluindo o desenvolvimento de uma ferramenta de avaliação de risco validada.

Estudo 10

Identificação do Estudo Autor(es) / Ano / Título / Publicação / País	Stawicki, S. P., Moffatt- Bruce, S. D., Ahmed, H. M., Anderson III, H. L., Balija, T. M., Bernescu, I., ... & Cook, C. H. 2013 Retained surgical items: a problem yet to be solved Journal of the American College of Surgeons, 216(1), 15-22. https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2012.08.026 Estados Unidos da América
Metodologia	Estudo de Caso/Controle
Participantes/Amostra	59 casos de RSI e 118 de controle (janeiro de 2003 e dezembro de 2009)
Objetivos	Identificar fatores de risco para a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, objetivando fatores discrepantes referidos em estudos anteriores bem como outros potenciais contribuintes para a ocorrência de retenção de itens cirúrgicos, tais como a presença de estagiários durante uma cirurgia.
Resultado	Destaca a dificuldade de identificação de itens em falta resultantes de uma primeira contagem incorreta, refere que a diminuição do número de contagens incorretas aumenta os níveis de concentração da equipe, possibilitando uma prática mais segura. Confirmaram-se os resultados de estudos anteriores, onde o índice de massa corporal da pessoa intervencionada, a ocorrência de eventos intraoperatórios inesperados e a duração do procedimento estão relacionados com risco de ocorrência de retenção de itens cirúrgicos.

Estudo 10

A possível influência positiva da presença de estagiários na diminuição do risco de retenção de itens cirúrgicos, necessita para ser comprovada em estudo adicional.

Conclusão

As evidências destacam a necessidade das instituições de saúde, possuírem uma política de segurança cirúrgica bem definida, promovendo uma cultura de tolerância zero relativamente a omissões de segurança (possuírem uma abordagem orientada para contagens discrepantes, incluindo recontagem padronizada e exploração da ferida seguida de radiografia e a realização das contagens cirúrgicas ser uma prática obrigatória), estarem despertas para a necessidade de desenvolvimento e realização de mais estudos, bem como para o desenvolvimento de novas abordagens para a redução de retenção de itens cirúrgicos e a criação/implementação de sistemas anónimos de registo da ocorrência de retenção de itens cirúrgicos que permitam estudar melhor a incidência e os riscos associados à ocorrência destes eventos.