



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO A MESTRIA NO CUIDADO À
PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:
a segurança na gestão e controlo dos dispositivos médicos
de uso múltiplo**

Válter Miguel de Gouveia Luís

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.**

Funchal,

2023



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny



Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

**DESENVOLVENDO A MESTRIA NO CUIDADO À
PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA:
a segurança na gestão e controlo dos dispositivos médicos
de uso múltiplo**

Válter Miguel de Gouveia Luís

Orientadora: Professora Doutora Cristina Bárbara Pestana

**Relatório de estágio apresentado à Escola Superior de Enfermagem de S.
José de Cluny para a obtenção de grau de Mestre em Enfermagem Médico-
Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.**

Funchal,

2023

A sabedoria começa na reflexão.

Sócrates

AGRADECIMENTOS

O presente relatório resulta de uma caminhada no sentido da aquisição e desenvolvimento de competências de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, só possível com a colaboração de pessoas e entidades que passo a citar e às quais quero manifestar os meus sinceros agradecimentos:

* Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, pela oportunidade concedida para frequentar este Mestrado;

*Exma. Professora Doutora Cristina Pestana, pela sua orientação;

*Secretaria Regional dos Assuntos Sociais, pela licença de equiparação a bolseiro;

*Ao SESARAM EPERAM e respetiva Direção de enfermagem, pela disponibilidade para fomentar o meu desenvolvimento profissional;

*Ao Hospital Dr. Nélio Mendonça, Hospital Particular da Madeira e ao Hospital de Santa Maria Porto pelas oportunidades de crescimento profissional e científico;

*Raquel, Matilde e Amélia, vocês sabem!

A todos os que, de alguma forma, deram o seu contributo neste percurso.

RESUMO

Este relatório de estágio surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, promovido pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny. A sua apresentação e discussão pública visa a obtenção do grau de Mestre, evidenciando a análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas no curso, em particular nos estágios realizados e ao longo do meu percurso profissional. Sendo detentor do título de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória, atribuído pela Ordem dos Enfermeiros através do processo de certificação de competências, aprofundarei o desenvolvimento de competências de Mestre, fazendo o paralelismo com as competências preconizadas para o Enfermeiro Especialista dessa área de intervenção. Assim, entendo que as práticas clínicas realizadas contribuíram para o aprofundar e sistematizar das competências requeridas para o Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória, através de um pensamento crítico-reflexivo, fundamentado na melhor evidência científica e nos referenciais da Profissão. Visando a mestria na área, permitiram-me, também, identificar diferentes estratégias preventivas para a retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, um problema transversal a todas as unidades de saúde (Berça, I., & Veiga-Branco, M. 2022), mais frequente do que é relatado e associado à falta de adesão ao procedimento da contagem cirúrgica (Warwick et al., 2019) ou alterações na equipa cirúrgica (Susmallian et al., 2016). Realço a oportunidade tida para comparar e refletir sobre a prática em si, suas implicações e responsabilidades éticas e sociais e perceber qual poderia ser a minha intervenção na gestão do risco global e na maximização da prevenção de eventos adversos. Nesta linha, desenvolvi um projeto de autoformação interventivo, intitulado “Promoção da gestão e controlo dos DMUM no perioperatório”, contribuindo para colmatar a inexistência de mecanismos e processos fundamentais para garantir por parte do enfermeiro perioperatório a contagem correta dos instrumentos cirúrgicos, minimizando o risco de retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico.

Palavra-chave: Perfil de competências de Enfermeiros; Enfermagem Médico-cirúrgica; Dispositivo Médico; Cuidados Perioperatórios.

ABSTRACT

This internship report comes within the scope of the Master's Course in Perioperative Nursing, promoted by the Higher School of Nursing of São José de Cluny. Its presentation and public discussion aims at obtaining a Master's degree in the referred area, highlighting the critical-reflective analysis of the skills developed in the course, in particular in the internships carried out, as well as throughout my professional career. Being holder of the title of Perioperative Specialist Nurse, attributed by the Portuguese Nursing Council, through a process of certification of competences, I will deepen the development of master's skills, paralleling the skills recommended for this same Specialist Nurse. Thus, the clinical practices carried out contributed to the deepening and systematization of the skills required for the Specialist Perioperative Nurse, through critical-reflective thinking, based on the best scientific evidence and the references of the Profession. Aiming for Mastery in this area, they also allowed me to identify different preventive strategies for unintentional retained items during surgery. A problem that cuts across all health units (Berça, I., & Veiga-Branco, M. 2022), more frequently than is reported, and associated with lack of adherence to the surgical count procedure (Warwick et al., 2019) or changes in the surgical team (Susmallian et al., 2016). I highlight the opportunity I had to compare and reflect on the practice itself, its ethical and social implications, and responsibilities, and understand what my intervention could be in global risk management and in maximizing the prevention of adverse events. In this line, I developed an interventional self-training project, entitled "Promotion of management and control of medical devices in the perioperative period", contributing to fill in the lack of fundamental mechanisms and processes to guarantee the correct count of surgical instruments by perioperative nurses, minimizing the risk of incorrect surgical counts and preventing retained foreign objects.

Keyword: Practice Nurse`s Scope; Medical-surgical Nursing; Medical Device; Perioperative Care

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN - Association of Operating Room Nurses

BO - Bloco operatório

CR – Central de Reprocessamento

DGS - Direção Geral da Saúde

DM – Dispositivo Médico

DMUM - Dispositivos Médicos de Uso Múltiplo (DMUM)

EA – Evento Adverso

ES – Evento Sentinela

ECTS - European Credit Transfer and Accumulation System

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMC - Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica

EEMCPSP – Especialista Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA - European Operating Room Nurses Association

ESESJC – Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny

ILC – Infecção do Local Cirúrgico

LVSC - Lista de Verificação Segurança Cirúrgica

OMS - Organização Mundial de Saúde

OE - Ordem dos Enfermeiros

PNSD – Plano Nacional de Segurança dos Doentes

RIIQLC - Retenção Inadvertida de Itens Quantificáveis no Local Cirúrgico

TJC – The Joint Commission

UC – Unidade Curricular

UL-PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infecções de Resistência aos Antimicrobianos

.XLSX - Microsoft Excel Open XML Format Spreadsheet

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	9
CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	12
1.1. Enfermagem perioperatória e a gestão dos DM	13
1.2. EEMC à pessoa em situação perioperatória: percurso individual	27
CAPÍTULO II – MESTRIA EM EMC À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	41
2.1. A segurança na gestão e controlo dos DMUM no intraoperatório.....	42
2.2. Conhecimento, sua integração e aplicação.....	53
2.3. Desenvolvimento de soluções, suas implicações e condicionantes.....	57
2.4. Comunicação.....	62
2.5. Autoaprendizagem	65
CONCLUSÃO	68
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	71
APÊNDICES.....	i
APÊNDICE A – INVENTÁRIO KITS CIRURGICOS DO BO	ii
ANEXOS	iv
ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	v

ÍNDICE FIGURAS

Figura 1 – Descrição das funções do enfermeiro perioperatório na gestão de DM	15
Figura 2- Ações e metas delineadas para o objetivo estratégico de aumentar a segurança cirúrgica	23
Figura 3 - Objetivos para cirurgia segura	24
Figura 4 - Exemplo de aplicação do modelo do queijo suíço (Reason, 1990).	27
Figura 5 - Ciclo de descontaminação de DMUM	51
Figura 6 - Ciclo de empréstimo de kit em hospital com central de reprocessamento interna	61

INTRODUÇÃO

A Ordem dos Enfermeiros (OE), desde 2018, no seu Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP), entende o cuidar perioperatório como especializado, diferenciado e com elevados riscos, dada a impossibilidade de a pessoa submetida a cirurgia responder por si própria, atribuindo a esse profissional, a garantia da segurança do cliente. A mesma entidade, no seu Regulamento nº 743/2019, pressupõe que o EEEMCPSP atua em congruência com a consciência cirúrgica na prevenção de complicações para a saúde dos clientes (Rebelo, 2013), maximizando a segurança e a eficácia da organização dos cuidados, conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados à pessoa em situação perioperatória (OE, 2017).

Este reconhecimento da Enfermagem Perioperatória, há muito aguardado pelos enfermeiros que exercem nesse contexto, nos quais me incluo desde 2001, ao exercer num Bloco Operatório (BO), situando-me no nível de perito, segundo Benner (2001), o que em 2019, permitiu-me o reconhecimento com o título de EEEMCPSP em concordância com a certificação individual de competências da OE, enunciada na sua circular informativa CI-CD/2019/2. Contudo, a oportunidade facultada pela Escola Superior de Enfermagem de São José de Cluny (ESESJC) para me candidatar ao Curso Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica (EMC) na área da pessoa em situação perioperatória, possibilitando assim, a maturação dessas competências, resolvi investir e desenvolvê-las no âmbito da segurança cirúrgica da pessoa em situação perioperatória, mais especificamente na gestão dos dispositivos médicos de uso múltiplo (DMUM). Visando um evento sentinela (ES) considerado “tabu” e pouco estudado pelos profissionais (Ministério da Saúde, 2015, referindo-se à Direção Geral da Saúde – DGS, 2010) e muitas vezes desconhecido da própria pessoa vítima desse evento (Biolini et al., 2016), que é referido como o terceiro mais frequente no último relatório anual da *The Joint Commission* (TJC, 2021). Paradoxalmente esse mesmo ES, a retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico (RIQLC), é também reconhecido como um ES subnotificado e também, por essa razão, mal estudado (Endicott et al., 2020; Silver et al., 2020). Realidade que é transposta aos hospitais portugueses (Berça, I., & Veiga-Branco, M. 2022), atribuindo-se a fuga dos profissionais envolvidos à responsabilização, à discordância entre os mesmos quanto à necessidade do seu

reporte (Silver et al., 2020) e à associação deste evento a uma conotação negativa (Bubric et al., 2019), como razões para tal subnotificação.

A RIIQLC reporta-se sobretudo a DMUM (Bubric et al., 2019) ou seus fragmentos e compressas (TJC, 2018), ES que é minimizado pela contagem cirúrgica de todos os dispositivos médicos (DM) e DMUM presentes no campo estéril (DGS, 2010), processo que consensualmente é referenciado como o método mais fiável para a prevenção da RIIQLC (AORN, 2018), desde que se cumpra com todos os momentos preconizados e recomendados internacionalmente, que mesmo assim, não evitam a RIIQLC, pois a contagem cirúrgica também é vulnerável ao erro humano (Warwick et al., 2019) e percebida por Bubric et al., (2019) como complexa e exigente, dado o elevado número de itens quantificáveis, pressão temporal, distrações e interrupções (Zejnnullahu et al. 2017).

Tratam-se de procedimentos e responsabilidade, inequivocamente, da enfermagem perioperatória (Zejnnullahu et al., 2017), nomeadamente nas suas funções de instrumentista e circulante (AESOP, 2013), os dois elementos da sala operatória responsáveis por organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação (Rothrock, 2019); falíveis, contudo, dado que aproximadamente 88% dos casos de RIIQLC, ocorrem após a contagem ser declarada como correta (Zejnnullahu et al., 2017 citando Gawande et al, 2003). Erro com origem referida em diversos fatores e condicionantes, dos quais destaco os passíveis de melhoria, tais como as inconsistências nos métodos de contagem, a existência de um ambiente não favorável e permissivo ao erro (Birolini, et al., 2016), as mudanças não planeadas no decorrer de uma cirurgia (DGS, 2010; TJC, 2018; Bubric et al., 2019; Rothrock, 2019), com a necessidade de utilização de vários kits de instrumentais e afastadores (Zejnnullahu et al., 2017), a falta de comunicação eficaz na sala cirúrgica (Zejnnullahu et al., 2017; AORN, 2018; TJC, 2018; Rothrock, 2019; Gomes et al., 2019; Susmalliam et al., 2022) e o que considero ser o principal, a falta de “...estabelecer e cumprir as políticas e procedimentos para garantir que todos os itens cirúrgicos sejam identificados e contabilizados” (TJC, 2018). A referida gestão de instrumentação, conforme a evidência consultada, deverá ser guiada por protocolos existentes para sua efetivação, referenciando os profissionais envolvidos, registos a efetuar e os procedimentos a ter em caso de falha (Bubric et al., 2021), com um controlo e contagem de DMUM recorrendo a impressos (Fencl, J., 2016; Rothrock, 2019) acessíveis aquando da respetiva contagem (Cambotas & Bilbao, 2000) e seu reprocessamento, dado que qualquer discrepância, em qualquer momento, é uma variação de segurança associada ao risco elevado de RIIQLC (Rothrock, 2019).

Assim, este relatório insere-se na unidade curricular (UC) Estágio com Relatório, sob orientação da Sr.^a Prof.^a Doutora Cristina Pestana e pretende relatar criticamente o percurso na referida área de especialização, evidenciando o desenvolvimento de competências de segundo ciclo, ao descrever a minha trajetória académica neste mestrado, integrando e refletindo cientificamente sobre a sua implicação prática nos cuidados, ao expor as competências de mestre desenvolvidas durante a realização dos ensinamentos clínicos e, em particular, a partir do projeto de autoformação/ intervenção para a promoção da segurança na gestão e controlo dos DMUM no intraoperatório, desenvolvido no Módulo II da UC Estágio com Relatório.

O presente relatório, encontra-se dividido em dois capítulos, em que o primeiro capítulo abordará o cuidar especializado da pessoa em situação perioperatória, enfatizando o papel do EEEMCPSP na segurança e em particular na gestão dos DM, interligado com o meu percurso individual. O segundo capítulo, descreverá o desenvolvimento das minhas competências de enfermeiro especialista combinadas com a aquisição de competências de segundo ciclo nesta mesma área interventiva. Esta narrativa terá por base uma metodologia descritiva e reflexiva com recurso ao pensamento crítico e à fundamentação científica, tão fulcral nos relatórios desta natureza, restringindo-se, contudo, às atividades do enfermeiro instrumentista e enfermeiro circulante, dada a vasta abrangência do tema segurança intraoperatória e pela especificidade funcional dos referidos elementos numa sala operatória, que de uma forma consensual entre os autores e em condições normais, serão os responsáveis pela gestão e controlo dos DM (Warwick et al, 2019). O relatório foi elaborado segundo as Normas Orientadoras para a Elaboração de Trabalhos Académicos preconizadas pela ESESJC – adaptação da APA - *American Psychological Association*, 7^a ed (2019).

CAPÍTULO I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL DO CUIDAR DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

1.1. Enfermagem perioperatória e a gestão dos DM

A atuação da enfermagem num dos mais complexos ambientes para a prestação de cuidados de saúde (Despacho nº 1400-A/2015), muito próprio e específico, como o do BO, é tida como especializada e com alto risco associado (Regulamento Nº 429/2018), tanto para os clientes (Landers, 2015), como para os profissionais (Harris et al. 2022). Atividade que engloba os períodos do pré, intra e pós-operatório, (Regulamento Nº 743/2019) e é desenvolvida quer no campo cirúrgico estéril, na anestesiologia ou em unidades de cuidados pós-anestésicos (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP, 2015), na consulta perioperatória (Regulamento Nº 429/2018), ou em centrais de reprocessamento (*European Operating Room Nurses Association - EORNA*, 2019). Engloba também a atuação de enfermagem no regime de ambulatório, sem necessidade de pernoita, do cliente, em unidades de endoscopia (AESOP, 2015), ou radiologia de intervenção (EORNA, 2019).

Ambientes complexos, que associados à total vulnerabilidade do cliente, derivada da perda transitória da sua autonomia, exigem do enfermeiro perioperatório conhecimentos teóricos associados a uma atuação especializada (Cheng et al., 2017), com desenvolvimento de uma atitude antecipatória de situações de imprevisibilidade. Capacidades passíveis de “treino” através do acúmulo das experiências ao longo da prática e idealmente complementado com formações específicas (EORNA, 2020), que se traduzem na permanente preocupação pela segurança do cliente por parte da equipa cirúrgica, com o compromisso deontológico de primeiro não fazer mal e zelar pelo seu conforto, integridade, privacidade e cumprimento da sua vontade expressa, contra diversos fatores, desde os inerentes à própria condição do cliente, aos ambientais ou aos inerentes à natureza das técnicas empregues e a utilização de inúmeros DM. Estes fatores, predisponentes para a ocorrência de eventos adversos (EA), quase sempre são associados ao erro humano (Landers, 2015; AORN, 2018; OMS, 2019; Higham & Vincent, 2021), e que aumentam significativamente durante uma nova técnica ou procedimento com utilização de um novo DM (Blikkendaal et al. 2018), derivado das denominadas interrupções de fluxo ou perturbações na sala de operações com a cirurgia a decorrer (Silver et al., 2020), como por exemplo, a falta no campo cirúrgico de um DMUM, situação que é considerada bastante perturbadora para a equipa cirúrgica (Silver et al., 2020). Situações de gestão complexa, que exigem a qualificação, experiência e competências próprias, reconhecidas como os pilares da segurança da minha intervenção perioperatória,

adquiridas, segundo o modelo de desenvolvimento de Patricia Benner, (Benner, 2001), com o vivenciar ao longo de anos, de situações da prática clínica, combinadas e suportadas com a evidência e fundamento científico. Esta experiência permite a evolução da competência do profissional no sentido da perícia, com a antecipação das situações de risco, sem perda de tempo, atuando diretamente no problema (Brykczynski, 2021), com conseqüente ganho na qualidade e segurança dos cuidados.

Transpondo esta reflexão para o tema específico da gestão e controlo dos DMUM no perioperatório, considero o referido processo evolutivo de competências, primordial, atendendo a que o beneficiário dos cuidados perioperatórios é alguém vulnerável, fragilizado, que necessita de cuidados específicos e holísticos, conforme enunciado nas referências norteadoras da OE para a prática especializada, que além das competências relacionais, técnicas e científicas, atribui também ao EEMCPSP a

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

Competências que desenvolvi no BO, particularmente em duas áreas complementares (AESOP, 2013), a da instrumentação e circulação, às quais limito o meu desempenho diário. Duas áreas da enfermagem perioperatória que, apesar da sua aparente restrição ao saber fazer e operacionalização (Bilbao, 2005), requerem uma ampla abrangência de conhecimento específico e treino para um adequado e célere nível de resposta, quer na cirurgia eletiva como na urgente / emergente. Facto que associado à limitação geográfica do serviço onde exerço, o único BO central responsável pelo último nível de resposta à emergência cirúrgica, com uma enorme rotatividade entre todas as valências cirúrgicas, aliado à orgânica do serviço e à falta de recursos humanos que permitam a rotação dos enfermeiros pelas três diferentes funções perioperatórias, como elemento em formação, supranumerário à equipa, impedem a minha disponibilidade, treino e a agilidade essenciais para assumir as funções de enfermeiro de anestesia, com um equivalente nível de desempenho. Contudo, como enfermeiro perioperatório que me reconheço, não significa que a área da anestesia seja desconhecida ou ignorada, colaborando sempre que a situação o exija, em situações temporárias e não rotinadas. Reconheço que esta realidade permite um elevado nível de especialização do enfermeiro na sua área de função, que na temática da gestão dos DM, engloba as funções descritas na Figura 1, conforme pesquisa bibliográfica, coincidente entre diversos autores.

Figura 1 – Descrição das funções do enfermeiro perioperatório na gestão de DM

	Previsão de necessidade / Garantir disponibilidade	Contabilização dos DM	Registo de DM implantando
Enf. Circulante	<ul style="list-style-type: none"> • Fornece os DM necessários à intervenção cirúrgica, antevendo necessidades. • Verifica a esterilização, a validade e o estado do invólucro 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora com o enfermeiro instrumentista na contagem das compressas, dos instrumentos e DM 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenchimento da documentação da atuação de enfermagem e protocolos de garantia de rastreabilidade da esterilização dos DM.
Enf. Instrumentista	<ul style="list-style-type: none"> • Descontaminação de materiais no BO quando aplicado • Reposição de itens específicos quando aplicado • Supervisão da reposição de stocks • Preparar instrumentos e equipamentos especiais para esterilização • Identificação do tipo de instrumentos • Conhecimento dos passos recomendados de descontaminação, empacotamento, esterilização e acondicionamento dos diversos DM • Manutenção de equipamento e instrumental 	<ul style="list-style-type: none"> • Executa, com o enfermeiro circulante, a contagem de compressas, instrumentos cirúrgicos e materiais corto perfurantes • No final da cirurgia, confere o instrumental cirúrgico com o enfermeiro circulante, acondicionando-o nos respetivos contentores de transporte. • Remoção e acondicionamento do instrumental para reprocessamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Valida os registos efetuados pelo enfermeiro circulante

Fonte: Bilbao (2005), DGS (2010), AESOP (2012), Duarte e Martins (2014), EORNA (2020)

Resumidamente, para a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) citada pela AESOP (2012), a competência do enfermeiro circulante é na área da prestação de cuidados de enfermagem ao cliente, a manutenção de um ambiente seguro e gestão das atividades fora da área esterilizada. Estas, de acordo com o presidente da EORNA, Karam,

May (2020), não são passíveis de improvisação, e atendendo à temática em apreço, destaco as atividades de verificação e exigência de que:

- os DM são adequados para uso
- há um número adequado de DMUM para o procedimento (para evitar abrir vários pacotes ou recorrer a um sistema de esterilização de uso imediato);
- os indicadores do pacote são colocados no registo do cliente
- O cirurgião está ciente de qualquer falta de equipamento ou DM (OMS, 2018, p. 54)

Nesta mesma área de competência, o enfermeiro instrumentista, organiza o seu trabalho (Warwick et al, 2019), gere eficazmente o tempo cirúrgico e implementa procedimentos de controlo de infeção. Já em 2005, Bilbao referia que a função do enfermeiro instrumentista era prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação, que Rothrock (2019) reforça como tarefas atuais e ainda essenciais, para que a cirurgia decorra nas melhores condições de assepsia e segurança, tais como e atendendo à temática em análise, a certificação de que:

- “a embalagem está intacta
- não há marcas de água de condensação indicando não-esterilidade
- a tira indicadora química está presente e tem uma mudança uniforme de cor
- os DMUM estão limpos
- as superfícies dos DMUM estão intactas” (OMS, 2018, p. 54)

A gestão de instrumentação deverá ser guiada por protocolos existentes para sua efetivação, referenciando os profissionais envolvidos, registos a efetuar e os procedimentos a ter em caso de falha (Bubric et al., 2021), com controlo e contagem de DMUM recorrendo a impressos (Fencl, J., 2016; Rothrock, 2019), com disposição atrativa e de fácil preenchimento, (Bubric et al., 2019; Rothrock, 2019) e que até podem “ser esterilizados com o kit cirúrgico, de modo a estar logo acessível aquando da respetiva contagem” (Cambotas & Bilbao, 2000). Este processo, na opinião de diversos autores, deverá ter ajuda tecnológica, com recurso a chips de rastreamento integrados (AHC MEDIA, 2021), métodos de deteção por radio frequência (Zarenezhad, 2017), ultrasons (Elsharydah, A. et al., 2016) ou numeração sequencial de compressas com leitores de código de barras (Rothrock, 2019).

Qualquer que seja a tecnologia adjuvante utilizada, o processo de contagem de todos os DM inseridos no campo cirúrgico, é definido como um procedimento conjunto, multidisciplinar, com responsabilidade partilhada entre os enfermeiros instrumentista e circulante (AESOP, 2013), situação que atualmente e internacionalmente é consensual, conforme indicado por Zejnnullahu et al. (2017) e por Warwick et al, (2019). Na situação de

ausência do enfermeiro instrumentista, outro elemento da equipa estéril será delegado (Fencl, J., 2016), conjuntamente com o enfermeiro circulante (AESOP, 2013) para a efetivação da referida contagem. Todos os membros presentes na sala de operação, são intervenientes nesse processo, no sentido de contribuir para a sua precisão e eliminação de fatores que podem contribuir para erros (Fencl, J., 2016), em conformidade com o que é entendido como boa prática de contagem, defendida pela DGS (2010), AESOP (2013) e reforçada pela EORNA (2020), prática que se fundamenta nas seguintes premissas enunciadas por Rhothrock (2019):

- Os instrumentos devem ser contados antes do início do procedimento e antes do encerramento da ferida (o primeiro plano de encerramento).
- O número de instrumentos em cada conjunto deve ser padronizado (ou seja, o mesmo tipo e o mesmo número de instrumentos em cada conjunto) e uma lista de cada conjunto usado em cada contagem.
- Os instrumentos com partes componentes devem ser contados individualmente (e não como uma unidade inteira), com todos os componentes constantes (por exemplo, um afastador, três lâminas de afastador, três parafusos).
- Os instrumentos devem ser inspecionados quanto à sua integridade. Todas as peças de um instrumento partido ou desmontado devem ser contabilizadas. Se um instrumento cair ao chão, ou for passado para fora do campo estéril, deve ser mantido dentro da sala de operações até que a contagem final seja concluída.
- Nenhum instrumento deve ser retirado da sala de operações até ao final do processo.
- As contagens devem ser registadas numa folha de contagem ou de registo de enfermagem. Os nomes e funções dos profissionais que executam as contagens devem ser registados na folha de contagem e no processo clínico do doente. (p. 125).

Porém a realidade descrita pelos autores consultados é a de que os DM continuam a ficar retidos em cavidades do corpo dos clientes cirúrgicos, denunciando um problema que não foi resolvido apesar de séculos de esforços (AHC MEDIA, 2021), constituindo efetivamente um dos ES mais denunciados à *The Joint Commission* (TJC) (Endicott et al., 2020), com um número estimado de ocorrências pela AORN (2018) na sua área geográfica de atuação, de cerca de 1.500 cirurgias por ano em que é notificada a retenção, sobretudo de DMUM, como agulhas (Bubric et al, 2019), fragmentos de DMUM e compressas (TJC, 2018). Relatos que expõem o grau de envolvência das equipas de enfermagem perioperatórias na contagem cirúrgica, já que, aproximadamente 88% dos casos de RIIQLC, ocorrem após a contagem ser declarada como correta (Zejnnullahu et al., 2017 citando Gawande et al, 2003), a mesma contagem que a evidência aponta como o método mais utilizado e eficaz para prevenir a retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico (RIIQLC), e que efetivamente reduz a ocorrência deste EA, tal como indicado por Bubric et al. (2019). Situação que induz a AORN (2018), a referir-se à contagem como "...não confiável", e em que os princípios básicos "...não mudaram significativamente ao longo dos anos", concluindo que será "muito importante... que o método de contagem seja consistente, standarizado e

usado todas as vezes em cada paciente", e aplicado a todos os DM e DMUM presentes no campo estéril (DGS, 2010), conforme corroborado posteriormente pela AESOP (2012) em Portugal, e internacionalmente por Bubric et al. (2019) e EORNA (2020).

Atendendo a toda esta situação referenciada, a AORN (2018), percebe a contagem cirúrgica por si só, como insuficiente, recomendando políticas claras, liderança organizacional e profissionais de saúde capacitados. Procedimento referenciado já em 2014, por Duarte e Martins, como um elemento de segurança, que muitas vezes é falsamente percebido como simples, opinião que é partilhada por Bubric et al., (2019), ao descreverem-no como complexo e exigente. Complexidade que Zejnullahu et al. em 2017, atribuíram a fatores como o elevado número de itens quantificáveis, a pressão temporal, as distrações e interrupções inerentes ao ambiente de uma sala cirúrgica que não pára para a realização e conclusão de tal procedimento. Associada à referida complexidade e múltiplos fatores envolvidos, uma efetiva falha na contagem cirúrgica, pode resultar na RIIQLC (Bubric K., 2021) e suas posteriores complicações para o cliente, descritas desde assintomáticas (Biolini, et al., 2016), a uma massa palpável, dor, evoluindo para infeção, (Zejnullahu et al., 2017), perturbações do fluxo intestinal ou até mesmo morte (Rothrock, 2019), podendo ocorrer desde logo após a cirurgia até meses ou anos (Zejnullahu et al., 2017), com um tempo médio referido para a sua descoberta, de 76 dias após a cirurgia (Zarenezhad, 2017). Esta RIIQLC e outras complicações cirúrgicas evitáveis, são percebidas como um problema de saúde pública (Despacho nº 1400-A/2015), e um ES cirúrgico (TJC, 2021), ou seja, não diretamente relacionado ao curso natural da doença ou condição subjacente, resultando em dano temporário grave com necessidade de intervenção para manter a vida, dano permanente, ou morte, com repercussão no bem-estar dos clientes, e no mínimo, à necessidade de um novo procedimento cirúrgico (Zarenezhad, 2017), readmissão e internamento prolongado (Bubric et al. 2019; AESOP 2012), razões pelas quais, a AORN (2018) e outros autores como Gomes et al. (2019) consideram a RIIQLC como o EA que mais traumáticas consequências poderá trazer ao cliente.

Recentemente, autores como Endicott et al. (2020), alertaram para o aumento exponencial do risco da RIIQLC nas cada vez mais frequentes cirurgias híbridas, endoscópicas ou endovasculares, ao chamarem a atenção para o facto de que as contagens padrão recomendadas não se referirem a fios guia, cateteres, bainhas condutoras nem ao seu potencial de fragmentação durante a cirurgia. Todos os referidos DM são essenciais neste tipo de cirurgia, e facilmente podemos não identificar um destes DM fragmentado ou roto,

por falta de uma inspeção cuidadosa, que requer conhecimento prévio da aparência do cateter e inclusivamente, como referem Endicott et al. (2020), atualização, formação específica para este tipo de cirurgia, bem como procedimentos de atuação no caso de ocorrência dessa mesma situação.

Tanto na cirurgia híbrida, endovascular ou na convencional, a evidência indica como principais fatores de risco para a RIIQLC, o carácter emergente de uma cirurgia (DGS, 2010), opinião corroborada por Zejnullahu et al. (2017) e mais recentemente por Bubric et al. (2019) e Rothrock (2019), numa proporção de nove vezes mais provável, que numa cirurgia eletiva (TJC, 2018). Visão da realidade que é contraposta por outros autores, que indicam a predominância dessa RIIQLC nos procedimentos eletivos, justificando essa realidade, com a natureza complicada do caso (Elsharydah, A. et al., 2016), perspectiva à qual Zejnullahu et al. (2017) adicionam a necessidade de utilização de vários kits de instrumentais e afastadores, com a duração prolongada do procedimento cirúrgico (Susmallian et al. 2022).

Um fator de risco, também consensual entre todos os autores consultados, nomeadamente a DGS (2010), Elsharydah, A. et al. (2016), Zejnullahu et al. (2017), Bubric et al. (2019) e Rothrock (2019), é o índice de massa corporal elevado do cliente. Com semelhante nível de evidência, é também referida qualquer mudança não planeada na cirurgia (DGS, 2010; TJC, 2018; Bubric et al., 2019; Rothrock, 2019), numa proporção de quatro vezes maior quando o procedimento se altera inesperadamente (TJC, 2018). Bubric et al. (2019), referindo-se a este fator, preveem que a política organizacional deve especificar a exigência de realizar uma contagem inicial completa em todos os casos endoscópicos e em todos os casos em que uma mudança no procedimento é uma possibilidade e simultaneamente recorrer a estratégias de gestão dos DMUM, para a minimização desse erro, como agrupá-los e organizá-los conforme o registo de contagem, a utilização de um lembrete visual, como um quadro branco na parede, com representação visual da contagem para toda a equipe cirúrgica, referindo-os como especialmente importantes nos casos emergentes, em que é difícil ou impossível completar a sua contagem.

Outros fatores contribuintes para a RIIQLC, são igualmente indicados, tais como, a perda de grande volume de sangue, a abordagem da região anatómica abdominal ou pélvica (Elsharydah, A. et al., 2016), a realização de mais de um procedimento cirúrgico num mesmo cliente, as múltiplas rotações de equipa durante o procedimento (TJC, 2018), o excesso de pessoas na sala (Rothrock, 2019), ou ainda os enfermeiros perioperatórios a desempenhar funções duplas (Warwick et al., 2019; Bubric K., 2021). Como o âmbito deste relatório, visa

as condições de realização de contagem cirúrgica, saliento, dois autores (Rowland & Steeves, 2010) que referenciam o comportamento impróprio, o desrespeito pelos outros profissionais, normas recomendadas e políticas hospitalares, aspetos indicados como causadores de desorganização pessoal, inconsistências nos métodos de contagem e um ambiente não favorável, permissivo ao erro (Biolini, et al., 2016). Outras perturbações, são reconhecidas pela AORN (2018), tais como a música alta, a conversa ociosa ou a distração nos momentos críticos da contagem (Bubric K., 2021), recomendando a referida associação a sua redução dentro da sala operatória.

A quase totalidade dos autores consultados, faz referência às dificuldades de comunicação, como fator potenciador do erro no BO, onde incluem o trabalho numa equipa multidisciplinar, erros e falhas de comunicação, condicionantes que são passíveis de treino e ensinamento com ações de educação permanente e continuada para toda a equipa cirúrgica (Susmallian et al., 2022), defendendo a importância de uma comunicação eficaz na sala cirúrgica (Zejnnullahu et al., 2017; TJC, 2018; Rothrock, 2019; Gomes et al., 2019; Susmalliam et al., 2022), como fundamental para que sejam “capazes de falar se houver uma discrepância de contagem para que toda a equipa cirúrgica possa responder” (AORN, 2018) e “...estabelecer e cumprir as políticas e procedimentos para garantir que todos os itens cirúrgicos sejam identificados e contabilizados” (TJC, 2018).

Verifica-se, pois, uma evidência internacional em perfeita consonância entre si e que justifica as reconhecidas recomendações, normas e práticas seguras (Freitas et al., 2017; AESOP, 2013; DGS, 2013) conforme indicadas para cada um dos referidos postos de trabalho e que deverão ser contextualizadas com as condições em que efetivamente se prestam os cuidados de saúde, que reconhecidamente condicionam a segurança (OMS, 2019) e a efetividade dos cuidados perioperatórios. Guerra (2011), referenciando Verdaasdonk & Etmells (2003), identificam os seguintes fatores como condicionantes da segurança, classificando-os em:

- Organizacionais, (equipamento inadequado, mau planeamento, substituição dos elementos da equipa por outros)
- De contexto (distrações, interrupções),
- De equipa (comunicação, situações inesperadas),
- Individuais (prontidão, fadiga),
- Relacionados com a tarefa (definição da tarefa e seus responsáveis)
- Relacionados com os doentes (obesidade, variabilidade anatómica)

Fatores cujo conhecimento será essencial para fomentar a cultura de segurança, não só com a sua percepção, como também nos comportamentos individuais e organizacionais, fundamental também, segundo Fragata (2010), para possibilitar uma resposta adequada a todos os ES ocorridos, nomeadamente com

...uma resposta formalizada para a equipe envolvida, para o cliente e família, notificação da liderança da organização, investigação imediata, conclusão de uma análise sistemática abrangente para identificar os fatores causais e contributivos, fortes ações corretivas derivadas dos fatores causais e contribuintes identificados que eliminam ou controlam os perigos ou vulnerabilidades do sistema e resultam em melhoria sustentável ao longo do tempo, com recurso a cronograma para implementação e melhoria sistêmica com resultados mensuráveis. (TJC, 2022, p. 7).

A RIIQLC é um evento sentinela reconhecidamente mal estudado, subnotificado e desconhecido, por vezes, inclusivamente do próprio cliente vítima de RIIQLC (Birolini et al., 2016), bem como por parte dos profissionais (Ministério da Saúde, 2015, referindo-se à DGS, 2010), que ainda assim, é identificada no relatório anual da TJC (2021), como o terceiro evento sentinela mais frequente, logo após a queda acidental e o atraso no tratamento. Para Fragata (2011) a RIIQLC é “um dos erros mais representativos do BO, um *never event*, que, quando identificado e reportado, sinaliza a necessidade de investigação, identificação, análise cuidada dos fatores envolvidos, e resposta imediatas com fortes ações corretivas (TJC, 2021). Atendendo à componente multidisciplinar do processo de prestação de cuidados, e uma vez que são prestados por pessoas (OMS, 2019), sinto que esta problemática, deveria despertar no profissional de saúde, a preocupação em relação às práticas de segurança recomendadas, ao planeamento e à gestão desse risco, identificando as “trajetórias de acidente nos cuidados de saúde, aprender com os erros cometidos...” (Fragata, 2009 citado por Correia, *et al*, 2017), embora “...inseridos numa organização, em que o desempenho dos gestores irá influenciar diretamente o comportamento de segurança dos trabalhadores e a ocorrência de erros” (Flynn & Yule, 2004 citado por Correia *et al*, 2017).

Torna-se então fundamental, a gestão deste ambiente perioperatório e do risco, para a prevenção de incidentes, centrado no cliente e promovendo a envolvência adequada ao bem-estar (Regulamento N° 743/2019), no cuidar da pessoa em situação perioperatória, com a conceção de processos de cuidados que garantam que o cliente esteja protegido contra o erro clínico e os seus efeitos adversos, maximizando a sua segurança. Esta, segundo a OE deve ser a “preocupação, o objetivo e a obrigação prática ...” (2011, p. 2) do profissional, vista pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um dos direitos primordiais em saúde” (OMS, 2019) para o cliente, promulgando a DGS (2011) uma

... redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável. Um mínimo aceitável refere-se, à noção coletiva face do conhecimento atual, recursos disponíveis no contexto em que os cuidados foram prestados, em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento. (p.14)

Preocupação que quando aplicada no contexto do cuidado à pessoa em situação perioperatória, é necessariamente englobada na consciência cirúrgica e na maximização de um ambiente seguro, assegurando na prática diária, obrigatoriamente, três das cinco áreas de atuação da enfermagem perioperatória (anestesia, circulação e instrumentação), (Regulamento N° 743/2019), configuração mínima e previsivelmente aumentada, na eventualidade de ocorrência de cirurgia emergente, ou nível de aquisição de competência num grau inicial de algum desses elementos, conforme o previsto na definição de dotações seguras pelo *International Council of Nurses* (2006), como sendo

... o número apropriado de profissionais, com a combinação adequada de conhecimento, aptidões e experiência, que está disponível em qualquer altura para garantir respostas efetivas às necessidades de cuidados dos clientes e a manutenção de um ambiente de trabalho livre de perigos (p. 47)

que se traduz na diminuição da morbilidade e da mortalidade, da ocorrência de EA, menos tempo de permanência no hospital e maior satisfação dos clientes (ICN, 2006), devendo para tal, cada elemento integrante das equipas de BO, ter cada uma das suas funções bem definidas, para que cada um saiba, em todo o momento, o que é esperado de si, com enfermeiros suficientes (AESOP, 2012) e aptos (EORNA, 2020). Segurança na sala operatória, que se coaduna com a própria perceção por parte do profissional, dessa

implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais veem o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões. (DGS, 2011, p. 5).

Nesta sequência e por essa razão, foi implementado em Portugal, desde 2014, um questionário bianual - “Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais Portugueses”, a preencher por todos os profissionais de saúde e colaboradores, com exercício de atividades superior a 3 meses (DGS, 2020). Questionário que engloba dimensões como as ações de promoção da segurança do cliente, apoio à segurança do cliente pela gestão, perceções gerais sobre a segurança do cliente e comunicação do erro, dimensões relevantes para a promoção da cultura de segurança cirúrgica promulgada com o Despacho n.º 9390/2021 que aprovou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026,

depois de nos últimos cinco anos o PNSD, ter efetivado, em Portugal, as normas internacionais para a cirurgia segura, conforme evidenciado na Figura 2.

Figura 2- Ações e metas delineadas para o objetivo estratégico de aumentar a segurança cirúrgica

OBJETIVO ESTRATÉGICO	AÇÕES	METAS PARA O FINAL DE 2020
3 - Aumentar a segurança cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilizar o sistema de registo da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) em todos os BO. • Registrar a utilização da LVSC. • Auditar, mensalmente, a utilização da LVSC em, pelo menos, 10% do total de cirurgias efetuadas no mês homólogo ao ano anterior. • Incluir a taxa de registo de utilização da LVSC institucional nos contratos programa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar em 95% das cirurgias a LVSC. • Reduzir a taxa de não conformidade da utilização da LVSC em 5% face ao ano anterior. • Reduzir anualmente em 1% a taxa de incidentes cirúrgicos inadmissíveis.

Fonte: <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>

Destas metas, destaco naturalmente, a necessidade de “utilização real” de listas de verificação, com o objetivo de evitar falhas em procedimentos e contagens, evitando a suposição de estar conforme, e naturalmente exposto a um maior risco de falha, se não efetivamente confirmada, com recurso a listagem. Quanto ao PNSD para 2021-2026, propriamente dito, destaco dois dos seus pilares, que considero como a justificação e reconhecimento para o desenvolvimento deste projeto, nomeadamente:

- **A Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente**, com vista ao desenvolvimento de sistemas de notificação de incidentes de segurança do cliente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua, e de proteção do notificador.
- **Práticas seguras em ambientes seguros**, que evidencia que os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e

confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

Considerando a problemática em questão, também Fragata (2011), enumerou medidas proactivas e retroativas, no sentido de minimizar os EA no BO, as quais considero necessárias e sempre atuais, tais como:

- A *checklist* cirúrgica (que entre outros itens, refere e evidencia a realização da contagem dos DMUM)
- As *checklists* de material e de procedimentos (Existência de protocolos de contabilização)
- Monitorização de EA (sensibilização para a participação ao gabinete de gestão do risco, de situações diárias, que por vezes ignoradas e toleradas pela equipa).

Trata-se de um conjunto de medidas para a melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança dos clientes, que no contexto do programa Cirurgia Segura Salva vidas (DGS, 2013), evidencia uma mudança de atitude, “despertando-me” para uma “cultura de segurança eficaz”, que tive a oportunidade de vivenciar, com a implementação dos sistemas de gestão de risco clínico e não clínico (DGS, 2011, p. 5-6) e ao ser-me atribuída, a corresponsabilidade pela implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) no BO onde exerço, numa tentativa de cumprir com os dez objetivos para uma cirurgia segura, comuns a todos os BO do Sistema Nacional de Saúde (SNS) e que apresento na Figura 3.

Figura 3 - Objetivos para cirurgia segura

1	A equipa vai operar o doente certo, no local correto.
2	A equipa vai usar métodos já conhecidos para evitar danos decorrentes da administração de anestésicos, protegendo o doente da dor.
3	A equipa vai identificar e estar efetivamente preparada para atuar perante sinais e sintomas de risco de vida ou de falência respiratória.
4	A equipa vai identificar os sinais/sintomas e estar efetivamente preparada para atuar face ao risco de elevada perda de sangue.
5	A equipa vai evitar a indução de uma reação alérgica ou reações adversas a medicamentos relativamente aos quais existe risco significativo para aquele doente.
6	A equipa vai utilizar sistematicamente métodos conhecidos para minimizar o risco de infeção do local cirúrgico.
7	A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou

	compressas em feridas cirúrgicas.
8	A equipa vai acondicionar e identificar com precisão todas as amostras cirúrgicas.
9	A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos.
10	Os hospitais e os sistemas de saúde pública vão estabelecer vigilância epidemiológica de rotina que permita monitorizar a capacidade cirúrgica, o volume e os resultados.

Fonte: DGS (2010)

Destaco naturalmente os três momentos de preenchimento da LVSC (Anexo A), como método para reforçar as práticas de segurança (EORNA, 2020) e promover uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar (Despacho nº 1400-A/2015):

- Antes da indução anestésica (*Sign in*),
- Depois da indução e antes da incisão na pele (*Time out*),
- E antes do cliente sair da sala de operações (*Sign out*).

Trata-se de um conjunto de momentos sequenciais, que constam da LVSC, aos quais a EORNA (2020), acrescenta o *briefing*, ainda antes do *Sign in*, para a equipa conhecer e discutir os principais assuntos clínicos relacionados com os clientes do dia e disponibilidade de implantes ou exames essenciais ao procedimento; adiciona ainda, no final da LVSC, o *debriefing* com o intuito de a equipa discutir falhas a melhorar para o próximo dia. Todos estes momentos centram-se no enfermeiro circulante e representam uma oportunidade única para promover a comunicação em equipa, tão necessária à segurança, como ressalva Fragata (2011). A verificação inicia-se com o *Sign in*, momento em que é confirmada a identidade do cliente (se possível), a cirurgia, local, marcação, consentimento. É confirmado com o anestesista a necessidade de sangue, alergias, fármacos, equipamentos, sendo ideal que o cirurgião esteja presente na sala como alerta Pinheiro, (2009). No segundo momento, no *Time out*, a equipa deve fazer uma pausa antes da incisão e confirma em voz alta a cirurgia e o local a intervir. Todos os elementos devem verbalizar os pontos importantes da sua atuação. É confirmada a antibioterapia e a profilaxia tromboembólica.

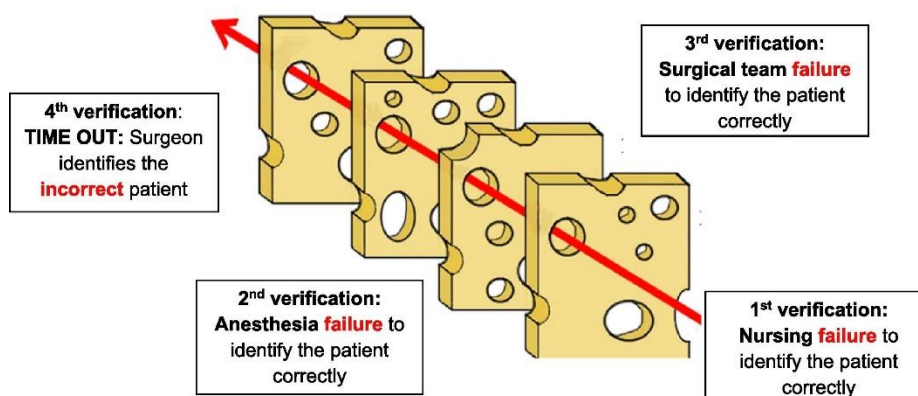
No terceiro e último momento da verificação, antes do final da cirurgia, no *Sign out*, a equipa refere a cirurgia realizada, confirma a contagem das compressas, instrumentos e

corto perfurantes, o acondicionamento e rotulagem dos espécimes a analisar. Nesta fase prevê-se as necessidades do cliente para o pós-operatório (EORNA, 2020).

Em 2013, reforçando a importância da LVSC como um instrumento que “garante maior segurança” (Ministério da Saúde, 2015, p. 44) e diminuição da probabilidade de acidentes evitáveis e erros de procedimentos (Carvalho, 2011), é determinada a sua obrigatoriedade de aplicação, com a entrada em vigor da norma Cirurgia Segura, Salva Vidas (DGS, 2013), evidenciando a intenção de prestar cuidados de saúde seguros, efetivos e eficazes, com recurso e desenvolvimento de um programa eficaz de gestão de riscos, que permita identificar, analisar, avaliar, priorizar, tratar e monitorar riscos (Carvalho, 2011).

A referida gestão de riscos, inicia-se com um passo fundamental, que é o reconhecimento pelos profissionais (OE, 2006) e notificação dos erros, permitindo o seu estudo e aprendizagem a partir dos erros e EA uns dos outros (Correia *et al.*, 2017), evitando a sua repetição, e possíveis danos para a saúde das pessoas envolvidas, além do aumento de custos nos cuidados prestados (Landers, 2015; OMS, 2019), através da perceção da génese dos acidentes em organizações complexas. Nesta ótica, Reason (2000) mencionado por Correia, *et al.* (2017) propôs o modelo do queijo suíço, conforme ilustrado na Figura 4, teoria que defende que os acidentes são causados por pessoas boas que trabalham em sistemas maus, em conformidade com ideia similar defendida por Fragata em 2011, ou que pelo menos influenciam grandemente no desempenho dos profissionais (Higham & Vincent, 2021). Sistemas que estão dotados de barreiras em posições chave para evitar erros e que de uma forma ideal, cada barreira estaria intacta; no entanto, estas barreiras apresentam falhas, que podem ser ilustradas como os orifícios do queijo suíço, em constante mutação, a abrir, a fechar e a mudar de localização. Note-se que a presença de um orifício/ falha, por si só não se revela ser um mau resultado, que ocorre, aquando do seu alinhamento em todas as barreiras, evidenciando nesse momento, uma trajetória de oportunidade de risco para o cliente. Perceção que nos direciona para uma gestão de riscos proativa em vez de reativa (Higham & Vincent, 2021).

Figura 4 - Exemplo de aplicação do modelo do queijo suíço (Reason, 1990)



Fonte: <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2018.12.002>

Há que referir que quanto maiores as falhas na segurança e menores os alarmes de defesa, maior a probabilidade de ocorrência de acidentes (Fragata, 2010), o que para Lima (2011) na prática diária do profissional de saúde, quando resulta algum dano para o cliente, é incontestável que o profissional tem de alterar a sua forma de atuação, a sua conduta profissional. Ainda, se for o caso, é essencial mudar as condições em que as pessoas trabalham, promovendo assim a qualidade dos serviços prestados, cuidados de excelência que assegurem a segurança do cliente (OMS,2019). Esta perspetiva defende que o erro permite-nos aprender, refletir sobre a nossa prática diária, para podermos melhorar e amadurecer como profissionais de saúde, integrados num sistema organizado para melhoria contínua da qualidade.

Consciente desta realidade, e no contexto do Módulo II da UC Estágio com Relatório, propus-me desenvolver um projeto de autoformação / intervenção com o propósito de alertar e simultaneamente minorar a probabilidade de ocorrência de falhas na contagem dos DMUM no perioperatório, atuando exatamente nas condições em que essas contagens são realizadas, confirmadas e registadas. Toda a referida reflexão associada à tentativa de implementação de medidas para promover maior segurança, são entendidas por Fragata (2009) citado por Correia, *et al.* (2017), como essenciais e necessárias dentro da instituição, medidas às quais ainda acrescentam, o registo e a notificação dos erros, e uniformização dos protocolos.

1.2. EEMC à pessoa em situação perioperatória: percurso individual

Considero o ambiente perioperatório, com a sua reconhecida complexidade, inovação tecnológica e interação multidisciplinar (Ministério da Saúde, 2015), um cenário adequado

para a prática e desenvolvimento dos cuidados de enfermagem especializados e todas as suas competências científicas, técnicas e humanas, conforme descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (OE, 2019). Ambiente, onde, desde a conclusão do Curso de Licenciatura em Enfermagem, no ano 2001, diariamente cuido do cliente cirúrgico, o que me obrigou a um alargado período de integração nas suas três áreas de função, nomeadamente, a instrumentação, circulação e anestesia, incluindo nesta última, a unidade de cuidados pós anestésicos. Integração que me permitiu conhecer e assimilar o papel do enfermeiro no BO, enveredando, posteriormente, por necessidade do serviço, pela área de instrumentação/circulação. Área que exerço a um nível operacional, nas equipas da ortopedia, neurocirurgia, otorrinolaringologia e urologia, aquando da cirurgia eletiva, o que não invalida o meu desenvolvimento profissional noutras funções relacionadas com a gestão / formação, das quais destaco as seguintes:

- Colaboração com a gestão dos recursos materiais / equipamentos, mais especificamente na gestão de stocks, pedidos de reposição / reparação, acondicionamento, manutenção, escolha e avaliação do custo benefício dos mesmos em concursos para aquisição.
- Colaborador na responsabilidade de ortopedia no BO, no que concerne a normas de orientação clínica, procedimentos cirúrgicos e organização.
- Responsável do serviço pela segurança cirúrgica do cliente.
- Corresponsável pela introdução e operacionalização da LVSC no serviço.
- Integração de novos enfermeiros no serviço, conforme o protocolo de integração.
- Participação na formação interna do serviço formal e informal.
- Colaboração no processo de acreditação do serviço.
- Orientação de estudantes aquando de estágios académicos no BO.

Revejo, agora, como uma oportunidade, o início de funções nesta área perioperatória, inserido num BO com resposta a todas as valências cirúrgicas e porta aberta para a cirurgia emergente nas 24 horas diárias, última linha de resposta, pela imposição geográfica de ser o único de uma ilha com a terceira maior densidade populacional do país. Situação que me proporcionou a diferenciação em todas as especialidades cirúrgicas e capacidade de cooperação com todas as classes profissionais necessárias para tal resposta, ao integrar a equipa de urgência, em esquema de horário rotativo, cenário que me proporcionou a vivência de múltiplas situações de difícil conciliação da qualidade e rigor pretendidos e exigidos a uma

equipa cirúrgica, com a reposta emergente essencial ao cliente em risco de vida. Dificuldade a que respondi com investimento na formação permanente e com o aperfeiçoamento das minhas competências, nomeadamente, com a frequência de dois cursos, o *Definitive Perioperative Nurses Trauma Care* e o *Medical Response to Major Incidents*, que me permitiram integrar a equipa de trauma do BO, especificamente criada em 2010, como plano de resposta a eventual incidente major.

Formação permanentemente aperfeiçoada e desenvolvida, com recurso à autoformação através da consulta trimestral das publicações periódicas da AESOP, participação em reuniões, workshops, cursos práticos, com a apresentação e discussão de comunicações livres / póster em congressos nacionais. Contributos que considero importantes na minha aprendizagem, alicerçada nos mais recentes conhecimentos teóricos, na partilha de conhecimentos e experiências reais com colegas peritos, que revejo como essenciais para a minha progressão no contínuo de aquisição e desenvolvimento de competências, de competente a proficiente e perito, conforme preconizado por Benner (2001), autora que reconhece o seu valor quando aliadas à aprendizagem experiencial e ao treino da perícia profissional, descrevendo-as como essenciais na evolução para a excelência da prática dos cuidados. Intercâmbios que possibilitaram o *transfer* para o serviço, com posterior adaptação e reflexão crítica por parte da equipa, das mais recentes normas, recomendações e procedimentos essenciais à nossa atuação profissional, tais como:

1. O vestuário do bloco operatório
2. O uso de antissépticos no bloco operatório
3. Desinfecção do campo operatório
4. Preparação pré-cirúrgica das mãos
5. O uso de luvas no bloco operatório
6. Técnica asséptica cirúrgica
7. Utilização de campos cirúrgicos
8. Manipulação e armazenamento de material estéril no bloco operatório
9. Utilização de eletrocirurgia
10. Utilização de garrotes pneumáticos
11. Contagem de compressas, instrumentos e materiais corto perfurantes
12. Desinfecção de materiais: o uso de desinfetantes no bloco operatório
13. Tratamento de instrumentos cirúrgicos
14. Tratamento de material de vídeo-cirurgia
15. Limpeza e desinfecção do equipamento anestésico
16. Higienização das salas de operações
17. Fatores ambientais no bloco operatório
18. Cuidados a pessoas com doença de Creutzfeldt Jakob
19. Utilização de proteções respiratórias
20. Uso de latex no bloco operatório
21. Prevenção da cirurgia no local errado, do procedimento cirúrgico errado e da pessoa errado
22. Dotações seguras em ambiente perioperatório
23. Utilização de agentes anestésicos inalatórios
24. Segurança no reprocessamento de instrumentos cirúrgicos reutilizáveis, cedidos em regime de empréstimo (AESOP, 2013, p.2).

Aprendizagem, complementada com a frequência de uma pós-graduação em enfermagem perioperatória, no ano de 2013, a primeira na ESESJC, desenvolvida ao longo de três módulos com uma duração total de 750 horas, (325 horas de contacto e 425 horas de trabalho individual), nas quais consegui aperfeiçoar e adequar os cuidados a prestar ao cliente perioperatório, nomeadamente na sua fundamentação e processo de tomada de decisão. Etapa académica, reconhecida com 30 European Credit Transfer and Accumulation System (ECTS), que além de proporcionar formação específica na área perioperatória, permitiu a elaboração de um protocolo de serviço, com o desenvolvimento de um projeto de autoformação, que direcionei para os cuidados intraoperatórios a um cliente submetido a cifoplastia, técnica minimamente invasiva para tratamento de fraturas vertebrais, na área interventiva da neurocirurgia, que à data, no meu local de trabalho, era tida como muito recente e problemática na área de atuação do enfermeiro instrumentista, nomeadamente com a preparação do cimento ósseo e respetivo tempo de secagem, com frequente obstrução das cânulas de injeção, comprometendo o resultado esperado do procedimento, obtendo ganhos práticos nos tempos de aprendizagem da referida técnica, tida atualmente como não complexa e rotineira.

Caminhada que influenciou diretamente a minha capacidade de atuação, em conformidade com as práticas recomendadas, reconhecidas como o fundamento da especialidade de enfermagem na atividade perioperatória (EORNA, 2019) e embrionárias das competências reconhecidas para os EEEMCPSP (AESOP, 2015), explícitas no Regulamento de competências específicas do EEEMCPSP (Regulamento 429/2018) e demonstrativas de um evidente processo evolutivo profissional nesta área de intervenção. Trata-se de uma pretensão antiga e partilhada entre a grande maioria dos profissionais de enfermagem do perioperatório, com os quais me identifico por, teimosamente, aguardar pelo reconhecimento da sua área de intervenção, como especialidade. Este reconhecimento acontece em 2018, momento em que a OE subdivide a EMC por cada contexto de intervenção e destinatário dos cuidados, atribuindo como alvo de intervenção, a promoção da saúde, a prevenção de EA, o tratamento da doença e aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a experienciarem processos cirúrgicos e anestésicos, no ambiente deste ramo da EMC, o perioperatório. Neste contexto foi-me atribuído o título de EEEMCPSP, em 2019, por essa mesma entidade, reconhecendo desse modo a minha experiência profissional, colaboração em diversos projetos relacionados com a enfermagem perioperatória e formação pós-graduada

nessa mesma área, conforme o previsto na circular informativa 07/08/2019, N°:CI-CD/2019/2 da OE.

Não satisfeito e querendo estar envolvido na constante evolução da enfermagem perioperatória ingressei no presente Curso de Mestrado em EMC, o primeiro na vertente perioperatória em Portugal reconhecido pela OE, ministrado pela ESESJC e acreditado pela Agência de Avaliação e Acreditação do Ensino Superior, cujo plano de estudos atribui 90 ECTS em três semestres. Trata-se de um tempo que considero privilegiado, para rever / debater, desenvolver e sistematizar novos conhecimentos, decidindo por essa razão, frequentar todas as UCs, mesmo as creditadas, de acordo com o estipulado no Regulamento n°507/2019, assimilando o conhecimento científico partilhado pelos professores peritos, nas UCs de Enfermagem Profissão e Disciplina, Ética e Deontologia, Gestão de Unidades de Saúde e de Enfermagem e investigação, com a frequência do tronco comum aos cinco ramos da EMC, nas suas componentes teóricas e com a elaboração de trabalhos escritos avaliativos. Já na vertente prática do curso, durante os ensinamentos clínicos, a partilha de experiências com os colegas peritos, EEMC e com os enfermeiros gestores dos serviços visitados, permitiu perceber esta dinâmica e aquisição de competências, como a capacidade de realizar atividades consistentemente de maneira segura, com a flexibilidade para mobilização de todos os meus conhecimentos anteriores, e adaptá-los a um contexto específico (Le Boterf, 2015), articulando com o conhecimento, atitude e a prática (Camargo et al, 2018), atingindo um nível aprimorado de conhecimento, percepção e avaliação (WHO & ICN, 2009).

Como experiente EEEMCPSP, depreendo que só com uma atuação prudente, será possível uma eficaz atitude antecipatória dos riscos, resultando em melhores cuidados para a pessoa a experienciar uma situação perioperatória, atuação que tentarei resumir, referindo-me às atividades diárias em conjunto com as atividades desenvolvidas nos campos de estágio, interligando com as duas competências específicas e suas unidades de competência e critérios de avaliação, que se coadunam e interligam com as reconhecidas competências de mestre, nomeadamente na determinação e implementação diária dos cuidados a prestar, avaliação prévia, planeamento e otimização dos recursos existentes para cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa, e para a maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento n° 429/2018).

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

significativa

Dada a natureza do serviço onde exerço, atribuo extrema importância à comunicação interpessoal, limitado, contudo, no que concerne ao contacto com os familiares / pessoa significativa, com quem tento estabelecer uma relação de ajuda, com o cuidado de assegurar a compreensão da informação transmitida, recorrendo a estratégias facilitadoras da comunicação se necessário. Capacidade que pude treinar e desenvolver, nos ensinamentos clínicos, em especial no Módulo I – Cirurgia Ambulatório, onde o referido contacto com os familiares do cliente se encontra facilitado, dada a natureza dos cuidados prestados ao cliente e a intenção do seu regresso a casa no próprio dia, com necessidade de ensinamentos aos familiares, para tal regresso. Enquanto no BO, está descrito, que o principal momento de contacto com familiares é aquando da realização da visita pré-operatória, a qual considero primordial para a capacitação da pessoa e família/pessoa significativa para a gestão de todo o processo cirúrgico, apoio bio-psico-social e familiarização com o ambiente do BO. É também neste momento da visita que o enfermeiro se consegue aperceber das necessidades individuais para a cirurgia e período pós-operatório, permitindo a diminuição do medo e ansiedade pré cirúrgicos através de um relacionamento empático, garantindo a continuidade dos cuidados (Pires e Rego, 2016). Todas as referidas intervenções são reconhecidas como promotoras de vários benefícios, nomeadamente, o envolvimento da família neste objetivo de melhorar a saúde do familiar (Hetland et al., 2019), embora na minha realidade, muito limitadas quanto ao tempo disponível para a sua realização, relegando por essa razão, o meu primeiro contacto com a pessoa /família para o momento do acolhimento, aquando da sua chegada ao BO.

A admissão de um cliente no BO, pressupõe a preparação, verificação e disposição prévia da sala operatória, condições de ciclagem do ar, pressão positiva, valores de temperatura e humidade, bem como de todos os seus equipamentos essenciais. Pressupostos de segurança, essenciais a todos os clientes, assegurados pelo enfermeiro, para que no momento de admissão, esteja disponível para as necessidades individuais do cliente e cirurgia que se irá concretizar. Momento em que colaboro na transferência do cliente para uma maca / marquesa operatória, de uso exclusivo no BO, com o intuito de evitar entrada da cama na zona restrita e semi-restrita do BO (ACSS, 2011; AESOP, 2012; EORNA, 2020), com recurso a um *transfer* aquecido, que é complementado com um lençol quente/ manta térmica, promovendo desse modo, a normotermia, conforme recomendação da OMS (2018), fortemente suportada pela evidência (DGS, 2022), com o objetivo de reduzir a infeção local

cirúrgico (ILC), medidas que são perpetuadas durante o procedimento cirúrgico com o aquecimento do corpo do cliente. Breve nota para o banho prévio à cirurgia, o qual deve incluir uma lavagem do corpo inteiro com Clorexidina a 2%, conforme preconizado pela UL-PPCIRA, na noite anterior à cirurgia e duas horas antes do procedimento cirúrgico, embora a OMS (2018), deixe em aberto o tipo de sabão a utilizar e o tempo para o referido banho, devido à baixa evidência que o comprove, salientando apenas a importância de um banho antes da cirurgia. Nota também para a tricotomia no local da cirurgia que, apenas se necessária, deve ocorrer imediatamente antes de entrar na sala operatória e sempre com recurso a máquina, porque associada a menor incidência de infeções do local cirúrgico do que quando realizada com lâmina (OMS, 2018; Bashaw & Keister, 2019).

Nesta etapa, e excetuando a cirurgia emergente, conforme o enunciado nos termos do Decreto-lei 156/2015, Capítulo VI - Deontologia Profissional, no seu artigo 105º, o cliente só poderá ser admitido com o seu explícito consentimento cirúrgico e anestésico, devidamente formalizado e assinado. Trata-se de uma responsabilidade médica, mas dada a reconhecida situação de vulnerabilidade do cliente, considero que o enfermeiro deverá garantir, conforme a vontade do cliente, o conhecimento do resultado expectável e riscos associados ao procedimento cirúrgico planeado, disponibilizando, se necessário, informação sobre o procedimento, circuitos do BO, respondendo a eventuais dúvidas, com o intuito de reduzir o seu nível de ansiedade. São, igualmente, recolhidas informações acerca de antecedentes clínicos ou alergias conhecidas, número de horas de jejum e presença de próteses dentárias removíveis ou adornos. É confirmada a identidade do cliente, a bilateralidade (se aplicável), cirurgia proposta, disponibilidade do pedido de transfusão sanguínea ou autotransfusão (se necessária) e em colaboração com a equipa anestésica são realizados alguns dos procedimentos da preparação pré-anestésica, como a colocação de um acesso periférico, monitorização sinais vitais, e conforme recomendação condicional, com qualidade moderada da evidência (OMS, 2018), os clientes recebem uma fração de oxigénio inspirado intraoperatória, com o intuito de manter saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95%, (DGS, 2022) com vista a reduzir o risco de ILC. Pretensão coadjuvada com a efetivação da antibioterapia profilática, também neste momento, conforme recomendação categorizada como fortemente suportada pela evidência (DGS, 2022), que deverá ser efetuada atempadamente para o seu pico de atuação coincidir, com o ato cirúrgico (Bashaw & Keister, 2019); este período considera os 120 minutos antes da incisão (OMS, 2018), ou os 60 minutos antes da incisão (DGS, 2022). No período de admissão é igualmente administrada outra

medicação, se prescrita e se aplicável, e em conjunto com o cirurgião, é esclarecida a necessidade de tricotomia. Resumidamente, neste período, é seguido e validado o primeiro momento da LVSC, o *Sign In*, anteriormente abordado e que é considerado como primordial para a prevenção de complicações indesejadas, tais como, o risco de aspiração devido a um jejum não respeitado, queimaduras da pele pela permanência de adornos metálicos, reações anafiláticas, ILC, cirurgia ou local errados, entre outros (EORNA, 2020).

- Maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Qualquer que seja a cirurgia a realizar, são necessários meios de monitorização, protocolos para controle glicémia (OMS, 2018), terapêutica para gestão da dor, operacionalidade de múltiplos equipamentos, garantia prévia da disponibilidade de determinados DMs e um posicionamento cirúrgico específico, conseguido em conjunto com o cirurgião e com o anestesista, permitindo o acesso à área anatómica a ser intervencionada e simultaneamente evite interferências no equilíbrio hemodinâmico, ventilatório ou a ocorrência de lesões nervosas, vasculares ou cutâneas associadas ao tempo previsto para tal posicionamento (EORNA, 2020). Trata-se de um momento de “azafama multidisciplinar”, simultâneo à preparação da mesa cirúrgica pelo enfermeiro instrumentista, com a colaboração direta do enfermeiro circulante, que culmina no momento denominado *Time Out*, imediatamente antes do início da cirurgia, no qual, todos estes elementos têm a responsabilidade de parar a atividade da sala e verificar se asseguradas todas as condições de boa prática e dotações seguras para o início do procedimento cirúrgicos (OMS, 2010). Constitui um momento reflexivo para toda a equipa questionar, se as regras elementares de assepsia e de manipulação de material esterilizado foram respeitadas, reconfirmar a identidade do cliente, lateralidade e, logicamente, a disponibilidade / funcionalidade de todos os DMs necessários. Destacando, naturalmente, a necessidade de confirmação de que todos os DMs, estão contabilizados e registados, contabilização, que deverá ser novamente repetida antes do encerramento cirúrgico e no final da cirurgia, antes do envio para o reprocessamento (no caso dos DMUM), como medida preventiva da RIIQLC (EORNA, 2020). Momento que considero importante, dado que o registo garante a continuidade dos cuidados, principalmente na situação de substituição de equipas ou qualquer intercorrência, pois assegura a existência de documentação precisa que possibilita o conhecimento do material envolvido no procedimento,

a rastreabilidade dos DMs utilizados (EORNA, 2020) e possivelmente implantados (AESOP, 2012), otimizando a complementaridade das intervenções dos profissionais da toda a equipa interdisciplinar, especialmente na necessidade de uma eventual reintervenção, indicando com certeza o tipo e tamanho dos implantes colocados na cirurgia anterior.

Neste momento, e como EEEMCPSP, afeto a um posto de trabalho, assumido pela OE (Regulamento 743/2019) como adequado, e elemento responsável por gerir os riscos ligados à minha atividade e ao ambiente cirúrgico (Rebelo, 2013), constato que esta problemática da RIIQLC, encontra-se intrinsecamente relacionada com a não efetivação do estipulado na Norma n.º 002/2013 (DGS, 2013), e desrespeito pela importância da preparação do ambiente cirúrgico seguro para todos os intervenientes, pela falta de cultura da consciência cirúrgica e pelos três momentos essenciais, identificados na LVSC para o BO, conforme o estipulado no PNSD 2010-2015 (Despacho nº 1400-A/2015) e disseminado por mim, aquando da sua implementação em 2010, como elemento corresponsável por tal implementação. Assim, e considerando a oportunidade de, em contexto académico, contribuir para o fortalecimento da cultura de segurança no BO, propus-me analisar toda a referida problemática, através da elaboração de um projeto de autoformação, com o planeamento de atividades a desenvolver nos estágios, em particular no de opção, na UC - Estágio com Relatório.

Análise que se iniciou pelos fatores ambientais dos serviços envolvidos – BO e CR, aqueles que pretendo influenciar e sabendo de antemão que não existe um projeto arquitetónico *standard* e ideal (ACSS, 2011), existindo apenas recomendações técnicas. Assim, deparo-me então com condições ambientais não ideais, que considero, facilitadoras e potenciadoras do erro no espaço dedicado à contagem e verificação dos DMUM para o seu reprocessamento, tendo sugerido a adição de terminal informático, o qual, permitiria o acesso dos profissionais às listagens de DMUM que constituem os kits cirúrgicos, as quais, se transpostas para o formato digital já não necessitariam de ser rasuradas, como atualmente se encontram, possibilitando inclusivamente a sua atualização quando necessária, no momento, por exemplo, no caso de algum DMUM danificado e sua consequente retirada do kit a que pertence para reparação, não induzindo em erro o profissional responsável pela sua contagem numa próxima utilização do kit. Listagens que possibilitariam a identificação de cada DMUM constituinte do kit por referência com recurso a imagens de alta-definição, no caso de dúvida, facilitando, assim, a realização de todo o procedimento em condições de segurança (EORNA, 2020), evitando a procura por algum DMUM em dúvida acerca da sua prévia existência ou

não, ou a sua omissão.

Após estudo, análise e identificação do risco, apresentei aos colegas e superiores, em quatro sessões, a hipótese do desenvolvimento de uma solução, recorrendo à inventariação e listagem de todos os kits cirúrgicos existentes no hospital (disponível em formato *Microsoft Excel Open XML Format Spreadsheet (.XLSX)* em todos os terminais em rede de ambos os serviços e salas operatórias), conjuntamente com a alteração no procedimento de pedido de Kits de DMUM à CR, propondo a atribuição de um código alfanumérico para cada kit cirúrgico inventariado, sua possibilidade de impressão em rede, diretamente na CR, com a listagem dos kits pretendidos e necessários à cirurgia (evitando erros como os verificados atualmente, através da comunicação oral, como as falhas na perceção do conteúdo da mensagem, erros de nomenclatura e simultaneamente poupar recursos humanos, quer no tempo de pedido, quer no reprocessamentos dos kits desnecessariamente e erroneamente abertos), visando dessa forma, diminuir o erro e riscos associados a esta prática clínica, o que de acordo como Carvalho (2011) e Picado (2013), limitaria o acontecimento de EA, e diminuiria os danos provocados, aumentando a segurança dos clientes e a qualidade dos cuidados.

Enveredei no estágio opcional do curso pela prevenção dos EA, convicto que os enfermeiros perioperatórios são efetivamente os elementos-chave neste processo, corroborado com a constatação da OE, dada a “...complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.” (Regulamento n.º 429/2018, p. 19367).

Derivado da dimensão dos serviços envolvidos, de entender que para se conseguir um controlo, gestão e contabilização eficaz de todos os DMUM é essencial reconhecer todos os kits de DMUM existentes e que o significado/ denominação seja igual para todos os profissionais envolvidos, foi imperativo recorrer a um código alfanumérico (em que os três primeiros algarismos seriam alusivos à especialidade a que se destina o kit, e os restantes três, um número sequencial), associado à “denominação comum”, à listagem da sua constituição e foto do kit em causa, facilitando a identificação e permitindo a padronização de cada kit, possibilitando uma comunicação entre serviços, sem erro, concisa e eficaz. Esta intervenção vai ao encontro do preconizado nos padrões de qualidade da OE (2017), em que um dos nossos grandes pilares de intervenção será a prudência e a gestão de risco, invocando que o EEEMPSP,

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

Prudência que surge logo com o agendamento / conhecimento da necessidade da cirurgia, porque, a partir desse momento, cabe-me a mim prever a necessidade de determinado kit de DMUM garantindo a sua disponibilidade para esse procedimento, bem como certificar-me da existência e disponibilidade dos DMs essenciais para essa cirurgia agendada, incluindo por vezes, séries completas de implantes. Gestão quotidiana que considero complexa e de risco, dada a sempre presente eventualidade de necessidade de mudança de todo o procedimento cirúrgico, bem como do material necessário para tal, derivado de alguma intercorrência intraoperatória, exigindo por essa razão, um conhecimento significativo do procedimento, possíveis complicações e alternativas existentes. Nesta prudência incluo também a responsabilidade de, por vezes, não deixar avançar determinado cliente para o período intraoperatório, ou adiando-o, até que todas as condições pretendidas estejam satisfeitas, sempre com a preocupação de transmitir um ambiente tranquilo e minimizando a ansiedade do cliente, se porventura (em situação de urgência) já no BO. De igual modo e não raras as vezes, em situação eletiva, cabe também à equipa de enfermagem alertar para a necessidade de alteração da ordem de cirurgias previstas, por limitação dos equipamentos disponíveis, ou tempos necessários para o seu reprocessamento. Situações em que o EEEMCPSP funciona como o elo de comunicação entre todos os profissionais envolvidos (Regulamento nº 140/2019), situações em que o seu desempenho individual é percebido por Fragata (2010), como influenciador de toda esta dinâmica.

Inserido neste mesmo âmbito da maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória e referindo-me à última fase da LVSC, o *Sign Out*, na qual, além da contagem e reconfirmação dos DMs envolvidos, são rotulados os produtos para análise, registada a necessidade de outros cuidados individualizados ou eventuais EA (EORNA, 2020), fase que coincide com o final da cirurgia, em que se finalizam os registos clínicos e é revertido o efeito da anestesia, fase em que além do rigor do registo clínico, destaco a compreensão das formas não-verbais de manifestação de dor, como taquicardia, fáceis de dor ou agitação motora, porque considero essa avaliação, como o início de todo o processo para o controlo da dor.

Nota final para, talvez no meu ponto de vista como enfermeiro instrumentista, o segundo ponto com maior importância e diretamente relacionado com a contagem e a

qualidade do reprocessamento dos DMUM, que será o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios. Por essa razão, previ um breve estágio na UL-PPCIRA, revendo protocolos e trocando conhecimentos e feedback sobre a revisão de normas para procedimentos cirúrgicos, devido ao facto de no BO, circularem diferentes tipos de material (esterilizado /contaminado) e de pessoas, em que cada um deverá seguir o seu circuito específico, evitando assim focos de contaminação cruzada, (EORNA, 2020). Por esse facto, os DMUM saem e entram no BO, em carro fechado (evitando múltiplas manipulações e exposição), e são acondicionais em armários fechados, com auditorias diárias aos prazos de validade, integridade e condições de acondicionamento.

No mesmo âmbito, diariamente, colaboro para a manutenção da técnica asséptica cirúrgica, assegurando o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos, sendo consensual como a medida mais eficaz, mais simples e mais económica. Esta deverá ser realizada esfregando com um sabão antimicrobiano adequado e água ou usando uma solução de base alcoólica (OMS, 2018), antes de vestir luvas estéreis. Providencio igualmente a utilização de barreiras protetoras como a confirmação da esterilização dos DMUM, assegurando a sua integridade e funcionalidade de acordo com as instruções do fabricante, facultando a sua abertura somente dentro na sala operatória e o mais próximo à sua efetiva utilização, sob um fluxo laminar unidirecional com entrega em mão ao enfermeiro instrumentista, depois de equipado e com o cliente já na sala (menor tempo de exposição), não sendo admitido o “atirar” dos DMs para a mesa cirúrgica, dado o risco acrescido de perfuração dos campos cirúrgicos ou queda accidental.

Quanto ao reprocessamento dos DMUM, após a sua utilização e triagem pelo enfermeiro instrumentista, são distribuídos uniformemente em tabuleiros apropriados, desmontados e abertos (AESOP, 2012), consoante o tamanho e robustez (evitar danos), tabuleiros que são colocados em carro próprio fechado e transportado, por um corredor exclusivo de material contaminado, para a CR, onde sofrem um tratamento mecânico ou manual de descontaminação de acordo com as indicações do fornecedor. Na última etapa, com a montagem a arrumação dos DMUM, conforme listagem própria e confirmada por um enfermeiro que colocará um indicador químico e de temperatura no kit, indicador que permite, em conjunto com os testes do esterilizador realizados pela CR, validar todo o ciclo.

Se detetada alguma discrepância na contagem, aquando do reprocessamento, o enfermeiro terá de rever todos os passos em busca do DMUM, até encontrá-lo; se infrutífera e após exclusão de todas as hipóteses, deverá referenciar a sua falta no referido kit, para que

numa próxima cirurgia e respetivo reprocessamento já se encontre referenciada e corrigido na listagem de conteúdo do kit e, idealmente, concordo com o reporte de todas estas situações de não conformidade do conteúdo do kit com a contagem, como risco clínico, obrigando a uma averiguação aos procedimentos menos consistentes em todo o ciclo de reprocessamento. Este ciclo obriga ao respeito pela duração da cada etapa, tempo que o EEEMCPSP terá de gerir, para que se consiga coincidir a necessidade do kit cirúrgico com a sua efetiva disponibilidade, evitando, desse modo, adiamentos, “adaptações à técnica recomendada” de cirurgias, ou a “paragem do procedimento” derivada da sua necessidade durante uma cirurgia a decorrer, com aumento do tempo cirúrgico e consequentemente o risco de ILC (Cheng et al., 2017; Bashaw & Keister, 2019).

A ILC é definida pela DGS (2022), como aquela que surge no local da incisão cirúrgica nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até noventa dias, no caso de utilização de implante, podendo ser classificada consoante a profundidade dos sinais e sintomas, como superficial ou profunda ou pelo envolvimento do espaço anatómico / órgão diretamente manipulados ou envolvidos na cirurgia (*European Centre for Disease Prevention and Control - ECDC, 2019*), aferindo-se que a sua incidência seja diretamente influenciada e minimizável (Marques et al., 2020), em resposta a diversos fatores intraoperatórios; além do tempo cirúrgico, como já referido, ao procedimento de desinfeção do local cirúrgico, à classificação da ferida, à complexidade do procedimento e técnica utilizada, à utilização de suturas antimicrobianas e ao tipo de anestesia (Bashaw & Keister, 2019). Estas afeções são comprovadamente passíveis de redução da sua incidência, com a simples obediência ao protocolado (ECDC, 2019; DGS, 2022), o que no meu ponto de vista, traduz-se na necessidade de assumir um papel proactivo na sua adaptação ao serviço e à realidade local, auditando, monitorizando e registando para a sua eficácia (DGS, 2022), cabendo ao EEEMCPSP a adequação, consoante as particularidades de cada situação, atividade que se coaduna com a política hospitalar e feixes de intervenção protocolizados pelo UL-PPCIRA, explícitos na norma “Feixe de intervenções” de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico:

- Realizar banho com Clorexidina (CHD 2 a 4%), exceto quando existe contra-indicação, na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia (com pelo menos 2 horas de antecedência)
- Realizar antissépsia da pele do doente imediatamente antes da incisão, utilizando solução antisséptica de CHD a 2% em álcool a 70%, exceto quando contra-indicado
- Realizar profilaxia antibiótica cirúrgica quando indicada, incluindo repicagem/readministração quando indicada (Norma da DGS 031/2013) (i) Administrar nos 60 minutos anteriores à incisão cutânea (em dose única ou durante um máximo de 24 horas)
- Não realizar tricotomia por rotina e, quando absolutamente necessária, realizá-la imediatamente antes da intervenção cirúrgica com máquina de corte de uso único
- Manter normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$)
- Manter normoglicemia (≤ 180 mg/dl)

- Manter saturação periférica de oxigénio (SpO2) igual ou superior a 95% e perfusão adequada
- Cumprir técnica asséptica na realização do penso (DGS, 2022, p. 3)

Nesta linha de pensamento e considerando a prevenção da ILC, a realização deste curso, coincidiu com o contexto pandémico e com o desafio da segurança cirúrgica durante o mesmo, um tema muito debatido em diversos webinars de enfermagem perioperatória a que assisti, e inclusive no ciclo de debates promovido pela mesa de colégio de EMC da OE, no qual tive o privilégio de ser convidado como palestrante, debatendo e apresentando a problemática dos procedimentos recomendados para uma cirurgia segura perante um cliente portador do *Severe Acute Respiratory Syndrome CoronaVirus 2* (SARS-CoV-2), ou ainda sem resultado laboratorial para tal síndrome, *versus* a gestão das medidas da sua contenção, como o equipamento de proteção individual a utilizar em cada situação e circuitos para prevenção da transmissão e descontaminação, com as suas implicações na missão da equipa cirúrgica para assegurar o projeto de saúde da pessoa em situação perioperatória e impossibilitada de responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que sujeita (Regulamento nº 429/2018). Numa tentativa de encontrar respostas práticas e estabelecer diretrizes para as situações diárias de confronto entre o princípio da consciência cirúrgica, com o princípio ético e moral orientador da prática especializada (Regulamento nº429/2018). Realidade abalada pela pouca evidência disponível, à data, para essa nova ameaça à implementação de uma cultura de segurança da pessoa e simultaneamente da equipa.

No capítulo seguinte, irei relatar o percurso para adquirir e desenvolver competências de segundo ciclo no cuidado à pessoa em situação perioperatória, concretamente na segurança na gestão e controlo dos DMUM, a partir da implementação do referido projeto de autoformação interventivo.

CAPÍTULO II – MESTRIA EM EMC À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

2.1. A segurança na gestão e controlo dos DMUM no intraoperatório

O indivíduo promotor da melhoria da qualidade dos cuidados (Draper & Clark, referenciado por Nascimento & Ferrão, 2016), aquele “que (...) ensina (...) domina muito bem uma atividade (...) perito (...)”, características que vão de encontro à definição de mestre, tal como conforme referenciado atualmente no Dicionário de Língua Portuguesa, que no contexto da enfermagem, se traduzem num profissional que quotidianamente na sua prática decide, recorrendo a um exercício científico e fundamentado, e testa o seu nível do saber (saber-fazer). Capacidades que, no intraoperatório e em concordância com a consciência cirúrgica e com o objetivo fundamental de promover a segurança, impõem-se como fundamentais, dada a vulnerabilidade em que o cliente se encontra.

Esta necessidade de promoção da qualidade dos cuidados e evolução, são quase como uma obrigação, explícita nos deveres deontológicos em geral na base da profissão, Artigo 100.º, nos termos do Decreto-lei 156/2015, que passa pela aquisição de competências que permitam a referida aprendizagem de uma forma contínua e autónoma, competências subjacentes ao grau de mestre. Assim, neste capítulo e em consonância com os objetivos do Módulo III do Curso de Mestrado em EMC, à pessoa em situação perioperatória, descrevo a sua aplicabilidade prática, através de um relatório de competências e de uma forma crítica e fundamentada, demonstrando a compreensão e amadurecimento das minhas competências como EEMCPSP.

Neste relato, evidencio a aquisição das referidas competências de segundo ciclo em enfermagem perioperatória, expondo descritiva e reflexivamente a minha evolução profissional, permitindo assim, construir, rever e consolidar competências, acompanhado por um crescimento cognitivo-teórico, em conformidade com a evidência científica, premissas essenciais, para a construção de uma atitude decisiva e assertiva, também no domínio social e afetivo, ao adaptar-me e ao superar este desafio. Situação em concordância com o estipulado para a atribuição do grau de mestre no anexo do Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, capítulo III, título II - Graus académicos e diplomas do ensino superior, art. 15.º, com a demonstração de conhecimentos e capacidade de compreensão que possibilitem desenvolver e aprofundar os conhecimentos, a integração e o desenvolvimento da investigação, na sua área de intervenção, contribuindo para a resolução de situações complexas, com a sua aplicação, em contextos alargados e multidisciplinares, promovendo o juízo e a reflexão crítica e atendendo sempre às implicações éticas e sociais que possam advir.

Na persecução das referidas competências, e como anteriormente referido, no estágio de opção elaborei um projeto de autoformação, direcionado para a problemática da gestão dos DM e DMUM no período intraoperatório, delimitando os objetivos e atividades a desenvolver para obter uma panorâmica geral do problema, nas suas diferentes vertentes operacionais. Estágio para o qual delineei como objetivos específicos:

1. Demonstrar conhecimentos acerca das competências do enfermeiro instrumentista e circulante
2. Analisar as etapas de reprocessamento dos DMUM
3. Desenvolver capacidade para rastreabilidade por kit cirúrgico de DMUM
4. Desenvolver método facilitador de confirmação de conteúdo dos kits cirúrgicos e respetivo registo

Recorrendo à metodologia de projeto, direcionei-o para a minimização da problemática de garantia de disponibilidade dos DMUM necessários, em condições ótimas de utilização, no tempo cirúrgico correto para aquela intervenção, e para todos os clientes eletivos ou eventuais urgências, bem como para a necessidade de contagem inequívoca dos DMUM no intraoperatório e na posterior etapa do seu reprocessamento, através da criação de métodos facilitadores para tal, com simultânea diminuição do risco de falha da nossa atuação como enfermeiro no intraoperatório.

Optei, por uma questão logística, pela divisão do referido estágio, em três etapas distintas, desenvolvendo a primeira na UL-PPCIRA, justificada pela evidência de que as infeções do local cirúrgico constituírem o segundo tipo mais frequente, de infeção associada aos cuidados de saúde, na europa (OMS, 2018), e este ser o organismo responsável pela emissão de recomendações que se entrosam com a atividade diária do BO, como por exemplo; na escolha de suturas que se sem contraindicação, será com antimicrobiano (OMS, 2018); na escolha do antisséptico para a preparação cirúrgica da pele, que se integra e não contraindicada, será preferencialmente com Clorexidina de base alcoólica (OMS, 2018). Intervindo também a UL-PPCIRA, na recomendação de práticas diretamente relacionadas com a gestão dos DMUM, tais como a necessidade de mudança de instrumental cirúrgico para o encerramento da ferida cirúrgica após um procedimento contaminado, como o colo-rectal, que apesar de parecer lógico, e prática comum mundial, não tem suporte literário, nem evidência científica, e por essa razão sem recomendações por parte da OMS (2018). Neste contexto, tive a oportunidade de elucidar práticas de prevenção e controlo de infeção,

nomeadamente no que se refere à higiene das mãos, ao uso de equipamento de proteção individual e de controlo ambiental, e rever as recomendações institucionais em vigor. Unidade profundamente interligada com o BO, considerando o referido intercâmbio de experiência e proximidade muito proveitosos, nem que seja pela vigilância das potenciais fontes de ILC, que poderá ser, entre outras razões, derivada da descontaminação inadequada dos DMUM (OMS, 2018), ou pela RIIQLC (Zejnnullahu et al, 2017). Tratam-se de situações que se enquadram no âmbito da responsabilidade profissional, consciência cirúrgica e promoção de um ambiente seguro, Unidades de competência reconhecidas do EEEMCPSP, responsável pela maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, diretamente interligada e dependente do cumprimento das boas práticas recomendadas para o cuidar da pessoa em situação perioperatória, conforme explicito no Regulamento de competências específicas do EEEMCPSP (Regulamento nº429/2018).

A RIIQLC, diretamente relacionada e dependente da contagem manual, realizada pelo enfermeiro perioperatório é uma tarefa entendida como complexa, quer pelo elevado número de itens quantificáveis, interrupções ou pressão do tempo em situações emergentes, (Warwick, V. et al.,2019; Bubric et al., 2019, citando Koh et al., 2009; Rothrock, 2019), fatores reconhecidos como promotores de discrepâncias nessa contagem que, independentemente da sua causa, e porque errar é humano, não é incomum, ocorrendo entre 1% e 13% das cirurgias, independentemente do local (Bubric et al., 2019, citando Egorova et al., 2008), situações que presenciei na minha prática clínica em BO.

Na segunda fase do estágio, contemplei o agendamento de uma reunião com o enfermeiro coordenador da Comissão de Gestão do Risco Global do hospital, ambicionando conhecer a realidade local no âmbito da RIIQLC de modo a desmistificar e fomentar a notificação, perceber qual o seguimento dado a cada processo de notificação e familiarizar-me com o processo de gestão de risco e seus mecanismos formais para a participação de incidentes. Nesta reunião esclareci dúvidas e familiarizei-me com a plataforma de notificação dos incidentes, nomeadamente com a RIIQLC, que é classificada como “Never Event” ou evento grave (Elsharydah, A. et al., 2016), despoletando sempre, por essa razão, uma análise causa/ raiz com o conhecimento da direção clínica, com o intuito de identificação de falhas ocorridas e implementação de estratégias corretivas (DGS, 2011), para que estas não se voltem a repetir (Berça, I., & Veiga-Branco, M. 2022).

Como parte integrante de uma instituição de saúde acreditada, esta comissão, em acordo com o defendido por Bubric et al. (2019) e Silver et al. (2020), relevam a importância

da efetiva notificação de todos os EA, “near miss” ou incidentes reportáveis, defendendo que aprendemos com o erro, independentemente da sua causa, mas que só poderão ser contabilizados e estudados, se reportados pela equipa que os detetou, isto no caso de erros minor e “near miss”, porque, aquando de um erro grave, é comum serem determinados os fatores envolvidos e exigida a responsabilização. A realidade de subnotificação, provavelmente não difere entre os hospitais portugueses (Berça, I., & Veiga-Branco, M. 2022) nem dos internacionais (Silver et al., 2020), indicando como fatores que mais contribuem para essa realidade no BO, a discordância entre os membros da equipe sobre quais os eventos em que será necessário o reporte, questionando se a sua efetivação resultaria em melhorias para o serviço, ou o facto de não quererem ser responsabilizados por atrasos ou interrupções da atividade. Verifica-se a existência de uma conotação negativa associada a tal procedimento, que Bubric et al. (2019), evidenciam ser prejudicial para o desenvolvimento de políticas e procedimentos para contagens incorretas, atividades de acompanhamento apropriadas e recomendações sobre a melhoria da documentação, porque limitam a quantidade de informação disponibilizada pela notificação do erro. Opinião da qual partilho e reforço com a consciencialização da notificação não punitiva e com a necessidade de todos nós notificarmos incidentes e EA decorrentes da nossa prática, porque eles efetivamente existem, colaborando assim, na identificação e perceção da realidade e do mecanismo dos EA, possibilitando a implementação de melhorias que impeçam a sua ocorrência. Este comportamento está em consonância com o enunciado no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), que, na sua unidade de competência melhoria continua da qualidade, indica como critério de avaliação, a participação na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.

Numa terceira fase do estágio, onde efetivamente, concebi o inventário, permaneci na CR, ambiente que me permitiu vivenciar uma outra vertente desta problemática de gestão do reprocessamento dos kits cirúrgicos; além da já tradicional “pressão” do tempo disponível para o reprocessamento dos DMUM, nomeadamente, a ansiedade o tempo despendido por parte dos profissionais que, ao receberem um pedido telefónico com uma identificação do kit incompleta ou denominação diferente da habitual, enviam-no para o BO na dúvida se realmente corresponde ao pretendido e necessário. Kits que, atualmente e de uma forma recorrente, são pedidos via telefónica com denominações incompletas, pouco concisas e variáveis de um profissional para outro, facilmente mal compreendidas, dadas as inúmeras denominações e siglas da língua inglesa, situações que originam atrasos e omissões no envio

dos kits, com consequentes novos pedidos “urgentes”. Esta situação causa, de igual forma, reprocessamentos desnecessários dos kits pedidos “por engano” ou até em caso extremo, a falta de determinado kit para uma determinada cirurgia, com consequente alteração não planeada à cirurgia. Todas estas situações são reconhecidas como geradoras de stress e atrasos no BO (Guédon et al., 2015), influenciando negativamente o procedimento de contagem de DMUM no intraoperatório, nomeadamente na forma como é realizado e registado, que na minha realidade, é efetuado pelo enfermeiro instrumentista, sozinho, de uma forma não padronizada e sem confirmação na sala com nenhuma listagem do conteúdo efetivo do kit cirúrgico, sendo registado no final da cirurgia, “apenas” como correto ou incorreto.

Pelas razões enumeradas, incidi na alteração das condições ambientais em que se processa a contagem cirúrgica dos DMUM, que na minha opinião são os únicos fatores de risco de RIIQLC passíveis de alteração, ao contrário de fatores relacionados com o carácter de urgência da cirurgia ou inerentes ao próprio cliente. Envolvimento entendido por Fragata (2011), como proactivo contra a ocorrência do EA, uma vez que incidiu na idealização e elaboração de um elemento atualizado, padronizado e que considero facilitador para a referida contagem, destinado a ser utilizado no momento de verificação da LVSC e que, recorrendo a *checklists* de material, permite a certeza inequívoca da existência e contabilização de determinado DMUM. Por outro lado, esse mesmo elemento criado, pode também ser percecionado numa perspetiva retroativa, contribuindo para agilizar a gestão dos kits de DMUM existentes pelo EEEMCPSP e, igualmente, permitir a efetiva confirmação da sua utilização em determinado cliente. Dada a dimensão e ambição do projeto, primeiramente sensibilizei para esta problemática e realizei um pré-teste, limitado à especialidade da cirurgia ortopédica, por ser aquela que mais constrangimentos originava à data, começando por atribuir a cada kit cirúrgico, um código constituído por duas partes: a primeira com algarismos referindo-se à especialidade (permite a identificação rápida da especialidade a que o kit se destina sem recurso a listagem) e uma segunda parte numérica sequencial, e com três dígitos (exigido pelo número de kits em causa, em determinada especialidade cirúrgica). Este código é igual em todo o hospital, comum a todos os funcionários envolvidos do BO e CR, e disponível num ficheiro .XLSX, (Apêndice A), revisto ao pormenor em conjunto com a equipa de enfermagem da CR, incorporando a sua localização de arrumo e espaço destinado na CR, listagem constituinte, imagem detalhada de cada kit, especialidade em que será utilizado, fabricante, e algumas notas relativas ao conteúdo e funcionalidade. O ficheiro foi disponibilizado em todos os terminais de ambos os serviços, através de pasta partilhada em

rede e que considero nunca terminado com constantes atualizações, dada a realidade evolutiva e volátil dos kits cirúrgicos e seus DMUM constituintes. Considero que o trabalho desenvolvido vem ao encontro das competências exigidas e objetivos delineados no plano de autoformação. Na expectativa de, brevemente, ser uma realidade na unidade de saúde envolvida, encontra-se neste momento, em fase de implementação “oficial” nos dois serviços envolvidos, com a já reconhecida necessidade de implementação pelos colegas, pela chefia, direção e outras classes profissionais, representando, no meu ponto de vista, uma evolução significativa para a segurança da contagem dos DMUM em todos os procedimentos cirúrgicos.

Assim, e de acordo com a minha percepção, todo este processo, ao minimizar a possibilidade de erro, facilitar protocolos de contagem e seu registo com recurso a uma listagem codificada, normalizada e atualizada, permite operacionalizar e evidenciar a importância de duas das recomendações internacionais, nomeadamente, a da normalização da colocação de mesas cirúrgicas e a da padronização por cada tipo de cirurgia através da constituição dos kits cirúrgicos por serviço conforme preconizado pela AESOP (2012). O processo evidencia, deste modo, a interligação entre as recomendações com as competências específicas reconhecidas, ao EEEMCPSP, conforme enunciadas no Regulamento de Competências Específicas do EEEMCPSP (Regulamento nº 429/2018), e com as competências comuns a todos os enfermeiros especialistas a exercer em Portugal, consoante o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento nº 140/2019), tanto a nível da gestão dos cuidados, desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como da melhoria contínua da qualidade.

Após a fundamentação teórica de todas as vertentes do problema, complementei e aprofundei com estágios de observação em dois hospitais privados, em dois BOs e respetivas CRs, do setor privado da saúde, apercebendo-me dos mecanismos adotados por cada um para esta mesma problemática, transversal a toda esta atividade da saúde. Pude constatar que, apesar de algumas facilidades proporcionadas pela tecnologia, nenhuma das estratégias adotadas é perfeita, carecendo de constante evolução e implementação por parte dos profissionais. De referir uma grande diferença na gestão quotidiana dos DMUM e kits cirúrgicos entre os dois centros visitados, em relação à minha realidade, que é a ausência de resposta para cirurgia diferenciada emergente, vinda do pré-hospitalar, o que permite agendar a sua atividade, com pelo menos uma semana de antecedência ou no mínimo na véspera, o que, na minha perspectiva, alivia em muito, tanto as falhas de preparação e contagem dos kits

de DMUM, como a necessidade de disponibilidade de kits cirúrgicos específicos e únicos com tempo escasso para o seu reprocessamento, bem como facilita a metodologia para efetuar pedidos dos kits à CR, porque se os profissionais conseguirem determinar quais as cirurgias previstas para a semana seguinte, conseguem prever a necessidade de solicitar determinado kit cirúrgico / respectivos consumíveis e DM implantáveis, atempadamente e sem atropelos.

Destaco o pormenor de a CR de um dos hospitais visitados (porque também tem acesso à listagem das cirurgias com igual prazo de antecipação), por questões de segurança cirúrgica, conseguir gerir o seu stock de kits cirúrgicos reprocessados, com uma margem de um ou dois suplementares ao necessário previsto, colmatando assim, uma eventual falha no reprocessamento / avaria ou queda accidental de algum DMUM durante o procedimento, situação que considero utópica na minha realidade, na resposta ao atendimento do cliente operatório emergente, quer pela imprevisibilidade desse atendimento, quer pela panóplia de especialidades cirúrgicas. A existência desses kits suplementares elimina todo o stress gerado na equipa cirúrgica na necessidade de conjugar a disponibilidade dos kits cirúrgicos para a emergência, com os em utilização na programação eletiva das salas cirúrgicas, incluindo o tempo necessário do ciclo completo de reprocessamento.

Entendo que esta gestão terá de ser forçosamente do enfermeiro perioperatório, antecipando a sua necessidade para uma eventual emergência, concluindo que todas estas atividades beneficiam em muito, da existência de inventários e listagens, atualizados e sem erros, independentemente do seu formato ou tecnologia. Pude confirmar esta situação, num dos BOs visitados, que recorre a um sistema comercial integrado e instalado de raiz no hospital, que permite nas diversas fases do reprocessamento e utilização (através da utilização de um código de barras e respetiva leitura ótica), o registo no processo do cliente de todos os DMUM utilizados, criando assim todo o historial de cada um deles, acessível a partir da aplicação comercial. Situação que no meu entendimento, representa um investimento na segurança e nas condições de trabalho dos enfermeiros perioperatórios, no entanto, com reconhecida limitação, quanto aos kits externos de empréstimo, situação que será abordada posteriormente, no ponto 2.3.

Destaco que a única diferença em comparação com a minha realidade é essa tarefa de catalogar/ confirmar os DMUMs presentes em determinado kit ser realizada pelo enfermeiro do espaço físico da CR, e por essa razão, deduzo, as listagens sofrerem constante atualização, sendo eliminado o fator tempo e recursos humanos disponíveis para tal atividade. Conforme

estipulado pela OE (2019), na Norma para o cálculo de dotações seguras em cuidados de enfermagem para as CR, que recomenda a existência de

enfermeiros, com uma alocação a tempo integral, detentores de perfil de competências e experiência profissional adequada ao exercício de funções na área do reprocessamento de dispositivos médicos e, tendencialmente, com competência acrescida diferenciada em reprocessamento de dispositivos médicos, de forma a garantir a permanência de, pelo menos, 1 (um) enfermeiro 24 horas, todos os dias da semana, permitindo zelar pela qualidade do reprocessamento, orientar, capacitar e coordenar a equipa de trabalho em cada turno, dar resposta às necessidades dos serviços utilizadores, entre outras. (p. 148).

Assim, constatei que em ambas as realidades visitadas, as CRs funcionam autonomamente, no que concerne à receção (tanto do exterior como do BO) / verificação / contabilização e preparação dos kits com DMUM, em que o pedido dos kits é efetuado por telefone ou através do plano da semana seguinte como já referenciado.

Num dos BOs, os referidos kits ficam lá armazenados, enquanto no outro permanecem na CR até ao seu pedido (com exceção de alguns kits base que, por exigência do BO, ficam lá sediados). Em tudo semelhante à minha realidade, em que os kits sediados no BO serão para responder às eventuais emergências, não atrasando a resposta.

Em relação à necessidade da confirmação dos DMUM no campo cirúrgico, atividade indispensável para minimizar riscos e atingir um ótimo nível de cuidados, destaco a existência de um protocolo de contagem, num dos hospitais, que exige no final dessa contagem, e em documento próprio com listagem de todos os DMUM que acompanha o kit no seu reprocessamento, a assinatura pela equipe de enfermagem. Este procedimento vai ao encontro do evidenciado por Freitas et al. (2017); trata-se de um procedimento padronizado e documentado nos arquivos dos clientes, sem confiar na memória dos profissionais, impedindo dessa forma a RIIQLC.

A escolha da CR para a minha prática clínica, prende-se com a sua interdependência com o BO, quer para pedidos dos kits cirúrgicos e/ou DMUM, quer no seu armazenamento, que na minha realidade ficam armazenados na CR, essencial para garantir que o kit cirúrgico mantenha o seu nível de esterilização ou desinfeção. Cumprindo com os seguintes requisitos:

- Armazenar em ambiente limpo, seco e protegido contra eventuais danos. Recomenda-se que os recipientes de armazenamento não sejam feitos de material absorvente, como madeira.
- A área deve ser luminosa e arejada com boa circulação de ar. A temperatura deve ser moderada sem grandes flutuações durante o dia.
- A área de armazenamento deve ter um nível de iluminação adequado e as paredes devem ser lisas e fáceis de limpar.
- Com acesso restrito.
- As embalagens devem ser colocadas em prateleiras abertas em vez de prateleiras fechadas numa única camada para evitar que a humidade se acumule entre as embalagens.
- As etiquetas devem ser visíveis e claras.

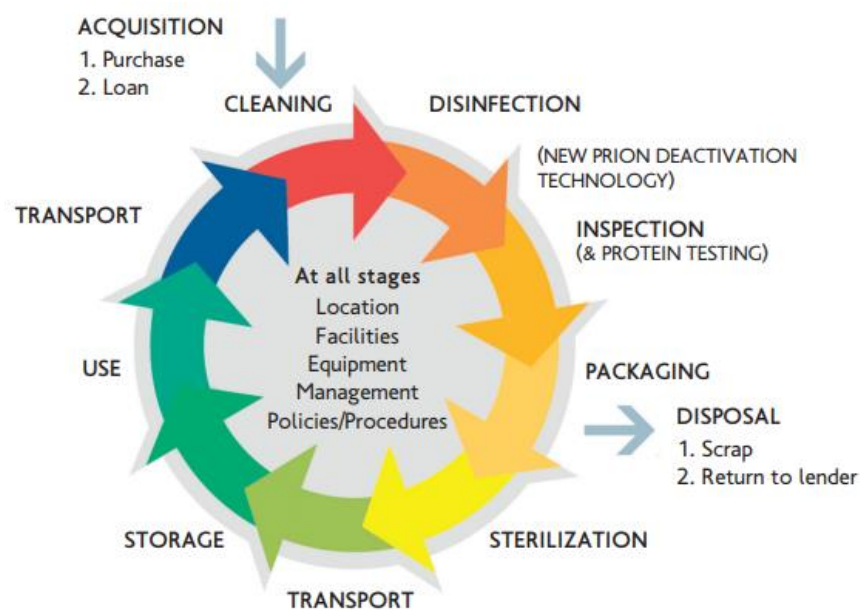
- O registo de inspeção da embalagem deve ser claramente visível. As prateleiras devem estar a pelo menos 10 cm do chão e do teto. Antes da utilização, as embalagens devem ser inspecionadas para verificar se satisfazem os requisitos de um produto estéril. (OMS, 2018, p. 54).

Essa proximidade com os kits, facilitou a minha tarefa da sua inventariação. Outra razão para a escolha da CR como campo de estágio, é a complementaridade entre o BO e a CR, quanto à validação ou não do reprocessamento solicitado, pois na minha realidade, caberá ao enfermeiro instrumentista/ circulante, em deslocação à CR, a referida decisão, de acordo com instruções do fabricante, avaliação do processo de descontaminação submetido, inspeção cuidada para alterações do design, características físicas e funcionalidade (AESOP, 2013). Realidade contrária à recomendada pela OE (2022), no seu parecer 184/2022, que indica que

os Serviços de Reprocessamento de Dispositivos possuem autonomia técnica, sendo que desta forma, compete aos enfermeiros que exercem a sua prática num Serviço de Reprocessamento de Dispositivos o conhecimento e controlo de todas as etapas do processo de reprocessamento de dispositivos (p. 3).

Razão pela qual sugeri alterações para o processo de reprocessamento dos kits DMUM cirúrgicos, com ponto de partida, exatamente, na existência de listagens atualizadas e inequívocas, com referência a cada DMUM constituinte, tarefa agilizada e facilitada, com utilização de imagem para cada kit. Situação que na minha perspetiva, empoderaria a CR para todas as fases do reprocessamento, para todos os DMUM do hospital. Situação ideal e consonante com a recomendação da OMS (2018), para o ciclo de descontaminação de DMUM (Figura 5), se realizar apenas na CR e não repartido pelas áreas clínicas, o que torna todo o processo, mais barato, mais seguro e com mais qualidade.

Figura 5 - Ciclo de descontaminação de DMUM



Fonte: OMS, 2018

O referido ciclo de descontaminação e reprocessamento, é consequente da contaminação dos DMUM pela exposição a fluidos orgânicos durante os procedimentos cirúrgicos e sua necessidade de reutilização noutros clientes, perspectiva que atribui ao gestor da CR, o dever de garantir que um DMUM quando sai da unidade é completamente seguro para ser utilizado num ser humano (OMS, 2018), "...garantindo o cumprimento dos requisitos legais, normas internacionais, europeias e portuguesas, instruções de utilização do fabricante, políticas, procedimentos e instruções de trabalho..." (Regulamento nº 729/2021, p. 191). Com um nível seguro de carga microbiana e consequente redução do risco de infeção (Sousa, 2019), "... garantindo um elevado nível de segurança na proteção da saúde da pessoa alvo de cuidados..." (Regulamento nº 729/2021, p. 190),

Processo de descontaminação em que todas as suas etapas, são consideradas como críticas e com grande impacto na segurança do cliente e no funcionamento do hospital (Zhu et al 2019), e que exige um sistema de transporte estruturado para DMUM limpos, e um para os DMUM utilizados no BO, através de circuitos assinalados, em área suja onde os artigos são recebidos e área limpa, para a montagem / inspeção, esterilização, armazenamento de embalagens estéreis e preparação para o seu transporte (para evitar a contaminação cruzada, OMS, 2018). Iniciando-se então, o circuito sujo, com a preparação para o transporte para a CR, com a contagem dos DMUM e preenchimento de uma lista de verificação de acompanhamento (que na minha realidade só existe no caso de DMUM para reprocessamento

urgente), enxaguando-os em água fria corrente e colocando-os num carro fechado, que os manterá húmidos até o transporte para a CR (OMS,2018), onde as etapas da lavagem/desinfecção mecânica e esterilização são controladas por registos, testes químicos e biológicos.

De acordo com Sousa (2019), o nível de descontaminação e de limpeza remove a contaminação a um nível que permita passar à fase posterior do reprocessamento, através da utilização de meios físicos ou químicos, inativando, removendo ou destruindo organismos patogénicos, tornando-o incapaz de transmitir partículas infecciosas (OMS, 2018), podendo ser manual ou automatizada, sendo a segunda preferível pelo facto de não existir uma validação controlada da limpeza manual para além da deteção de proteínas (que é caro), e pelo facto de ser mais segura e geralmente mais eficiente (OMS, 2018), e cada ciclo ser validado com parâmetros físicos e biológicos.

Seguindo-se a desinfecção, que pode ser de dois tipos, térmica, através de temperaturas elevadas ou química, com recurso a desinfetantes, provocando a destruição ou remoção de microrganismos a um nível seguro e não prejudicial à saúde, mas não necessariamente de todas as formas bacterianas (OMS, 2018).

Fase, após a qual, e recorrendo a uma lupa e iluminação adequada, os DMUM limpos são cuidadosamente conferidos de acordo com listagem, verificados quanto à sua integridade, funcionalidade e limpeza, lubrificados e em seguida, remontados. Se danificados são substituídos e o kit cirúrgico está pronto para a esterilização, com recurso a embalagem dupla, que deve ser robusta, permeável ao vapor, e proteger a esterilidade do DMUM antes da nova utilização (OMS, 2018).

A esterilização é um processo validado, usado para eliminar microrganismos viáveis incluindo esporos (probabilidade inferior ou igual a 1 em 1×10^{-6}), que deverá ser efetuado na CR, onde já existem processos de validação e controlo instalados (OMS, 2018), em que, de acordo com a *Classificação de Spaulding*, os DMUM são reprocessados, ou por vapor saturado (a 134°C durante 5 min. ou 121°C durante 20 min.) ou por peróxido de hidrogénio, consoante a sua sensibilidade à temperatura elevada. Como por exemplo os equipamentos de endoscopia flexível, altamente tecnológicos e igualmente sensíveis, com zonas de difícil descontaminação derivada da sua forma canulada, constituindo o principal desafio atual, de acordo com o conteúdo apresentado no *Advanced Sterilization Products - Webinar Challenges of Medical Device Reprocessing*, a que tive a oportunidade de participar aquando do estágio na UL-PPCIRA, para os quais é preconizado o seguimento das indicações

do fabricante e priorização da fase de descontaminação.

Para este processo de esterilização, o vapor é reconhecido como o agente esterilizador preferido a nível global, devido ao seu baixo custo, eficiência, e disponibilidade, quando comparado com os esterilizadores químicos (OMS, 2018), entidade que não recomenda a esterilização química manual, porque o processo não pode ser controlado, problemas de saúde ocupacional, com alto risco de contaminação durante a fase de enxaguamento dos produtos químicos residuais antes da utilização no cliente. Outro aspeto limitativo desta esterilização química manual é o facto de os DMUM não poderem ser embalados nem armazenados, devendo ser utilizados imediatamente, tal como os sistemas de esterilização de utilização imediata ou esterilização "flash", limitações pelas quais, estes métodos nunca deverão substituir a falta de material ou instrumentos para um procedimento cirúrgico programado.

2.2. Conhecimento, sua integração e aplicação

Neste nível de formação, será expectável um aprofundamento de conhecimentos, um crescimento orientado, especializado e direcionado, com recurso à atividade de investigação e inovação, crescimento autónomo que considero essencial para a prestação de cuidados seguros e fundamentados e apercebido logo após o término do curso de licenciatura com início de funções no BO, associado à permanente necessidade de manter-me atualizado para o exponencial desenvolvimento científico e tecnológico das técnicas cirúrgicas. Busca pela mais recente evidência científica da enfermagem, que foi impulsionada e intensificada com o corrente curso de mestrado na área do cuidado de enfermagem especializado à pessoa em situação perioperatória que, associada aos conhecimentos obtidos ao nível do 1.º ciclo, permitiu-me desenvolver e aperfeiçoar as minhas competências especializadas, de uma maneira fundamentada e congruente com a consciência cirúrgica.

Nesse sentido, e como EEEMCPSP, enfatizei a unidade de competência de promoção da gestão e controlo dos DM utilizados no perioperatório, conforme explicito no Regulamento de Competências Específicas do EEEMCPSP (Regulamento nº 429/2018), não com o propósito de alteração ou criação de normas, as quais considero, amplamente divulgadas e consensuais, mas na vertente da operacionalização do sétimo objetivo da DGS (2010) para uma cirurgia segura, nomeadamente, “A equipa vai impedir a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas”, com os seguintes critérios de avaliação:

- Assegura que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante;
 - Garante a rastreabilidade dos dispositivos médicos;
 - Providencia a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos;
 - Assegura a gestão do risco associado à RIIQLC;
 - Gere a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade;
 - Controla a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, colheita e transplante;
 - Participa na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo;
 - Emite pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos.
- (Regulamento nº 429/2018, p. 19368)

Estes critérios de avaliação, inseridos no domínio da competência maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória, e que se refletem nos procedimentos quotidianos do EEMCPSP, especificamente, no modo da realização da contagem cirúrgica, preconizada para todos os DM envolvidos numa determinada cirurgia, de forma audível, visível e simultânea com outro profissional da sala, nos momentos preconizados para tal:

- Antes do início da cirurgia;
- Sempre que são abertos novos instrumentos para a mesa;
- No primeiro plano de encerramento;
- No encerramento da pele;
- Sempre que os enfermeiros instrumentistas ou circulantes são substituídos;
- Se a incisão for reaberta após o final da contagem. (AESOP, 2012, p. 243)

Momentos essenciais para Rothrock (2019), aos quais, recentemente acrescenta um momento adicional, diretamente relacionado com a vertente abordada neste relatório, ou seja, o momento de montagem dos DMUM para o seu reprocessamento, justificando com a evidência de que qualquer discrepância numa contagem, em qualquer momento durante um procedimento cirúrgico, é uma variação de segurança associada ao risco elevado de RIIQLC (Rothrock, 2019). As referidas discrepâncias e intercorrência ocorridas durante um procedimento cirúrgico são passíveis de notificação, situações geralmente reconhecidas como complexas e que exigem uma gestão criteriosa de todas as responsabilidades éticas e profissionais e que obrigam ao alerta do cirurgião principal e comunicação aos superiores hierárquicos (Bubric et al., 2019), situações em que, ambos os autores referidos defendem como essencial a realização de um exame imagiológico intraoperatório no fim da cirurgia, mesmo se considerado inconveniente ou exagerado pelo cirurgião, dada a pressão para cumprir com os tempos cirúrgicos, razão pela qual, Bubric et al. (2019) defendem a necessidade da protocolização destas respostas a estas situações, integrando-as nas políticas

de qualidade organizacional, de maneira a evitar a ambiguidade na tomada de decisão, tão característica nestas situações.

Todos estes momentos referidos de contagem intraoperatória dos DMUM, obrigam ao seu registo em impressos próprios (Rothrock, 2019), com consensual importância entre os autores consultados, bem como, reconhecida dificuldade, como a “impossibilidade de contar várias centenas de DMUM de uma lista de verificação” (Szekretar, A., 2021), situação referida como recorrente em especial nalgumas especialidades cirúrgicas, nomeadamente a ortopedia, onde são utilizados “25 kits cirúrgicos, com potencialmente mais de 70 DMUM em cada kit” (Szekretar, A., 2021), autor que denuncia um impacto negativo na cirurgia, com o:

- Aumento do tempo do cliente sob anestesia
- *Turn over* mais lento, resultando num número reduzido de cirurgias
- Diminuição da coordenação da equipa, devido à preocupação dos enfermeiros com a contagem (Szekretar, A., 2021, p. 1312).

Realidade que exige da equipa de enfermagem, medidas adaptativas para minimizar o referido impacto, extensíveis a outras reconhecidas situações de exceção, como na cirurgia emergente, ou no caso de mudança não planeada da cirurgia (Warwick et al., 2019), situações onde a contagem preconizada é impossível, sendo realizada pelo enfermeiro instrumentista sozinho, realizada parcialmente ou recorrendo a outros métodos, que permitam à equipa manter a segurança com o controlo dos DM envolvidos.

Cultura de segurança e promoção da qualidade dos cuidados de saúde grandemente enraizada em mim, desde 2010, ano em que fui corresponsável para a adaptação e implementação da LVSC no meu serviço, fomentando localmente, todos os conteúdos do programa Cirurgia Segura Salva-Vidas, implementado em Portugal, desde esse mesmo ano (DGS, 2013) e estabelecido pela OMS, em 2009. Programa com o objetivo claro de reforçar as práticas de segurança, promovendo uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar, com carácter obrigatório para todos os BOs do SNS (DGS, 2013) e orientado por três princípios:

- Simplicidade de forma a facilitar a sua institucionalização.
- Ampla aplicabilidade de forma a envolver todos os estados-membros.
- Mensurabilidade de forma razoável e quantificável pelos profissionais em todos os contextos.

Enfatizo naturalmente o princípio da mensurabilidade, porque para a já reconhecida como imprescindível, quantificação e contabilização intraoperatória de todos os DMUM, pressupõe, além da atuação do profissional de acordo com as normas em vigor, a existência de listagens atualizadas com o conteúdo de todos os kits, permitindo efetivamente contabilizar quais os que existem num determinado procedimento (EORNA, 2020), permitindo dessa forma efetivar o seu registo, de uma forma clara, objetiva e segura. Tarefa que ambiciono facilitar, com a integração deste conhecimento e competências clínicas na conceção e desenvolvimento de uma ferramenta útil na gestão dos DMUM, possibilitando desse modo a minimização de alguns dos fatores de risco de RIIQLC, de uma forma prática e exequível a nível da minha realidade diária, potenciando e rentabilizando os recursos existentes, consoante o exposto no Artigo 9º do Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (Decreto-Lei nº 161/1996). Pelo que decidi inventariar todos os kits cirúrgicos existentes, atualizar, criar e integrar listagens com a respetiva constituição, referenciando cada um dos DMUM integrantes de cada kit, disponibilizando posteriormente toda essa informação, normalizada num ficheiro único e acessível a todos os profissionais envolvidos, permitindo a resolução de dois grandes problemas; por um lado, a rastreabilidade através do registo de determinado DMUM no processo clínico do cliente, normalizando, igualmente, a nomenclatura e processo de pedido dos kits à CR e por outro, a identificação precoce de um eventual erro de contagem na etapa de reprocessamento. Noutra vertente, e apesar de não identificada como objetivo direto, ao longo de todo o estágio, sensibilizei, atualizei e promovi a reflexão e o pensamento crítico das equipas envolvidas, para as normas e recomendações de segurança, para a necessidade de existência de protocolos de contagem de DMUM e documentação no registo no processo clínico.

Conhecimentos partilhados e discutidos, que neste segundo nível de formação, funcionaram como mecanismo para a aproximação da teoria à prática diária, mobilizando habilidades e permitindo o controlo com registo minucioso de um trabalho com menosprezada importância, mas de salvaguarda para o hospital e enfermeiros no cumprimento do princípio ético, moral e orientador, em benefício do cliente, OE (2017), ao evitar situações potencialmente complexas e promovendo uma expectável mudança nos comportamentos e atitudes, no sentido de uma atuação competente dos profissionais de ambos os serviços envolvidos, perante esta problemática quotidiana identificada, comum e recorrente nos BO (Warwick et al., 2019). Destaco o evidente contributo principalmente para a segurança da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa, alvo dos nossos

cuidados, englobados no segundo domínio de atuação, do EEEMCPSP, conforme referenciado no seu Regulamento de Competências Específicas (Regulamento nº 429/2018)

2.3. Desenvolvimento de soluções, suas implicações e condicionantes

Todo o referido percurso, proporcionou-me a capacidade de questionar e autoavaliar as minhas decisões, incrementando a minha assertividade nos atos que pratico ou delego e pelos quais sou deontologicamente responsável (OE, 2015). Encaro essa evolução como facilitadora da tomada de decisão e gestão de situações complexas de dimensão ética, social e deontológica, já que se referem ao cuidar do ser humano e especificamente neste contexto, visam a prevenção de EA ou *never events* como a RIIQLC (Fragata, 2011). Incidindo a minha intervenção nos problemas quotidianos interligados à gestão e contagem de DMUM, que Freitas et al. (2017), evidenciam diferir consoante o profissional ou a instituição onde essa mesma contagem é efetuada, oscilando entre o método preconizado e diversas outras variantes, como a sua realização apenas no final da cirurgia, ou aquando do embalamento do kit na CR com indicação dos DMUM constituintes do kit e sua reconfirmação no final da cirurgia, ou simplesmente antes e depois do procedimento cirúrgico. Variantes para um mesmo procedimento, que é consensualmente recomendado e referenciado como o método mais fiável para a prevenção da RIIQLC (AORN, 2018), quando realizado em momentos consensuais e explícitos na bibliografia, mas vulnerável ao erro humano (Warwick et al., 2019). Situação que direciona a AORN (2018) e mais recentemente a AHC MEDIA (2021), na defesa de uma reformulação das práticas e rotinas quotidianas instituídas para a redução do referido erro, que é reconhecido como um EA quase evitável, desde que respeitadas regras simples, mas continuamente desrespeitadas, mesmo nos países mais evoluídos (AESOP, 2011). Realidade contraposta por outros autores que se referem à evidência da persistência deste EA, mesmo em BOs com estratégias de segurança instituídas (AHC MEDIA, 2021), situação, para a qual, Rowland & Steeves (2010) apontam como solução, a existência de enfermeiros perioperatórios envolvidos no projeto de risco global da instituição, testando e implementando práticas de segurança, pois na sua perspetiva, com a qual concordo, os enfermeiros perioperatórios, enquanto prestadores de cuidados, estão melhor preparados para identificar e evidenciar as áreas problemáticas. Uma outra conclusão comum a todos os autores e evidenciada pela TJC (2018), é a exigência de programas de melhoria contínua, com a implementação de padrões e procedimentos que limitem a variabilidade na prática e, por conseguinte, tenham o potencial de reduzir a inconsistência e o erro humano (Warwick et al.,

2019), com recurso a protocolos que devem ser sempre realizados para um determinado processo, exceto em situações raras.

Outra solução consensual entre os autores consultados como o procedimento adequado para a prevenção da RIIQLC, é a combinação de vários protocolos, tais como, a contagem regular de DM, utilização de marcadores radiopacos, planeamento exato da cirurgia e a radiografia (Elsharydah, A. et al., 2016), recorrendo à tecnologia disponível, como adjuvante nesse processo. Recursos tecnológicos ainda não massificados pela falta de evidência do seu real benefício (Zarenezhad, 2017) versus o seu custo, associado ao facto de nenhum ser infalível (Rothrock, 2019). Esta constatação foi reconfirmada mais recentemente pela AHC MEDIA (2021), e por isso, provavelmente nunca consegui observar, nem utilizar nenhum destes sistemas, na minha prática, além dos marcadores radiopacos. Saliento que, qualquer que seja a tecnologia disponível à nossa disposição, o profissional não deverá confiar plenamente nessa tecnologia, passível de falha, já que essa margem adicional de segurança, poderá funcionar como elemento atenuador da atenção necessária ao procedimento, originando erros (Rothrock, 2019).

Dado que quotidianamente, na minha realidade e apesar de efetuada nos tempos operatórios defendidos pela bibliografia, a contagem dos DMUM de uma determinada cirurgia, é realizada pelo enfermeiro instrumentista sozinho, ao invés da intervenção dos dois enfermeiros de instrumentação e circulação e em alta voz (EORNA, 2020). Assim, considero que o procedimento realizado na minha realidade potenciador de dúvida e risco de falha nessa mesma contagem. À semelhança do registo dessa mesma contagem de DMUM, que é realizado com recurso a um formulário fechado apenas, com opção para indicar contagem correta ou incorreta, situação que, também considero, não ideal, perante a preconizada, que discrimina a contagem de cada DMUM interveniente na cirurgia, com recurso a listagem de cada kit, permitindo um registo seguro, confiável, com localização e histórico de determinado DM (EORNA, 2020). Listagens que na minha realidade, são inexistentes no primeiro momento do preenchimento da LVSC, ou seja, dentro da sala operatória, e presentes apenas na fase de reprocessamento, mas frequentemente desatualizadas. Realidade que impede a rastreabilidade dos DMUM no reprocessamento, com recurso à codificação conforme defendido pela EORNA (2020). Considero ambas as situações descritas, como pertencentes ao âmbito de responsabilidade da enfermagem perioperatória e, que se negligenciadas são potenciadoras de alguns dos erros mais frequentes na fase de reprocessamento, nomeadamente a atribuição de nomenclaturas erradas aos contentores com DMUM,

localizações erradas ou até mesmo em falta (Zhu et al., 2019),

Assim, munido da evidência e conhecimento disponível, relativamente a esta problemática, favoreci a discussão sobre a mesma nas equipas, refleti e tomei a decisão de inventariar todos os kits cirúrgicos do hospital, normalizando as nomenclaturas dos kits, tal como referido anteriormente. A informação foi inserida num único ficheiro .XLSX, integrando elementos facilitadores para uma consulta rápida, como filtros de conteúdo, consoante a especialidade / tipo de cirurgia / região anatómica / tipo de instrumental. Base de dados que disponibilizei para período de teste e utilização, tendo permanecido atento ao *feedback* dos colegas e aceitação da metodologia de pedido dos kits à CR, sentindo a necessidade de agilizar recorrendo ao automatismo no preenchimento do impresso de pedido à CR, mediante a pré-seleção efetuada pelo enfermeiro responsável por esse mesmo pedido. Da mesma forma, estruturei a possibilidade da respetiva impressão diretamente na CR, evitando, dessa forma as dificuldades naturais de comunicação telefónica, erros de interpretação da mensagem enviada, e simultaneamente, libertar tempo gasto no seu preenchimento e envio presencial, como até à data realizado.

Na vertente do registo e contagem intraoperatória de DMUM, nessa mesma folha de cálculo que desenvolvi, anexe, junto de cada kit, uma ligação para a fotografia de alta resolução, do referido kit, considerada como elemento facilitador para a fase do reprocessamento, que permite a sua rápida e precisa contabilização (Szekretar, 2021), e uma outra ligação para uma listagem por referência (elemento facilitador na fase de contagem intraoperatória, disponível para casos complexos, aumentando a precisão do registo das contagens de DMUM (Szekretar, 2021); na minha perspetiva, esta decisão resultou numa abordagem mais fácil, rápida e segura para a contagem de DMUM, método que internacionalmente encontrei associado a diversos benefícios, para o cliente e para os próprios profissionais, tais como:

- Diminuição da probabilidade de incidentes graves
- Procedimento de contagem simplificado e mais rápido utilizando recursos visuais
- Redução da pressão sobre os profissionais
- Maior controlo sobre os kits, garantindo retornos precisos dos DMUM
- Poupança devido à abertura de menos kits e à existência de menos DMUM para reprocessar
- Fácil identificação dos DMUM quando se procuram itens específicos
- Melhoria da familiarização dos DMUM para novos elementos
- Melhorias ergonómicas devido a informações mais claras sobre o conteúdo dos kits. (Szekretar, 2021, p. 1312)

Realço que este registo da contagem cirúrgica, bem como toda a documentação

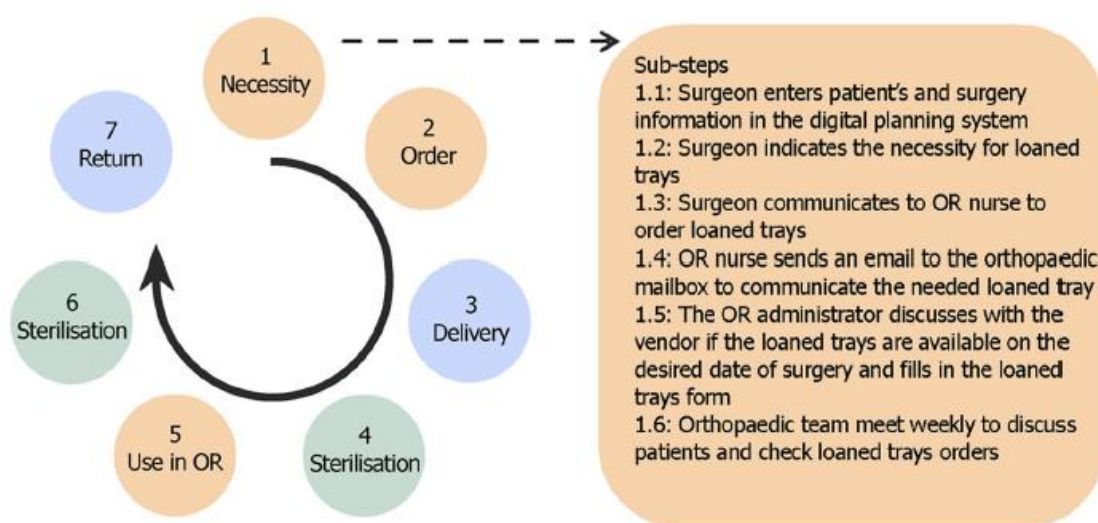
perioperatória, está direta ou indiretamente relacionada com a segurança do cliente e a prevenção de EA (Rothrock, 2019), razão pela qual, entendo o seu registo como um dever inerente ao enfermeiro, conforme explicito no Código Deontológico inserido nos estatutos da OE, nos termos do Decreto-lei 156/2015, constituindo um registo legal do cuidado fornecido, ou seja, poderá funcionar como elemento de defesa para o profissional, no caso de eventual lesão no cliente (Rothrock, 2019), permitindo, igualmente, transmitir toda a informação pertinente aos colegas intervenientes no episódio clínico, fundamental para a continuidade e qualidade dos cuidados (Berça, I., & Veiga-Branco, M., 2022).

Ultrapassei constrangimentos informáticos em ambos os serviços, nomeadamente na partilha em rede da impressora e na criação de pasta partilhada (acessível nos dois serviços e por todos os profissionais de enfermagem de ambos os serviços), com reuniões com o departamento de informática, direção de enfermagem do hospital e chefia do serviço. Como sugestão, considero esta tarefa de catalogar todos os kits cirúrgicos, como uma tarefa a executar com recurso a uma equipa de trabalho, destacada apenas para tal tarefa, dado o elevado número de kits envolvidos, razão pela qual, senti a necessidade de limitar e priorizar a disponibilização da foto e da lista por referência de cada kit, apenas à especialidade de ortopedia, porque além de mais complexos, geralmente são constituídos por um maior número de DMUM. Não considero, contudo, este inventário desenvolvido como ideal, quer pela existência de software profissional em comercialização com mecanismos de seguimento automático com recurso a leitura ótica, quer pela exigência de uma atualização quase diária do referido inventário (por situação de substituição/ extravio/ ou simples alteração da constituição dos kits). Reconheço, no entanto, como francamente animadores, tanto os resultados dos testes práticos por mim efetuados em relação a erros de nomenclatura, velocidade de envio do kit por parte da CR ou enganos de kits recebidos e não necessários. Animador e gratificante é também o facto de ter percecionado um problema e projetado uma solução viável e real, sendo reconhecida como necessária à instituição e já em fase de implementação e integração na plataforma de registo clínico. Este projeto possibilitou a mobilização dos conhecimentos teóricos para a prática e, conseqüentemente consolidação de competências, como EEEMCPSP e desenvolvimento de competências de mestre no desenvolvimento de soluções para a referida questão complexa e adaptação de conhecimentos a uma nova situação de prestação de cuidados.

Quanto à alteração de comportamentos no momento da contagem cirúrgica de DMUM, considero, não ter conseguido alterar significativamente, sendo a justificação mais

frequente, a falta de tempo para tal, apesar da sensibilização para tal necessidade. Limitação que reconheço, também existir, para resposta à problemática dos kits de empréstimo, kits que não residentes no BO, necessários e pedidos pelo cirurgião apenas para uma única cirurgia diferenciada, kits que, por essa razão, “viajam” entre os hospitais do país / Península Ibérica, com o intuito de colmatarem essa necessidade sem nunca pertencerem ao inventário de nenhum BO (Figura 6), e por essa razão, sem um controlo rígido do seu conteúdo e reprocessamento (OMS, 2018).

Figura 6 - Ciclo de empréstimo de kit em hospital com central de reprocessamento interna



Fonte: Zhu et al., (2019)

Kits que, conforme experiência própria, por vezes são desconhecidos dos profissionais que o irão utilizar, até ao momento da sua abertura na sala cirúrgica. Este procedimento de “empréstimo” é comum nas especialidades de ortopedia e neurocirurgia, e colmatada pelos profissionais que o reprocessam, contabilizam e utilizam, com recurso à fotografia, prévia à sua utilização, aquando da sua receção na CR. Estratégia que conforme pude verificar no estágio desenvolvido, é comum, mesmo quando o hospital possui mecanismos de rastreamento instituídos e automatizados, situação que no meu ponto de vista provem da incompatibilidade e inexistência de uniformização dos métodos de rastreamento e as marcas comerciais, associada ao carácter temporário para a utilização dos referidos kits de empréstimo.

Toda este referido processo de gestão dos kits de DMUM, efetuada pelo EEEMCPSP, engloba, inevitavelmente, a vertente do custo de aquisição e manutenção desses

mesmos DMUM, vertente com cada vez maior dimensão nas organizações de saúde, no sentido da sua contenção. Aspeto que promovi com o projeto, quer ao nível dos recursos humanos como materiais: atendendo a que por exemplo alguns assistentes operacionais foram libertos da deslocação à CR com os pedidos de kits cirúrgicos; à diminuição dos ciclos de reprocessamento desnecessários determinada pela melhoria da comunicação com o pedido, e inerente redução do consumo de recursos humanos para esse reprocessamento, número de horas de funcionamento do esterilizador, o próprio desgaste dos DMUM reprocessados e todo o material necessário para o seu embalamento.

Posso ainda, extrapolar a diminuição do risco ILC, ao diminuir por exemplo o tempo cirúrgico (ao não parar uma cirurgia a decorrer, à espera da substituição de um kit errado por outro), e também a já referida diminuição do risco para RIIQLC. Reflexão que permite indicar como provável a influência deste mecanismo, em todos os referidos indicadores, mas com a certeza de que pelo menos funciona como elemento de empoderamento ao enfermeiro, aquando da realização do pedido à CR, porque permite a visão global dos kits disponíveis para determinado procedimento, melhorando, a meu ver, as condições e qualidade do exercício profissional, e só por isso já justificado.

Estes resultados parecem enquadrar-se nos padrões de qualidade de cuidados de enfermagem especializados, exigidos para o exercício profissional. Realço a minha colaboração na sua observância, capacidade que consegui desenvolver especialmente no corrente triénio 2020 – 2023, ao integrar a Comissão de Apoio Técnico à Mesa Colégio Especialidade de Enfermagem Médico Cirúrgica, como elemento afeto à secção regional da Região Autónoma Madeira, função que me permite prestar assessoria técnica e científica no âmbito da competência de emissão de pareceres e acompanhar o exercício profissional, tarefa que encaro como desafiante, decorrente da responsabilidade de emitir juízos e de refletir sobre as suas implicações éticas e sociais, ao nível da entidade reguladora nacional.

2.4. Comunicação

Como futuro mestre numa profissão alicerçada em evidência científica relevante, em que a respetiva ordem profissional exige na prática diária, uma busca pela melhoria contínua com recurso a investigação e conhecimentos publicados, bem como a sua disseminação entre os pares, indivíduo/ família através da educação, orientação e aconselhamento (Regulamento nº 140/2019), vejo as competências comunicacionais e o próprio conhecimento profissional, como objetos de constante reflexão e aprendizagem contínua.

Transpondo para a temática em estudo, perceciono logo a sua verdadeira dimensão, tanto pela responsabilidade do enfermeiro perioperatório (Rothrock, 2019) no sucesso da contagem cirúrgica, como pela seriedade dos EA que se pretendem evitar, a sua complexidade e a especificidade do ambiente cirúrgico, onde o trabalho em equipe multidisciplinar é citado como fator-chave (AORN, 2018) para a segurança do cliente. Razões que no meu ponto de vista, justificam o treino da comunicação interdisciplinar, como defendido por Susmallian et al. (2022), bem como a necessidade de reflexão sobre a dignidade da vida humana e o respeito do princípio da beneficência, com formação e consciencialização para este problema (Endicott et al., 2020).

Evolução formativa que consigo perspetivar como um elemento facilitador da minha capacidade de comunicar aos meus pares e, simultaneamente, influenciar positivamente o atendimento ao cliente, dado que uma deficitária comunicação poderá resultar num pior desempenho clínico, maior prevalência de erros e afetar a segurança do cliente (AORN, 2018). Esta, foi enriquecida durante as práticas clínicas com os diversos contextos enfrentados ao longo deste curso, tanto nas referidas competências comunicacionais, na relação terapêutica, como no cuidado integral à pessoa/família, como com a discussão nas diversas equipas de enfermagem com enfermeiros especialistas e enfermeiros peritos das diferentes áreas com quem contactei, todos com distintos *backgrounds* do meu.

Situação que comprovei, igualmente, na sua vertente académica, nomeadamente no Encontro de Benchmarking do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – 2022, ao integrar o grupo avaliador das apresentações de póster, onde para cada trabalho apresentado fomentei uma posterior discussão pública, essencial, tanto para esclarecimento de dúvidas como apresentação de observações relativas a cada tema. Avaliação que recorreu a um cuidadoso preenchimento de grelhas relativas ao conteúdo científico e metodologia de apresentação, que constituem o registo factual da pontuação de cada um dos posters concorrentes nesse encontro nacional de EEMC. Ainda na vertente académica, fundamentei e desenvolvi a minha capacidade de comunicação e apresentação de ideias, com as apresentações e discussões em grupo de todos os trabalhos realizados, avaliados como parte integrante das UCs, do referido curso.

Na vertente de prática clínica, e referindo-me especificamente ao curso de mestrado, tive a oportunidade de acompanhar o cliente nas três fases do perioperatório, desde a marcação da intervenção (ensino de preparação) ao seguimento pós-cirúrgico, principalmente no ensino clínico do Módulo I da UC Estágio com Relatório – Cirurgia de Ambulatório, no

serviço de hemodinâmica, no qual os objetivos incidiam sobre o capacitar para a gestão da experiência cirúrgica e adequar estratégias de comunicação, entre outros, com o acompanhamento e participação na consulta de preparação, no pré-operatório, que permite a disponibilização de esclarecimentos sobre o procedimento, e na qual a pessoa significativa pode intervir e é encorajada a manifestar dúvidas ou receios. Numa fase posterior ao procedimento, destaco igualmente, a consulta de seguimento, onde é avaliado o estado de saúde, eventuais complicações, queixas ou incapacidades do cliente, com a reaplicação das mesmas escalas da consulta pré-operatória, com o intuito de avaliar resultados da intervenção e promover o ensino, se necessário.

Tratam-se de áreas de reconhecida importância, mas no meu dia-a-dia, um pouco esquecidas ou treinadas, pela condicionante temporal e foco no intraoperatório e toda a sua necessária preparação, não significando, contudo, que não as promova no acolhimento do cliente, apresentando-me, que confirme a sua identificação, jejum ou alergias, nem incentive a colocação de dúvidas, mas num contexto diferente e bem mais limitativo do que na consulta. Da minha experiência, e ao encontro do preconizado pela bibliografia, comprovo que toda esta resumida intervenção de enfermagem, de uma forma global, resulta na diminuição da ansiedade do cliente / família, situação que aliada às competências específicas e à maximização da segurança desta mesma pessoa em situação perioperatória, me permite afirmar que o EEEMCPSP é uma mais-valia numa unidade de hemodinâmica e na cirurgia de ambulatório (EORNA, 2019).

Também na vertente prática, mas nouro contexto, consegui desenvolver esta competência comunicacional, ao apresentar, expor, e justificar a minha intenção da realização deste projeto em reunião com os enfermeiros gestores dos dois serviços envolvidos, direção de enfermagem do hospital, direção clínica da instituição, repetindo-a aos colegas do serviço em quatro sessões, programadas ao longo de um mês com o intuito de abranger todas as equipas do horário rotativo. Reuniões que também envolveram outras categorias profissionais, como o departamento de informática, onde foi discutida a melhor forma de adaptação ao contexto real, e como efetivar a resposta projetada e desejada a dois grandes problemas reais no serviço, por um lado a desatualização e inexistência de listagens do conteúdo dos kits cirúrgicos e sua acessibilidade por parte dos profissionais no momento de reprocessamento e no momento de contagem intraoperatória, e noutra vertente diretamente relacionada, a deficitária codificação, dúbia nomenclatura dos referidos kits e metodologia para o seu pedido para o BO.

2.5. Autoaprendizagem

É do senso comum que a área da saúde exige um profissional com capacidade de intervenção com fundamento científico, razão pela qual, considero a competência de autoformação como essencial no meu percurso profissional e pessoal, facto que me levou desde o meu primeiro dia como portador de cédula profissional, a participar em eventos de natureza científica de enfermagem, com especial dedicação aos relacionados com o perioperatório, considerando esses momentos de partilha de conhecimentos e eventos de natureza científica, cruciais para a promoção de cuidados enfermagem perioperatória seguros. Destaco a submissão de dois pósteres científicos relacionados com as competências desenvolvidas como EEEMCPSP, fruto da pesquisa bibliográfica, em coautoria com colegas do presente curso, no âmbito das UC frequentadas, nomeadamente:

- “O futuro da Enfermagem Perioperatória: Aprendendo com o mapa concetual” contextualizando o passado, presente e futuro da enfermagem perioperatória, com recurso a um mapa concetual que se mostrou uma ferramenta eficaz para uma fácil retenção da aprendizagem (desenvolvido no âmbito da UC - Enquadramento concetual da enfermagem perioperatória).

- “Avaliação inicial do cliente idoso no pré-operatório: o quê e como avaliar?”, com a identificação dos parâmetros e instrumentos específicos para a avaliação inicial do cliente idoso no contexto perioperatório, fundamental para promover a individualização dos cuidados e diminuir os riscos associados à cirurgia e hospitalização (desenvolvido no âmbito da UC - Cirurgia geriátrica: contextos e desafios.).

Saliento também, como elemento da Comissão de Apoio Técnico da Mesa de Colégio da especialidade EMC, entidade organizadora do Encontro de Benchmarking do Colégio da EEMC "Necessidades complexas... respostas inovadoras", a moderação da mesa dedicada à pessoa em situação perioperatória, com o título de “Transversalidade de contextos em BO”, nesse mesmo encontro nacional de EMC, em que um dos temas abordados e discutidos foi exatamente o reprocessamento de DM, com problemáticas apresentadas e posteriormente discutidas em perfeita consonância com o tema deste relatório. Realidade que me permitiu inquirir e discutir com colegas considerados peritos nas suas áreas de atuação, e que me “obrigou” a uma pesquisa prévia e análise dos problemas major de cada área abordada. Encontro que possibilitou-me igualmente a frequência de um workshop – “Instrumentação em *damage control*”, com troca de conhecimento relacionado com a gestão e

controlo dos DMUM, nomeadamente, mecanismos e técnicas adaptativas para um contexto *life saving*, em que é obrigatório priorizar outros cuidados, com vista a própria sobrevivência do cliente, mantendo contudo a nossa já referida, obrigação, como enfermeiro instrumentista / circulante, de gerir e controlar todos os DM intervenientes nesse ato cirúrgico, fator com importância relevante, entre outros, para a RIIQLC (Warwick, V. et al., 2019).

Sinto que a aprendizagem auto-orientada ou autónoma, ajuda na integração e apropriação do conhecimento na prática diária, permitindo-me uma intervenção com uma maior autonomia, eficiência, baseada nesse conhecimento aprofundado na área, melhorando a capacidade de tomada de decisão, compreensão e resolução de problemas decorrentes desse exercício. Capacidade inerente ao grau de mestre, mas que considero intimamente interligada, com o desenvolvimento das competências comuns e específicas definidas pela OE para o EEEMCPSP, tal como demonstrado com o planeamento dos estágios e a elaboração do projeto de autoformação, com a necessária adaptação às restrições impostas pela pandemia em curso, além da essencial pesquisa pela mais recente evidência científica para fundamentação dos objetivos traçados, com análise e reflexão constante no decurso das diferentes UCs, sobre a pertinência e efetivação de desenvolvimento das competências pretendidas.

Acresce, num âmbito fora da referida área de atuação, mas com reconhecido interesse pessoal, ao ousar procurar, aprofundar e testar todo o meu conhecimento amador na vertente informática, com recurso ao modo *e-learnig* e pesquisa por tutoriais, para criar o ficheiro de inventariação dos kits cirúrgicos, conforme idealizado, que além da base de dados pura e simples, necessitaria de elementos facilitadores para a consulta rápida, tais como filtros de conteúdo para a especialidade / tipo de cirurgia / região anatómica / tipo de instrumental. Em simultâneo, e correspondendo a um nível de utilizador avançado, avancei para a autoaprendizagem dos conceitos base da linguagem de programação, denominada como *visual basic* e aceite pelo Excel®, a qual possibilitou a disponibilização de funções macro, com o automatismo facilitador de preenchimento do impresso, para quem realiza o pedido dos kits cirúrgicos à CR.

CONCLUSÃO

O cuidado prudente e congruente com a consciência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória (AESOP, 2015), uma área de atuação da enfermagem que sempre entendi como uma das mais específicas e oficialmente reconhecida pela OE, em 2018, ao integrá-la na especialidade EMC, definindo o seu próprio corpo de conhecimento, regido por padrões de qualidade. Área à qual me dediquei, desde 2001, desde que iniciei funções no BO, como enfermeiro instrumentista/ circulante. Executando duas funções reconhecidas ao enfermeiro perioperatório e que exigem práticas e conhecimentos específicos (Regulamento N° 429/2018) determinantes para a excelência dos cuidados.

A referida dedicação e evolução profissional neste ambiente perioperatório foi-me reconhecida, no ano de 2019, fruto da submissão e análise da minha súmula curricular e profissional, com o título de EEEMCPSP, pela OE. Reconhecimento fundamentado no meu percurso profissional e académico, que entendi como um investimento pessoal, profissional e organizacional, com repercussões evidentes na saúde e bem-estar do cliente cirúrgico e fortalecido com a frequência no primeiro Curso de Mestrado nessa área, com redação do relatório final de estágio, no qual, procurei expor e demonstrar o aperfeiçoamento das competências de enfermeiro especialista, assim como a aquisição e desenvolvimento das competências de segundo ciclo.

Como parte integrante do referido curso, iniciei os ensinamentos clínicos numa unidade considerada de cirurgia em regime ambulatorio, mais concretamente numa unidade de radiologia de intervenção, com todo o seu aparato desafiante da emergência inserido num contexto tecnológico inovador e onde a intervenção especializada do enfermeiro nas três fases do procedimento (pré, intra e pós) depara-se com iguais problemáticas às da minha prática no BO, nomeadamente, no que se refere ao registo dos DM, preocupação com a segurança da contagem dos DMUM e sua disponibilidade para o procedimento. Intervenção especializada, também similar e transponível, para a realidade do BO, quanto à prevenção da retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico, com a qual tentei envolver-me e direccionar para o desenvolvimento da minha prática clínica baseada na evidência científica. Nos campos de estágio seguintes, no BO e CR, partindo de um projeto de autoformação/intervenção, dediquei-me à unidade de competência de promoção da gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, idealizando e desenvolvendo uma

ferramenta facilitadora da exigida precisão da contagem dos DMUM, reduzindo assim, a probabilidade de erro no complexo processo da contagem cirúrgica. Esta permite a qualquer elemento da equipa de enfermagem perioperatória ter o controlo sobre quais os DMUM que deveria ter num determinado procedimento, quais os efetivamente contabilizados e presentes, e quais os reprocessados, independentemente de qualquer substituição na equipa, estratégias, capacidades ou comportamentos individuais, intervindo simultaneamente na redução da possibilidade de erro, ao facilitar a gestão diária dos DMUM (Bubric et al., 2019), o que no meu ponto de vista, impossibilitaria quaisquer dúvidas, que nunca deveriam ser admissíveis nem passíveis de ocorrerem, nesta gestão dos DMUM intraoperatória, dado que a evidência indica que apesar das inúmeras normas e recomendações existentes para a contagem dos DM pela equipa de enfermagem, os DM continuam a ficar retidos em cavidades do corpo (Warwick et al., 2019).

Ações que num âmbito académico permitiram-me aperfeiçoar competências e desenvolver o pensamento crítico-reflexivo, ampliando, desse modo, o foco da minha atenção do saber fazer para a necessidade da sua fundamentação numa prática que priorize a segurança da pessoa em situação perioperatória, exigindo para tal, o planeamento e o iniciar de atividades com estratégias diferenciadas, tais como, reuniões com os enfermeiros peritos na área do risco global, gestores dos três BOs e CRs visitados, reflexão sobre as práticas clínicas com enfermeiros coordenadores do GL-PPCIRA, inventariação e normalização de todos os kits cirúrgicos e sua disponibilização a todos os profissionais do BO e CR. Partilhando experiências entre os profissionais dos dois serviços complementares e com primordial importância no resultado final de todo o processo cirúrgico do cliente, mas que muitas vezes demonstram profissionais e atividades não sincronizadas, entre si. Além do âmbito académico, foi possível iniciar a transição para a implementação real no serviço, após o reconhecimento da sua efetiva necessidade. Razão pela qual, reuni também com os gestores hospitalares, divulgando a ferramenta de trabalho, testando a sua aplicabilidade e coordenando a melhor forma para integrá-la na plataforma informática do hospital, ao mesmo tempo que sensibilizei para a referida problemática e seus contornos, muitas vezes desconhecidos a quem não diretamente envolvido, disseminando, dessa forma, conhecimento científico pertinente a cada um dos contextos laborais. Sensibilizando para a temática em questão e necessidade de alterar práticas enraizadas, no sentido de promover e envolver toda a equipa de enfermagem, nesta procura por cuidados perioperatórios mais seguros, prudentes e competentes, baseados na evidência científica. Promovendo a segurança cirúrgica, tema

debatido e com reconhecido destaque entre os autores, derivada da situação de vulnerabilidade em que o cliente se encontra e nefastas consequências de alguma falha nesse processo.

Considero, pois, ter desenvolvido, a minha capacidade de trabalho integrado numa equipa multidisciplinar, crescendo e aprendendo num tema desafiante e exigente, com recurso a uma metodologia descritiva e reflexiva, que me possibilitou inteirar da essencial correlação entre a competência, identidade profissional e experiências de aprendizagem acumuladas nesta vertente da enfermagem perioperatória. Identifico, desse modo, este projeto, apesar do seu âmbito académico, como útil e enriquecedor se transportado para a prática. Realidade que começa a ser palpável, dado neste momento, integrar uma comissão responsável para a sua implementação, e aperceber-me da sua aceitação e reconhecida necessidade por outras classes, direção hospitalar e serem já visíveis algumas repercussões no meu local de trabalho. Experiências acumuladas, que considero congruentes com as competências de mestre nesta mesma área, e que me permitiram o treino de uma comunicação inequívoca e coerente com todos os intervenientes aquando da sua idealização para uma eventual implementação. Aprofundamento do meu conhecimento ao contexto em causa e principalmente o treino do processo de tomada de decisão consciente e fundamentada, que neste momento se reflete ao mais alto nível institucional.

Acredito, porém, que o mesmo só terá interesse para o utilizador, se percecionado como uma ferramenta, e não mais um registo para efetuar/ consultar. Defendo também, que só cumprirá o seu objetivo, se efetivamente se mantiver permanentemente atualizado e com fácil acesso por parte de todos os profissionais do BO e CR.

Como fatores limitativos, saliento o horário pós-laboral do curso e o contexto pandémico vivenciado nesse período, realidade dificultadora para o planeamento das atividades extrainstitucionais. Identifico também a resistência inerente à alteração de procedimentos estabelecidos entre dois serviços dentro de uma mesma instituição. Porém o fator motivacional, a valorização pessoal e profissional, mas essencialmente o envolvimento da equipa de enfermagem, foram cruciais para a sua concretização.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Sistema Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. https://www.acss.min-saude.pt/publicacoes/Instalacoes_Equipamentos/Recomendacoes_Tecnicas/Recomenda%C3%A7%C3%B5es%20T%C3%A9cnicas%20para%20Bloco%20Operat%C3%B3rio%2005%20de%202011.pdf
- AHC MEDIA. (2021). Retained Surgical Objects: The Centuries-Long Search for Solutions. *Same-Day Surgery*, 45(6), 1–2.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório*. Espaço Gráfico.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2015). Reconhecimento da individualização da especialidade clínica em enfermagem perioperatória. *Revista da Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses*, 14(39), 4-9.
- Association of periOperative Registered Nurses. (2018). Guidelines on unintended retention of a foreign body focuses on counting and communication. *Briefings on Accreditation & Quality*, 29(6), 6–8.
- Bashaw, M. A., & Keister, K. J. (2019). Perioperative strategies for surgical site infection prevention. Retrieved from <https://aornjournal.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1002/aorn.12451>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática clínica de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Berça, I., & Veiga-Branco, M. (2022). Indicadores de segurança e gestão de risco sensíveis aos cuidados de saúde: perspetiva dos profissionais de enfermagem. *Servir*, 2(02), e26552. <https://doi.org/10.48492/servir0202.26552>

- Bilbao, M. (2005). Enfermeiro instrumentista – sim ou não?. AESOP revista, 6(18), 7-12.
- Birolini, Dário & Rasslan, Samir & Utiyama, Edivaldo. (2016). Unintentionally retained foreign bodies after surgical procedures. Analysis of 4547 cases. Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. 43. 12-17. <https://doi.org/10.1590/0100-69912016001004>
- Blikkendaal, M. D., Driessen, S. R. C., Rodrigues, S. P., Rhemrev, J. P. T., Smeets, M. J. G. H., Dankelman, J., van den Dobbelsteen, J. J., & Jansen, F. W. (2018). Measuring surgical safety during minimally invasive surgical procedures: a validation study. *Surgical Endoscopy*, 32(7), 3087–3095. <https://doi.org/10.1007/s00464-018-6021-7>
- Brykczynski, K. A. (2021). Patricia Benner: Caring, Clinical Wisdom, and Ethics in Nursing Practice. In Alligood, M. R. (2021). *Nursing theorists and their work* (10th ed.). Elsevier - Health Sciences Division, 101-116.
- Bubric, K., Martel, J., Laberge, J., & Litvinchuk, S. (2019). Factors Contributing to Incorrect Surgical Counts and System-Based Prevention Strategies. *ORNAC Journal*, 37(4), 13–38.
- Bubric, K. A., Biesbroek, S. L., Laberge, J. C., Martel, J. A., & Litvinchuk, S. D. (2021). Prevalence and Characteristics of Interruptions and Distractions During Surgical Counts. *Joint Commission Journal on Quality & Patient Safety*, 47(9), 556–562. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2021.05.004>
- Bubric, K. (2021). Managing Interruptions and Distractions during Surgical Counts. <https://www.jointcommission.org/resources/news-and-multimedia/blogs/improvement-insights/2021/09/managing-interruptions-and-distractions-during-surgical-counts/>
- Cambotas, C., Bilbao M. (2000). Ser instrumentista no contexto da enfermagem perioperatória. AESOP revista, 1(2), 5-6.
- Carvalho, A. (2011). Gestão do Risco Clínico – Segurança do Doente. (Trabalho para obtenção de grau de Mestrado em Enfermagem Comunitária, Universidade Católica Portuguesa). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa. https://www.academia.edu/6248299/Gest%C3%A3o_do_Risco_Cl%C3%ADnico

- Camargo, Fernanda & Iwamoto, Helena & Galvão, Cristina & Pereira, Gilberto & Andrade, Raymann & Masso, Giovanna. (2018). Competences and Barriers for the Evidence-Based Practice in Nursing: an integrative review. *Revista Brasileira de Enfermagem*. 71. 2030-2038. 10.1590/0034-7167-2016-0617.
- Cheng, H., Chen, B. P., Soleas, I. M., Ferko, N. C., Cameron, C. G., & Hinoul, P. (2017). Prolonged Operative Duration Increases Risk of Surgical Site Infections: A Systematic Review. *Surgical infections*, 18(6), 722–735. <https://doi.org/10.1089/sur.2017.089>
- Correia, T., Martins, M., Forte, E., (2017). Processos desenvolvidos por gestores de enfermagem face ao erro. *Revista de Enfermagem*. 4 (12), 75-83.
- Decreto-Lei nº 161/1996. **Diário da República** Série I-A. 205 (04/09/1996). [Consult. jan. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Decreto-Lei nº 65/2018. **Diário da República** Série I. 157 (16/08/2018). [Consult. nov. 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.tretas.org/dre/3435133/decreto-lei-65-2018-de-16-de-agosto>
- Decreto-Lei nº 156/2015. **Diário da República** Série I. 181 (16/09/2015). [Consult. out. 2022]. Disponível em WWW: <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Despacho nº 1400-A/2015. **Diário da República** Série II. 28 (10/02/2015) 2-10. [Consult. 15 set 2022]. Disponível em WWW: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>
- Despacho nº 9390/2021. **Diário da República** Série II. 179 (14/09/2021) 96-103 [Consult. 25 mai 2022]. Disponível em WWW: < <https://dre.pt/dre/detalhe/portaria/179-2021-170322930> >.
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa (2023). [Consult. 05 jan 2023]. Disponível em WWW: < <https://dicionario.priberam.org/Mestre> >.
- Direção Geral da Saúde (2010). Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas.

<https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/manual-de-implementacao-da-lista-de-verificacao-de-seguranca-cirurgica-da-oms-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional da Segurança do Doente: Relatório Técnico Final. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/classificacao-internacional-sobre-seguranca-do-doente-png.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2013). Norma n.º 002/2013/DQS: Cirurgia Segura, Salva Vidas. <https://anes.pt/wp-content/uploads/2017/05/Norma-Cirurgia-Segura-Salva-Vidas-.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2020). Norma nº 005/2018 atualizada a 10/01/2020: Avaliação da Cultura de Segurança do Doente nos Hospitais. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0052018-de-20022018-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 031/2013 atualizada a 17/11/2022: Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0312013-de-31122013-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma nº 020/2015 atualizada a 17/11/2022: Feixe de Intervenções para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Duarte, A., Martins, O. (2014). Enfermagem em bloco operatório. Lidel.

European Centre for Disease Prevention and Control. (2019). Healthcare-associated infections: surgical site infections. *ECDC. Annual epidemiological report for 2017*. Stockholm

European Operating Room Nurses Association. (2019). *Common core curriculum for perioperative*, (3ªed), 1 – 50. <https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/>

European Operating Room Nurses Association. (2020). *EORNA Best Practice for*

perioperative care, (2nd ed.). <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2020/09/EORNA-Best-Practice-for-Perioperative-Care-Edition-2020.pdf>

- Elsharydah, A., Warmack, K. O., Minhajuddin, A., & Moffatt-Bruce, S. D. (2016). Retained surgical items after abdominal and pelvic surgery: Incidence, trend and predictors-observational study. *Annals of medicine and surgery (2012)*, *12*, 60–64. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2016.11.006>
- Endicott, K. M., Drucker, C. B., Orbay, H., DuBose, J. J., Nagarsheth, K., Toursavadkahi, S., & Sarkar, R. (2020). Intraoperative Fragmentation and Retention of Endovascular Devices: Clinical Consequences and Preventative Strategies. *Vascular and Endovascular Surgery*, *54*(2), 118–125. <https://doi.org/10.1177/1538574419886193>
- Fencl, Jennifer. (2016). Guideline Implementation: Prevention of Retained Surgical Items. *AORN Journal*. 104. 37-48. [10.1016/j.aorn.2016.05.005](https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.05.005).
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. 10, 17-26.
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes - uma abordagem prática*. Lidel
- Freitas, P. S., Mendes, K. D. S., & Galvão, C. M. (2017). Surgical count process: evidence for patient safety. *Revista Gaucha de Enfermagem*, *37*(4), e66877. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.66877>
- Gomes, E., dos Santos, M., de Araújo, S., Assunção, M., & Püschel, V. (2019). Contagem cirúrgica e segurança do paciente na perspectiva do circulante de sala operatória. *Revista SOBECC*, *24*(1), 37-42. <https://doi.org/10.5327/10.5327/Z1414-4425201900010008>
- Guédon, A. C. P., Wauben, L. S. G. L., van der Eijk, A. C., Vernooij, A. S. N., Meeuwssen, F. C., van der Elst, M., Hoeijmans, V., Dankelman, J., & van den Dobbelsteen, J. J. (2016). Where are my instruments? Hazards in delivery of surgical instruments. *Surgical Endoscopy*, *30*(7), 2728–2735. <https://doi.org/10.1007/s00464-015-4537-7>
- Guerra, A. (2011). Qualidade / erro no bloco operatório: a estratégia da checklist. *AESOP*

revista. 12 (34), 5–10.

- Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Ravnøy, M., Storesund, A., Jurmy, E., Thakkar, B., Haaverstad, R., Skeie, E., Valen, H. W., Sevdalis, N., & Haugen, A. S. (2022). Development and validation of patients' surgical safety checklist. *BMC health services research*, 22(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07470-z>
- Hetland, B., McAndrew, N., Perazzo, J., & Hickman, R. (2018). A qualitative study of factors that influence active family involvement with patient care in the ICU: Survey of critical care nurses. *Intensive & critical care nursing*, 44, 67–75. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2017.08.008>
- Higham, H., Vincent, C. (2021). Human Error and Patient Safety. In: Donaldson, L., Ricciardi, W., Sheridan, S., Tartaglia, R. (eds) *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management*. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_3
- Internacional Council of Nurses. (2006). *Dotações seguras salvam vidas: Instrumentos de Formação e Acção*. Revisão Ordem dos Enfermeiros, Lisboa
- Karam, M. (2020). A word from the president. *EORNA News*. <https://us16.campaign-archive.com/?u=53a85c37f858d05c9b6cd429a&id=06e8773fbd>
- Landers, R. (2015), Reducing Surgical Errors: Implementing a Three-Hinge Approach to Success. *AORN Journal*, 101: 657-665. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.04.013>
- Lima, S. (2011). *Sistema de Notificação de Eventos Adversos: Contributos para a Melhoria da Segurança do Doente*. (Dissertação Mestrado em Gestão da Saúde. Universidade Nova de Lisboa - Escola Nacional de Saúde Pública). <https://run.unl.pt/bitstream/10362/9417/3/RUN%20-%20Disserta%20c3%a7%20c3%a3o%20de%20Mestrado%20-%20Sara%20Lima.pdf>
- Le Boterf, G. (2015). *Construire les compétences individuelles et collective: Ressources humaines* (7^a ed.). Paris: Eyrolles.
- Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., Rodrigues, T. (2020). Implementação de uma

bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia. *Rev. Rol enferm.* 43(1), 97-103.

Ministério da Saúde. (2015). Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios. Relatório Final. http://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao_situacao_nacional_blocos_operatorios_Outubro2015.pdf

Nascimento, C., & Ferrão, S. (2016). De mestrando a mestre: impacto da formação no desenvolvimento profissional percebido pelos enfermeiros. *Formação e desenvolvimento profissional dos enfermeiros.* 47-110. Lusodidacta.

Ordem dos Enfermeiros. (2006). *Tomada de posição sobre segurança do cliente.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/EnunciadoPosicao_23Abr2007.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Parecer do conselho jurisdicional 248: condições do exercício.* https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocyj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *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. (2019). *Regulamento da Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem.* https://www.aper.pt/Ficheiros/Consulta%20P%C3%BAblica/dot_3.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). *Atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista por via da certificação individual de competências.* https://www.ordemenfermeiros.pt/media/18759/circular-informativa-n-cicd_2019_2-de-07_08_2019.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de>
- Ordem dos Enfermeiros. (2022). *Parecer nº 184/2022: Competências dos Enfermeiros do Serviço de Reprocessamento de Dispositivos*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/26728/parecer-n%C2%BA-184_comp%C3%A2ncias-dos-enfermeiros-do-servi%C3%A7o-de-esteriliza%C3%A7%C3%A3o_anonimizado.pdf
- Organização Mundial Saúde. (2018). *Global guidelines for the prevention of surgical site infection*. <https://apps.who.int/iris/rest/bitstreams/1168437/retrieve>
- Organização Mundial Saúde (2019). *Patient safety: key facts*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
- Picado, A. (2013). *Gestão de Risco e Efetividade de Cuidados de Reabilitação*. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem - área de Especialização Gestão, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa). <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/15944/1/Gest%C3%A3o%20de%20Risco%20e%20Efetividade%20de%20Cuidados%20de%20Reabilita%C3%A7%C3%A3o.pdf>
- Pires, M., Rego A. (2016). *Visita pré-operatória de enfermagem: importância da sua implementação*. *Revista Servir*. 5-6 (59), 54-59. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/23467/17466/89885>
- Rebelo, S. M. S. R. S. (2013). *Segurança do Doente no Bloco Operatório* (Dissertação de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra). <https://repositorio.esenfc.pt/private/index.php?process=download&id=26954&code=125>

Regulamento nº 140/2019. **Diário da República** II Série. 26 (06/02/2019) 4744 - 4750.
[Consult. 27 jun 2021]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/140-2019-119236195>>.

Regulamento nº 429/2018. **Diário da República** II Série. 135 (16/07/2018) 19359 - 19370.
[Consult. 27 mar 2021]. Disponível em WWW: <
<https://dre.pt/application/conteudo/115698617>>.

Regulamento nº 507/2019. **Diário da República** II Série. 112 (12/06/2019) 17647 - 17648.
[Consult. 27 mai 2021]. Disponível em WWW:
<<https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/507-2019-122541373>>.

Regulamento nº 729/2021. **Diário da República** II Série. 151 (05/08/2021) 189 - 203.
[Consult. 10 ago 2022]. Disponível em WWW: <
<https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2021/08/2S151A0000S00.pdf>>.

Regulamento nº 743/2019. **Diário da República** 2ª série. 184 (25/09/2019) 128 - 155.
[Consult. 7 nov 2022]. Disponível em WWW: <
<https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>>.

Rothrock, J. C. (2019). *Alexander`s care of the patient in surgery* (16ªed.). Elsevier.

Rowlands A, & Steeves R. (2010). Incorrect surgical counts: a qualitative analysis. *AORN Journal*, 92(4), 410–419. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2010.01.019>

Silver, D., Kaye, A. D., & Slakey, D. (2020). Surgical Flow Disruptions, a Pilot Survey with Significant Clinical Outcome Implications. *Current Pain & Headache Reports*, 24(10), N.PAG. <https://doi.org/10.1007/s11916-020-00896-2>

Sousa, P., Mendes, W. (2019). *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde*. Proqualis. <https://proqualis.net/sites/proqualis.net/files/Seguran%C3%A7a%20do%20Paciente%20Conhecendo%20os%20riscos%20nas%20organiza%C3%A7%C3%B5es%20de%20sa%C3%BAde.pdf>

Susmallian, S., Raskin, B., & Barnea, R. (2016). Surgical sponge forgotten for nine years in

the abdomen: A case report. *International journal of surgery case reports*, 28, 296–299. <https://doi.org/10.1016/j.ijscr.2016.10.026>

Susmallian, S., Barnea, R., Azaria, B. (2022). Addressing the important error of missing surgical items in an operated patient. *Israel Journal of Health Policy Research*, 11. <https://doi.org/10.1186/s13584-022-00530-z>

Szekretar, A. (2021). Easier, quicker, safer: an enhanced instrument count procedure. *British Journal of Nursing*, 30(22), 1312–1313. <https://doi.org/10.12968/bjon.2021.30.22.1312>

The Joint Commission (2018). Tips to avoid getting tagged by TJC for unintended retained foreign objects. *Medical Environment Update*, 28(8), 9–11.

The Joint Commission (2021). *Sentinel Event Data - General Information & 2022 Q1, Q2 Update*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-general_information-june-2022.pdf

The Joint Commission (2022). *Comprehensive Accreditation Manual for Ambulatory Care*. https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sentinel-event-policy/camac_22_se_all_current.pdf

Warwick, V. R., Gillespie, B. M., McMurray, A., & Clark-Burg, K. G. (2019). *The patient, case, individual and environmental factors that impact on the surgical count process: An integrative review*. *Journal of Perioperative Nursing*, 32(3), 9–19. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1057>

World Health Organization & International Council of Nurses. (2009). ICN framework of disaster nursing competencies. http://www.wpro.who.int/hrh/documents/icn_framework.pdf

Zarenezhad, M., Gholamzadeh, S., Hedjazi, A., Soltani, K., Gharehdaghi, J., Ghadipasha, M., Hosseini, S. M., & Zare, A. (2017). Three years evaluation of retained foreign bodies after surgery in Iran. *Annals of medicine and surgery (2012)*, 15, 22–25. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2017.01.019>

- Zejnnullahu, V. A., Bicaj, B. X., Zejnnullahu, V. A., & Hamza, A. R. (2017). Retained Surgical Foreign Bodies after Surgery. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 5(1), 97–100. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2017.005>
- Zhu, X., Yuan, L., Li, T., & Cheng, P. (2019). Errors in packaging surgical instruments based on a surgical instrument tracking system: an observational study. *BMC Health Services Research*, 19(1), 176. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4007-3>

APÊNDICES

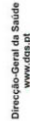
APÊNDICE A – INVENTÁRIO KITS CIRURGICOS DO BO

The image displays a highly detailed and dense inventory table for surgical kits. The table is oriented vertically and contains numerous columns and rows of data. The columns likely represent different categories of surgical instruments, materials, and their respective quantities or specifications. The rows list individual items, with some rows highlighted in red, possibly indicating specific items of interest or those that are out of stock. The text is small and dense, typical of a detailed inventory list. The table is divided into several sections by vertical lines, and there are some red horizontal bars across the middle of the page, possibly indicating a break or a change in the data structure.


The image shows a highly detailed and dense table, likely a financial or administrative ledger. The table is oriented vertically on the page. It consists of numerous columns and rows of data. Several rows are highlighted with red horizontal bars. A vertical dashed line runs through the middle of the table. The right side of the table is partially obscured by a grey vertical bar. The text within the table is small and difficult to read, but it appears to be organized into distinct sections or categories.

ANEXOS


ANEXO A – LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA



Ministério da Saúde



World Health Organization
A World Alliance for Safer Health Care



Ministério da Saúde

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)

Antes da incisão da pele
(Time out)

Antes do doente sair da sala de operação
(Sign out)

(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesiista)

O doente confirmou a sua identidade, o local, o procedimento e deu consentimento?

Sim

Não

O local está marcado?

Sim

Não aplicável

A verificação do equipamento de anestesia e da medicação está concluída?

Sim

Não

O oxímetro de pulso está no doente e em funcionamento

Não

Sim

O doente possui:

Alergia conhecida?

Não

Sim

Via aérea difícil ou risco de aspiração?

Não

Sim e equipamento/assistência acessível

Risco de perda > 500ml de sangue (7ml/Kg em crianças)?

Não

Sim e : 2 acessos IV/central e administração de fluidos planeada

Tipagem e sangue disponível

Sim

Não Aplicável

(Na presença do enfermeiro, do anestesiista e do cirurgião)

Confirmar que todos os elementos da equipa se apresentaram indicando os seus nomes e funções

Confirmar o nome do doente, o procedimento e o local da incisão

A profilaxia antibiótica foi administrada nos últimos 60 minutos?

Sim

Não aplicável

A profilaxia tromboembólica foi administrada?

Sim

Não aplicável

Antecipação de eventos críticos

O cirurgião enuncia em voz alta

Quais são os passos críticos ou fora da rotina

O tempo planeado para o caso

Qual a perda de sangue prevista

O Anestesiista enuncia em voz alta

Há alguma preocupação específica com o doente?

A equipa de enfermagem enuncia em voz alta

A esterilização (incluindo os indicadores) foi confirmada?

Existem problemas com os equipamentos/dispositivos ou qualquer outra preocupação?

Estão visíveis exames imagiológicos essenciais ou outros?

Sim

Não Aplicável

Esta lista de verificação não deve ser considerada exaustiva e não exclui planeamento prévio, aditamentos e modificações a nível da prática local são incentivados

Revisão 1/2009 © WHO, 2009

Fonte: <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/seguranca-cirurgica-lista-de-verificacao.aspx>