



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

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

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA
NA GARANTIA DA SEGURANÇA EM CONTEXTO
DE BLOCO OPERATÓRIO**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA PORTUGUESA



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA NA GARANTIA DA SEGURANÇA EM CONTEXTO DE BLOCO OPERATÓRIO

Relatório de Estágio

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Relatório de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória sob orientação da Professora Mestre Isabel Miranda.

Oliveira de Azeméis, 2023

“If I have seen further it is by standing on the shoulders of giants”

“Se vi mais longe foi por estar sobre ombros de gigantes”

- Isaac Newton

AGRADECIMENTOS

Este trabalho é o culminar de uma caminhada longa, com uma travessia que parecia não ter fim. O desafio e as motivações foram enormes, contudo com alguns momentos de angústia e sofrimento, ultrapassados pelos afetos, carinho e amizade daqueles que em mim acreditam.

Agradeço a Deus pela família fantástica e maravilhosa que me deu e pelos amigos únicos e singulares que cruzaram o meu caminho ao longo da vida.

Não podia deixar de agradecer à Professora Isabel Miranda pelo profissionalismo, dedicação, apoio e carinho.

À Enfermeira Teresa Reis pelo apoio e disponibilidade, orientação, dicas e recomendações que me foram úteis, assim como pela amizade demonstrada ao longo deste percurso e a todos os Enfermeiros do BO do CHUPorto pela disponibilidade.

Às minhas colegas de estágio pela motivação e companheirismo... Obrigado Ana Teixeira, Cláudia Brás e Ilda Landeiro.

À minha esposa Helena Neto Gonçalves, pela compreensão e paciência, carinho, afeto e incentivo!

Ao Conselho de Administração que permitiu realizar este estágio no Bloco de Ortopedia do Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUPorto).

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

ALDRETE- avaliação dos seguintes parâmetros: atividade do paciente, respiração, circulação, consciência e saturação de oxigénio

AESOP - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações

BIS - Índice Bispectral

BO - Bloco Operatório

BRADEN- Escala de risco dos pacientes críticos de desenvolverem lesões por pressão

CHUP – Centro Hospitalar Universitário do Porto

DGS – Direção Geral de Saúde

Enf^a. - Enfermeira

Enf^o. – Enfermeiro

EMC- Enfermagem Médico-Cirúrgica

ESSNorteCVP - Escola Superior de Enfermagem de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

EVA - Escala Visual Analógica

FACES - Escala de faces de *Wong-Baker* medição da dor

FLACC- *Face, Legs, Activity, Cry, Consolability*

IACS- Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ISBAR- Identificação, Situação clínica, Contexto assistencial, Avaliação

MORSE - Escala de Quedas de *Morse*

P - Página

PADS -Escala de Avaliação de Bloqueio Motor

PBE- Prática Baseada na Evidência

PNSD- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

OMS – Organização Mundial de Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

RASS- *Richmond Agitation-Sedation Scale*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ScR – *Scoping Review*

UCPA- Unidade Cuidados Pós Anestésicos

RESUMO

O estágio do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória, permite obter uma visão geral do funcionamento de uma unidade de saúde e de toda a dinâmica operatória que nela existe e, posteriormente um contacto e participação nos procedimentos clínicos. Um Enfermeiro que se candidata a grau de Mestre deve-se sustentar de conhecimentos obtidos através da prática na evidência e de rigoroso conhecimento científico. Deve saber aplicar esses conhecimentos na resolução de situações novas e deve saber por fim comunicar as suas conclusões.

A finalidade do presente relatório é dar cumprimento à conclusão do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica Área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

A apresentação do relatório está estruturada em duas partes distintas, que obviamente se complementam. A parte I corresponde à componente de estágio, começamos com um enquadramento do contexto de estágio, seguidamente, tendo por base os princípios orientadores do processo formativo definidos pela Escola e as competências comuns e específicas do Enfermeiro especialista e competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica com Especialização na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória o objetivo é apresentar as atividades realizadas ao longo do estágio, explicando-se como é que estas permitiram e contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das várias competências, fazendo também uma análise e reflexão sobre a aquisição dessas competências. Recorremos à metodologia descritiva das atividades e reflexão tendo por base, além da nossa experiência profissional em contexto de perioperatório, a mais recente evidência científica.

A Parte II corresponde à componente de investigação científica sobre a utilização da *checklist* instituída pela OMS em contexto operatório. Fazemos a fundamentação /enquadramento teórico iniciando com o tema da Segurança Cirúrgica e seguimos com uma abordagem sobre a Enfermagem perioperatória. Apresentamos a metodologia que seguimos para realizar uma *Scoping Review* e seguidamente apresentamos também a finalidade e os objetivos. Definimos o PCC (população, conceito e contexto), critérios de inclusão e exclusão e expomos o desenho do estudo. Realizamos uma revisão da literatura baseado numa *Scoping Review* para mapear os principais conceitos da utilização da *checklist* instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em contexto operatório. Procedemos com a apresentação e discussão dos resultados e terminamos com a conclusão.

O desenvolvimento das competências do Enfermeiro especialista e o trabalho de investigação permitiu-nos aprimorar os conhecimentos em domínios específicos de enfermagem e demonstrar níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. Além disso, a responsabilidade ética do Enfermeiro especialista inclui a descodificação, disseminação e realização de investigações relevantes que permitam avançar e melhorar a prática da enfermagem baseados na evidência.

ABSTRACT

The internship of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing in the area of nursing specialization for the person in a perioperative situation, allows obtaining an overview of the operation of a health unit and all the operative dynamics that exist in it and, subsequently, contact and participation in the clinical procedures. A Nurse who applies for a Master's degree must rely on knowledge obtained through practical evidence and rigorous scientific knowledge. He must know how to apply this knowledge in resolving new situations and must finally know how to communicate his conclusions.

The purpose of this report is to fulfill the completion of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing Specialization Area in Nursing for the Person in Perioperative Situation.

The presentation of the report is structured in two distinct parts, which obviously complement each other. Part I corresponds to the internship component, starting with a framework of the internship context, then, based on the guiding principles of the training process defined by the School and the common and specific skills of the specialist nurse and specific skills of the specialist nurse in medical nursing -surgical with specialization in nursing to the person in a perioperative situation the objective is to present the activities carried out during the internship, explaining how these allowed and contributed to the acquisition and development of the various skills, also making an analysis and reflection on the acquisition of these skills. We resorted to the descriptive methodology of activities and reflection based on, in addition to our professional experience in the perioperative context, the most recent scientific evidence.

Part II corresponds to the scientific research component on the use of the checklist established by the WHO in an operative context. We make the foundation/theoretical framework starting with the topic of Surgical Safety and continue with an approach on perioperative Nursing. We present the methodology we follow to carry out a scoping review and then we also present the purpose and objectives. We defined the PCC (population, concept and context), inclusion and exclusion criteria and exposed the study design. We carried out a literature review based on a Scoping Review to map the main concepts of using

the checklist established by the WHO in an operative context. We proceed with the presentation and discussion of the results and end with the conclusion.

The development of Specialist Nurse skills and research work has enabled us to improve knowledge in specific nursing domains and demonstrate high levels of clinical judgment and decision-making. In addition, the ethical responsibility of the specialist nurse includes the decoding, dissemination and carrying out of relevant investigations that allow advancing and improving the practice of nursing based on evidence.

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 - Modelo PCC	94
Tabela 2 – Síntese dos Resultados	106

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Print Screen da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica	75
Figura 2 - Diagrama PRISMA.....	98

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1: Plano de Formação.....	129
Anexo 2: Higiene das Mãos e Uso de Luvas.....	135
Anexo 3: Práticas Recomendadas no Tratamento de Instrumentais Cirúrgicos	137
Anexo 4: Formação sobre as Competências Não Técnicas do Enfermeiro Perioperatório	138
Anexo 5: Formação sobre Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória	140
Anexo 6: Formação sobre o Uso de Luvas Cirúrgicas no Bloco Operatório – Recomendações	141
Anexo 7: Funções do Enfermeiro Coordenador do Bloco Operatório	143
Anexo 8: A Avaliação de Risco e Seleção das Luvas PBCI.....	147
Anexo 9: Formação sobre a Metodologia ISBAR como Melhoria na Transição de Cuidados do Intraoperatório para UCPA.....	148
Anexo 10: Comunicação Livre em forma de Poster: Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória.....	151
Anexo 11: Limpeza e Desinfecção de Superfícies Ambientais no Bloco Operatório	154
Anexo 12: Procedimentos de Descontaminação – Resíduos de Risco.....	157
Anexo 13: Compromisso para a Humanização Hospitalar.....	158
Anexo 14: Guia de Acolhimento no Bloco Operatório.....	160
Anexo 15: Folha de Materiais Zimmer	161
Anexo 16: Protocolo de Gastos de Material de Ortopedia CICA	162
Anexo 17: Protocolo de Gastos de Material Cirúrgico do Bloco de Ortopedia CHUP.....	163
Anexo 18: Certificado AESOP	164
Anexo 19: Congresso dos Enfermeiros OE	165
Anexo 20: VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos da CHUP	166
Anexo 21: Iª Convenção Internacional dos Enfermeiros OE.....	167
Anexo 22: Envolvimento do doente na Segurança do Doente	168

Anexo 23: Análise de Dados Quantitativos com SPSS	169
Anexo 24: Informação Quantitativa e Qualitativa	170
Anexo 25: Revisão Sistemática da Literatura	171
Anexo 26: Projeto de Investigação – da Teoria à Prática	172
Anexo 27: A Segurança nos Cuidados em Análise OE.....	173
Anexo 28: Registos no Perioperatório OE (Auditoria)	174
Anexo 29: GOBI e EBSCOhost.....	175
Anexo 30: A Estratégia de Testagem na Gestão da COVID-19.....	176
Anexo 31: Parecer favorável pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento	177
Anexo 32: Parecer favorável para alteração do título do estudo de Investigação	178

ÍNDICE GERAL

Introdução.....	22
Parte I – Componente de Estágio	28
1. Enquadramento dos Contextos de Estágio.....	30
1.1. Estágio em Contexto de Bloco Operatório	31
Caracterização do Bloco de Especialidade de Ortopedia	31
2. Competências Comuns do Enfermeiro Especialista.....	33
Atividades Realizadas/ Competências Desenvolvidas	33
2.1. Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	33
2.2. Melhoria Contínua da Qualidade	35
2.3. Gestão dos Cuidados	36
2.4. Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	37
3. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	38
3.1. Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória	38
3.1.1. Cuidar da Pessoa em Situação Perioperatória e Respetiva Família/Pessoa Significativa..	38
3.1.2. Maximiza a Segurança da Pessoa em Situação Perioperatória e da Equipa Pluridisciplinar, Congruente com a Consciência Cirúrgica	45
3.1.3. Liderança do Processo de Prevenção e Controlo de Infecção Associado aos Cuidados Perioperatórios	47
3.1.4. Promove a Gestão e Controlo dos Dispositivos Médicos Utilizados no Perioperatório....	48
4. Atividades Desenvolvidas.....	50
5. Considerações Finais	62
Parte II – Componente de Investigação.....	65
1. Resumo	67
2. Abstract	69

3. Fundamentação/Enquadramento Teórico	72
4. Finalidade e Objetivos	92
5. Metodologia	93
5.1. Desenho do Estudo	99
5.2. Considerações Éticas	99
6. Resultados	100
7. Discussão.....	107
8. Conclusão	113
Considerações Finais	115
Referências.....	116
Anexos.....	128

INTRODUÇÃO

A sociedade em que vivemos encontra-se em constante mudança e inovação, o que exige dos profissionais uma atualização constante dos conhecimentos, reclamando uma atitude de permanente reflexão crítica sobre o que nos rodeia. Com um número crescente de doentes de âmbito cirúrgico que carecem de cuidados diferenciados, surgem cada vez mais situações complexas e de responsabilidade nos Blocos Operatórios (BO). A maioria destes doentes e os seus familiares não se encontram conscientes nem preparados para vivenciar o ambiente cirúrgico, o que também se verifica nos próprios profissionais que evitam este confronto por falta de preparação, de conhecimento e/ou por não reconhecerem a importância da família no contributo para o sucesso cirúrgico. Fernandes (2014) refere que:

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias comprovam a dicotomia entre os seus discursos, enfatizando os cuidados centrados na família, mas as práticas continuam centradas nos indivíduos (*El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Fisher, et al., 2008; Benzein, Johnsson, Arestedt, & Saveman, 2008*). As intervenções nas famílias são até mais deficientes em ambientes hospitalares, particularmente em unidades de cuidados críticos (*Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2009, p. 53*).

O mesmo Autor afirma mesmo que “todos os profissionais que trabalham nas mais diversas áreas dos cuidados de saúde, nomeadamente no hospital, devem possuir conhecimentos sobre como avaliar e intervir na família, percorremos este percurso em prol da mudança das práticas” (Fernandes, 2014, p. 217).

Até porque segundo Oliveira:

o alvo dos nossos cuidados é o doente e a família, parece-nos importante estudar a parte a que damos “menos” atenção, que é a família, por estarmos envolvidos intensamente com a outra parte, que é o doente. Estamos a prestar cuidados àquele que está dentro do Bloco Operatório, esquecendo ou minimizando uma parte integrante do doente que é a família, que muitas vezes está do lado de fora preocupada e relegada para segundo plano (Oliveira, et al., 2014, p. 28).

As transições saúde-doença requerem incorporação de novo conhecimento, alteração de comportamento e, por isso, uma nova identidade no contexto social de forma à pessoa conseguir atingir bem-estar e as avaliem para desencadear estratégias de adaptação, para lhe fazer face, pois segundo *Meleis*:

Changes in health status may provide opportunities for enhanced well-being and expose individuals to increased illness risks, as well as trigger a process of transition. Vulnerability may be conceptualized as a quality of daily lives uncovered through an understanding of clients' experiences and responses during times of transition. In this sense, vulnerability is related to transition experiences, interactions, and environmental conditions that expose individuals to potential damage, problematic or extended recovery, or delayed or unhealthy coping. Clients' daily lives, environments, and interactions are shaped by the nature, conditions, meanings, and processes of transition experiences (Meleis et al., 2000, p.13).

Nesse sentido “*Nurses often are the primary caregivers of clients and their families who are undergoing transition. They attend to the changes and demands that transitions bring into the daily lives of clients and their families*” (Meleis et al., 2000, p. 13). O desafio para os enfermeiros envolvidos perante a necessidade de suporte nos processos de transição, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas, com vista a proporcionar estabilidade e sensação de bem-estar.

Atendendo à cientificidade da nossa profissão, enquanto enfermeiros especialistas, a Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece-nos “competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área de especialidade” (OE, 2019, p. 4744).

Para que estas orientações da OE sejam verificadas nos serviços é necessário um trabalho contínuo na busca da excelência. Assim, aquisição de novas competências e/ou o desenvolvimento de outras torna-se uma exigência profissional.

Os estágios permitem não só a aplicação da teoria a situações da prática clínica, mas permitem ao aluno transformar-se enquanto pessoa e os conhecimentos adquiridos na escola, confrontados com os saberes da prática trabalhada a partir da sua própria experiência, vão permitir o processo de aquisição de competências e saberes para agir nesse contexto.

Atualmente a missão do Enf.º perioperatório é garantir e disponibilizar ao doente cirúrgico, cuidados de enfermagem específicos e de qualidade.

Num hospital, o Enfermeiro pode desenvolver atividades bastante variadas desde os cuidados gerais ou especializados a utentes, funções de ensino, gestão ou direção..., mas há uma área por vezes negligenciada que se deixada ao acaso pode influenciar todas estas funções. A segurança influencia todas as atividades clínicas dum hospital.

Em 2010, Fragata diz-nos que o ambiente do bloco operatório é caracterizado por erros latentes que são ameaça à segurança do doente prevalecendo os erros e acidentes que vão desde as interrupções do fluxo cirúrgico, acidentes minor ou de maior gravidade. Estes erros e acidentes influenciam tanto os cuidados como a gestão de um bloco ou o financiamento das entidades hospitalares (Fragata, 2010).

Como enfermeiros que tem o desígnio da proteção dos utentes no seu cuidar somos obrigados a garantir a sua segurança e realizar com a máxima eficiência a realização da *checklist* cirúrgica. É amplamente reconhecido seja pelas autoridades de saúde seja pelas administrações hospitalares que o número de Enfermeiros, bem como a sua educação, qualificação e condições em que praticam a sua atividade, estão diretamente relacionados com a qualidade e segurança nas suas funções e nos cuidados prestados nas diversas áreas clínicas. Havendo Enfermeiros em número suficiente, com os conhecimentos e capacidades adequadas a exercer funções com competências adequadas estes são decisivos para alcançar os objetivos ajudando à melhoria em diversos indicadores, tais como mortalidade, resultados clínicos, qualidade de atendimento, satisfação do cliente e custos associados. (Lopes et al., 2018). Por a segurança clínica acabar por influenciar todas as áreas clínicas a Organização Mundial da Saúde (OMS) devido à gravidade e à dimensão do problema, orientou padrões que devem ser aplicados nas instituições de saúde para melhorar a segurança do cuidado cirúrgico.

Apostar na qualidade da assistência é prática habitual em muitos serviços de saúde, proporcionar ferramentas facilitadoras que garantam a segurança do utente certamente é um fator decisivo na confiança deste sobre o ambiente, assim como na organização, que assumiu a responsabilidade de o tratar nas melhores práticas e com os profissionais mais competentes. Visto que os blocos operatórios são caracterizados por serem ambientes de alta complexidade onde mesmo os pequenos erros podem ser fatais, é importante estruturar a assistência prestada de maneira sistemática e objetiva, onde os profissionais dos Blocos possam comunicar de forma clara, objetiva e padronizada para evitar erros.

Assim a OMS recomendou a “adoção de uma lista de verificação (*checklist*) em três momentos: antes da indução anestésica, antes da incisão cutânea e antes da saída do doente da sala de cirurgia”, (WHO, 2009a. p.4) para que essa comunicação e estruturação do trabalho dentro de um BO fosse efetuado com mais segurança e eficácia.

O bloco operatório necessita de enfermeiros que possuam conhecimentos e competências específicas, para as aplicar na prática complexa que caracteriza o BO que é um local de risco e suscetível a erros que podem provocar lesões muitas vezes irreparáveis. Vasconcelos num artigo de revisão integrativa refere que:

a atuação do enfermeiro na aplicação da *checklist* em modo geral não é eficaz. São necessárias estratégias de implantação do instrumento nas instituições que não o utilizam bem como sua aplicação. Sugere-se atualização profissional para melhor entendimento do conteúdo, enfatizando a importância da utilização da *checklist* cirúrgico. (Vasconcelos et al., 2018,p.57)

Por outro lado, *“Notwithstanding the lack of randomized controlled trials, synthesis of the existing body of evidence suggests a relationship between checklist use in surgery and fewer postoperative complications”* (Gillespie et al., 2014, p.1380).

Pretende-se assim estudar especificamente a realização da *checklist* de cirurgia segura instituída pela Organização Mundial de Saúde (OMS), como instrumento que permite melhorar as práticas cirúrgicas nos blocos operatórios. O relatório de estágio apresenta-se assim como um elemento fundamental sobre o processo de desenvolvimento de competências do aluno ao longo do estágio, dado que permite ao estudante, através da reflexão crítica, perceber se as atividades desenvolvidas, as intervenções, o desempenho foram de encontro aos objetivos pessoais e preconizados pela instituição de ensino, e, ao mesmo tempo o relatório de estágio surge como um objeto de avaliação que permitirá perceber qual o contributo do estágio em questão para o crescimento pessoal e profissional do aluno.

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

Assim, a realização do Estágio II tem como objetivo principal: o desenvolvimento de competências nos domínios da prática profissional, ética e legal, da prestação e gestão de cuidados e do desenvolvimento profissional no âmbito da Enfermagem médico-cirúrgica. Ao longo de todo o relatório recorreremos à metodologia analítica, descritiva e reflexiva. A finalidade é descrever e refletir sobre a aquisição de práticas, conhecimentos e competências

adquiridas enquanto futuro enfermeiro Mestre, servindo ao mesmo tempo de instrumento de avaliação para poder concluir todo o processo formativo.

Por fim, quanto à estrutura do presente relatório, este encontra-se organizado em duas partes:

- Parte I - Componente de Estágio - sendo que nesta primeira parte se pretende apresentar o contexto de estágio, bem como as competências comuns e as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória adquiridas através das atividades de estágio realizadas.

- Parte II - Componente de investigação: Faremos uma *Scoping Review* que permite dar resposta a uma questão claramente definida. O objetivo principal é mapear a melhor evidência científica sobre a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica instituída pela Organização Mundial de Saúde.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Safety means never having to say you're sorry!

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O presente documento foi elaborado com o intuito de identificar os nossos objetivos de estágio no âmbito 2º Ciclo de Estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica - Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Enfermagem de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Ser Enf.º num Bloco Operatório implica um vasto leque de conhecimentos técnico-científicos ético-legais e sócio relacionais, adquiridos tanto em contexto formativo, como na interação diária com o doente perioperatório, os seus familiares e restante equipa. A formação contínua funciona como um alicerce para que o conhecimento adquirido na prestação de cuidados construa um saber sólido, que permita ao Enf.º, responder eficazmente aos desafios que esta área exige.

Assim, tendo por base os princípios orientadores do processo formativo definidos pela Escola e as competências específicas do Enf.º Especialista em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória definidas pela OE, seguem-se os objetivos a alcançar durante este estágio.

Objetivos:

1. Desenvolver práticas de enfermagem demonstrando consciência cirúrgica em todas as intervenções no período do perioperatório, com base na melhor evidência científica, de forma a maximizar a segurança da pessoa a vivenciar uma situação cirúrgica, até ao final do mês de maio de 2022:
 - Fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as competências do Enfermeiro especialista em EMC em contexto de BO;
 - Analisar o processo de execução do protocolo de cirurgia segura (lista de verificação de cirurgia segura) no BO do CHUP;
 - Participar ativamente na formação sobre a realização da lista de verificação de cirurgia segura, no sentido de intervir rápida e eficazmente, com a equipa multidisciplinar para o correto preenchimento;
 - Elaborar normas para cumprimentos das regras de segurança cirúrgica através da elaboração de protocolos nas áreas da gestão e controlo dos dispositivos médicos de empresas consignadas utilizados no BO;
2. Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à pessoa em situação perioperatória como contributo para o empoderamento da mesma, até ao final de maio de 2022:

- Colaborar no processo de auditoria e certificação da qualidade do BO e na sua dinamização;
 - Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção em congruência com a consciência cirúrgica;
3. Aplicar em contexto clínico, as competências específicas do Enf.º especialista em EMC na área à pessoa em situação perioperatória, adquiridas durante a formação académica como Mestrando:
- Adquirir conhecimentos na área da gestão e organização do serviço, nomeadamente a nível de recursos materiais e humanos, tendo em vista a melhoria dos cuidados;
 - Desenvolver competências ao nível do que está definido pela instituição e pelo serviço sobre o papel do Enf.º responsável de turno e coordenação de um BO elaborando um manual de execução;

1.1. Estágio em contexto de Bloco Operatório

CARACTERIZAÇÃO DO BLOCO DE ESPECIALIDADE DE ORTOPEDIA

O serviço onde desenvolvemos a nossa atividade profissional como mestrando foi no BO de Ortopedia.

O desenvolvimento da cirurgia e da anestesia tem permitido nos últimos anos a realização de operações com menor agressividade e com uma recuperação mais rápida, mas de complexidade cada vez mais exigente. O Centro Hospitalar Universitário do Porto (CHUP) tornou-se numa referência nacional neste domínio, tendo operado mais de 4.000 doentes neste regime cirúrgico (CHUP, 2022).

O BO de Ortopedia do CHUP distingue-se pela qualidade dos equipamentos médicos nos blocos operatórios, consultórios, salas de recobro, salas de pré-lavagem, armazéns de consumíveis, salas de sujos/limpos e é composto por 3 salas de operações para as diversas cirurgias.

A realização dos registos de enfermagem no BO é concretizada informaticamente, através do SClínico e do Circuito do Medicamento. O CHUP é um hospital que tenta ser “*paper free*”.

Dada a importância que deve ser atribuída à segurança dos cuidados prestados, no serviço em causa, são cumpridas as dotações seguras, estando estabelecido o rácio de 3 enfermeiros por sala de cirurgia e um enfermeiro por cada três doentes na UCPA.

No que respeita ao método de trabalho de enfermagem adotado no serviço, é o método individual, sendo atribuída a responsabilidade pelo planeamento, execução, avaliação e registo dos cuidados, ao enfermeiro destacado para os doentes e salas que lhe são atribuídos. Apesar deste método adotado, o trabalho em equipa é também utilizado e muito valorizado.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

ATIVIDADES REALIZADAS/ COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

As atividades desenvolvidas tiveram como base o projeto elaborado e as diretrizes inerentes aos regulamentos que balizam as funções dos Enfermeiros Especialistas, reconhecidas pela OE.

Segundo o Regulamento nº 140/2019 da OE as competências comuns do enfermeiro especialista são as “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (OE, 2019, p.4745).

As competências comuns têm por base quatro domínios: responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019).

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

De acordo com o regulamento nº 140/2019 da OE, o enfermeiro especialista deve desenvolver

uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. O mesmo tem também o dever de “informar o indivíduo e a família no que respeita os cuidados de enfermagem e atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem

(OE, 2019, secção II, artigo 5º, pág. 4745).

De igual modo, o enfermeiro deve manifestar respeito pelas capacidades, valores, crenças e desejos do doente. Tendo por base estas premissas, nos cuidados que prestamos, consideramos que a nossa atividade profissional foi desenvolvida com responsabilidade, encarando o doente na sua globalidade e individualidade.

Manifestamos respeito pela autonomia e liberdade do doente, informando-o dos cuidados que prestamos e solicitando o seu consentimento, sempre que o seu estado de consciência o permitiu e a sua capacidade de tomada de decisão não estivesse afetada.

O enfermeiro perioperatório demonstra competências especializadas no cuidado à pessoa em situação perioperatória e na garantia da segurança congruente com a consciência cirúrgica, consciência esta que deve responsabilizar-nos pelos procedimentos efetuados à pessoa em situação perioperatória pois esta aceita submeter-se a um estado de consciência alterado e a ficar num estado de vulnerabilidade física e emocional confiando que os cuidados prestados sejam de excelência e seguros (Regulamento nº 429/2018, 2018). Nos casos em que o estado de consciência não permita a decisão necessária deve ser sempre reconhecida a liberdade de escolha e a sua autonomia. Quando em estado de vulnerabilidade que é expressa como a impossibilidade de a pessoa responder com os seus próprios recursos devemos procurar através da nossa consciência cirúrgica respeitar eticamente e agir em benefício do doente cumprindo o que está protocolado quanto ao consentimento informado nomeadamente em casos de urgência em que o doente não possa responder positivamente aos procedimentos a efetuar para seu benefício.

A Entidade Reguladora da Saúde (2020) referiu que

Excecionalmente, o profissional de saúde pode prestar os cuidados de saúde sem obter o consentimento prévio do utente:

- quando o utente está impossibilitado de exprimir a sua vontade e o consentimento só puder ser obtido com adiamento que implique perigo para a sua vida ou perigo grave para o seu corpo ou saúde;

Ou

- quando o consentimento tiver sido dado para certa intervenção, tendo vindo a realizar-se outra intervenção diferente, como meio para evitar um perigo para a vida, corpo ou saúde do utente; (ERC, 2020, p. 1)

Na nossa interação com o doente, além da relevância que atribuímos a observação atenta, e à monitorização e vigilância contínua, consideramos a relação com o mesmo como eixo dos cuidados, enfatizando a comunicação, pautando os cuidados pelo respeito pela igualdade e equidade, assim como pela dignidade, privacidade e intimidade do doente.

2.2 Melhoria contínua da qualidade

No domínio da melhoria contínua da qualidade, o enfermeiro especialista desempenha um importante papel através da responsabilidade de garantir dinamização no “desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e no desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” assim como assegurando “um ambiente terapêutico e seguro” (OE, 2019, p.4745).

No âmbito desta unidade de competência, procuramos no nosso exercício profissional o desempenho de atividades inerentes à área de gestão de equipamentos em ligação ao departamento de qualidade realizando auditorias dos registos e monitorização de carros de emergência, desfibrilhadores, monitores, ventiladores de transporte, termómetros, frigoríficos e equipamentos clínicos em geral em ligação com a Enf.^a Especialista em EMC do BO de Ortopedia.

O Enfermeiro especialista deve fazer uma avaliação do risco inerente à situação clínica e procedimentos. Além da supervisão das condições ambientais fundamentais à segurança de todos os equipamentos em contacto direto e indireto com o doente (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Por exemplo a realização da *checklist* da cirurgia segura prevê num dos itens na fase antes da incisão a verificação se todos os equipamentos estão funcionantes e cabe a equipa de enfermagem assegurar que há condições de segurança para avançar na realização do procedimento cirúrgico. Este trabalho é feito a montante pelos Enfermeiros em ligação aos departamentos de qualidade e departamento de equipamentos na monitorização das manutenções preventivas e corretivas.

O enfermeiro especialista deve sensibilizar para a necessidade destes registos, comunicação de anomalias nos equipamentos para garantir a operacionalidade dos equipamentos, manutenção de segurança do ambiente cirúrgico, e concomitante preservação da qualidade dos cuidados. Consciente desta evidência, no trabalho desenvolvido ao longo do estágio, estivemos envolvidos na gestão do risco, fomentando a sinalização de situações que constituam perigo para a realização de cuidados seguros. A título de exemplo, quando ocorre alguma não conformidade em qualquer equipamento deve ser reportado ao responsável de turno e por fim notificar à Gestão do Risco em última instância.

2.3 Gestão dos cuidados

O domínio da gestão dos cuidados abarca competências inerentes à gestão dos cuidados de enfermagem, mediante “a otimização da resposta da equipa de enfermeiros e articulação da mesma na equipa de saúde. Incide também na adaptação da gestão e liderança dos recursos existentes ao contexto e situações, tendo em vista a garantia de cuidados de qualidade” (OE, 2019, p. 4748).

Há várias atividades que realizamos conjuntamente com a Enf.^a tutora especialista em EMC Teresa Reis no BO pelo facto de ela ser a responsável do serviço. Como tal, efetuamos em parceria a gestão da equipa de enfermeiros procurando motiva-los, partilhando experiências e conhecimentos. Este aspeto atinge particular relevo, pelo facto de terem sido admitidos no serviço nos últimos anos, alguns Enfermeiros com pouca experiência, requerendo acompanhamento e aquisição de um leque diversificado de conhecimentos. Reconhecendo que o Enf.^o é responsável pelas decisões que toma, assim como pelos atos praticados e que delega, procuramos aperfeiçoar a capacidade de tomada de decisão em situações para as quais fomos solicitados principalmente na gestão dos equipamentos e consumíveis cirúrgicos indispensáveis às cirurgias marcadas.

Ao nível da gestão dos cuidados, preocupamo-nos em estabelecer prioridades prevenindo possíveis complicações, e na colaboração nas decisões da equipa de saúde, articulando os enfermeiros do turno com a restante equipa multidisciplinar nomeadamente ao nível das admissões (com os Anestesiologistas para decidir os doentes a serem operados da Urgência), acompanhamento do doente e toda a dinâmica das salas operatórias. Outra experiência que tivemos no BO, devido às características da pandemia de Covid 19, foi enquanto responsável de turno coordenar em articulação com a Enf.^a tutora a restante equipa de enfermagem, equipa médica e assistentes operacionais. Fizemos a reorganização do serviço em termos de mobilização e alocação dos doentes, pois as entradas e saídas de doentes foram radicalmente transformados. É um processo que influencia a gestão de equipamentos clínicos, que requereu uma comunicação eficaz entre a equipa multidisciplinar, já que envolveu a gestão de materiais (monitores, material envolvidos na prestação de cuidados, equipamentos), higienização do espaço físico e das unidades, cumprimento dos circuitos e garantia da continuidade dos cuidados aos restantes doentes a operar.

No que respeita a gestão de recursos materiais sempre que ocorreram avarias de equipamentos, procedemos à sua sinalização e quando ocorreu rutura de *stock* de fármacos,

efetuamos o respetivo pedido aos serviços farmacêuticos através do programa Gestão Hospitalar de Armazém e Farmácia (GHAF) em tempo útil. Diariamente também fazíamos a contabilização de todos os consumíveis consignados no bloco para as cirurgias e rececionávamos os instrumentais e consumíveis para as cirurgias, entregues pelas empresas médicas.

2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Ao nível das aprendizagens profissionais, o Enfermeiro Especialista deve desenvolver o autoconhecimento e assertividade e basear a sua prática clínica especializada na evidência científica (OE, 2019). Com o intuito de conseguir dar resposta à multiplicidade de responsabilidades no cuidado ao doente, tivemos sempre a preocupação de atualizar os nossos conhecimentos, participando em formações em contexto de trabalho e em congressos cujas temáticas consideramos pertinentes para o nosso enriquecimento, nomeadamente ao nível das temáticas cirúrgicas, utilização de equipamento de proteção individual, transporte de doente crítico, investigação e sistemas de informação.

A par destas formações, sempre que necessitamos, consultamos as bases de dados do CHUP disponibilizado para profissionais (*ESBCOhost*) e da OE, para consultar artigos de relevância para a nossa prática, a fim de nos mantermos atualizados sobre as evidências científicas. No BO exercemos funções de Enf.º circulante, instrumentista e de anestesiologia e também na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA).

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

3.1. COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

De acordo com a OE, as competências específicas dos enfermeiros especialistas são as que “decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas,” (OE, 2019, p.4745).

A OE sublinha que os cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória tem como alvo a:

pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/ pessoa significativa a vivenciar em processos de saúde/ doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19366).

3.1.1. Cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

O doente em situação perioperatória é caracterizado como um indivíduo que se apresenta numa situação vulnerável pois aceita ser submetido a um estado de consciência alterado e aos riscos inerentes a esses procedimentos, impossibilitado de responder com os seus próprios meios em caso de maleficência (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O Enf.º Especialista em EMC na área da pessoa em situação perioperatória deve possuir capacidades e competências, que possibilitem o cuidado a estes doentes, identificando precocemente problemas e potenciais focos de instabilidade.

A grande finalidade da enfermagem é cuidar, no entanto, esta tarefa não é fácil, pelo que o enfermeiro deve atuar adotando uma conduta responsável e ética.

A enfermagem “relaciona competência, exercício profissional e contexto. A inovação tecnológica e as alterações na organização do trabalho fazem emergir as novas lógicas

empresariais. Os enfermeiros são atores do processo de mudança e os contextos são um imperativo ao desenvolvimento de competências,” (Serrano, et al., 2011, p.15).

Por um lado,

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

Por outro lado, enquanto profissão, a enfermagem

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

De acordo com o Regulamento nº 140/2019, as competências específicas estão associadas ao campo de intervenção de cada área de especialidade. Ou seja, trata-se de competências que

decorrem das respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde e do campo de intervenção definido para cada área de especialidade, demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas (Regulamento nº 140/2019, p. 4745).

É necessário assim construir competências para suprir as necessidades dos doentes cuidando de uma forma holística, num plano de cuidados individualizados capacitando o doente na sua autonomia. O desafio para os enfermeiros envolvidos perante as necessidades dos doentes, é entender o próprio processo de transição e implementar intervenções que prestem ajuda efetiva às pessoas. As teorias de transição de Meleis também podem ser relacionadas aos doentes durante o período perioperatório. Ela classifica as transições em 4 tipos: transições de

desenvolvimento, as transições situacionais, as organizacionais e as que nos mais interessas as transições saúde – doença. Os doentes passam por transições de papel durante o período perioperatório, quando assumem o papel de "doente cirúrgico". Os Enfermeiros perioperatórios podem ajudar na adaptação a esse novo papel, fornecendo informações e orientações sobre os procedimentos cirúrgicos, ajudando-os a compreender o que esperar antes, durante e após a cirurgia. As competências relacionadas à educação para a saúde, apoio emocional e facilitação do autocuidado são importantes para auxiliar os doentes nessa transição. A cirurgia é muitas vezes um evento significativo na vida dos doentes ao experimentarem várias mudanças físicas, emocionais e sociais durante o processo perioperatório. Os Enfermeiros perioperatórios devem estar preparados para lidar com essas mudanças e fornecer suporte adequado aos doentes na criação de competências relacionadas com o controle da dor, controle de sintomas, adaptação às mudanças e suporte psicossocial. Durante o período perioperatório, os doentes procuram melhorias na saúde e no bem-estar. Os enfermeiros perioperatórios devem estar comprometidos em promover o desenvolvimento pessoal dos doentes, auxiliando-os a estabelecer metas de saúde, adotar comportamentos saudáveis e tomar decisões informadas sobre seu cuidado estabelecendo relações terapêuticas com os doentes, trabalhando em colaboração com eles e com os seus familiares. As competências relacionadas com a empatia, comunicação interpessoal, escuta ativa são fundamentais para estabelecer e manter relacionamentos terapêuticos durante os cuidados perioperatórios (Meleis et al., 2000; Lopes 2020).

Ao exercermos a nossa atividade profissional no BO, são-nos requeridas aptidões no planeamento, execução e avaliação de cuidados complexos, a doentes que careçam de cuidados em situação cirúrgica. Ao longo do estágio contactamos com doentes cirúrgicos de uma área específica e tivemos a necessidade de aumentar o nosso leque de conhecimentos teóricos e práticos, aperfeiçoando também, técnicas fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade. Assistimos e participamos nalgumas cirurgias ortopédicas com alto grau de complexidade que para nós eram novidade.

Um grande número de doentes dos blocos ortopédicos, tem necessidade de colocação de dispositivos terapêuticos invasivos, cateteres centrais, tubos orotraqueais, próteses ortopédicas, etc. Ao longo do nosso estágio, através da pesquisa e do manuseamento destes e outros dispositivos, foi-nos possível adquirir perícia na sua otimização, assim como, incremento da capacidade de interpretação dos dados fisiológicos obtidos a partir dos mesmos.

Para além da multiplicidade de dispositivos essenciais ao cuidado ao doente cirúrgico, tornou-se importante a nossa aprendizagem de algumas terapias adjuvantes, conhecimentos dos vários dispositivos médicos e cirúrgicos, e técnicas de instrumentação. O cumprimento de diversos protocolos terapêuticos é igualmente parte integrante dos cuidados que desenvolvemos diariamente. Como tal, consideramos fundamental, o conhecimento sobre a aplicação dos mesmos, de uma forma segura. A título de exemplo, referenciamos a utilização do protocolo de medicação de náuseas e vômitos, protocolo de glicemias e insulina, protocolo de hemorragia de otorrinolaringologia, protocolo da dor que o serviço adota e cumpre.

É importante que o enfermeiro possua competências técnicas e não técnicas (*soft skills*), as quais se focam no saber-fazer como as formações académicas, aprendizagens profissionais e conhecimentos adquiridos no seu percurso. No cuidado ao doente cirúrgico, utilizamos também diversas escalas, como o BIS (para aferir o estado de consciência em doentes não sedados), *ALDRETE* e *PADS* nos *scores* anestésicos, a de *RASS* (para os doentes sedados), a escala de queda (*MORSE*), úlceras de pressão (*BRADEN*) e a escala de dor (*FLACC*, *FACES*; *EVA*) que eram registados no SClínico tanto nas salas operatórias como na UCPA, visam além da competência técnica responder à sua responsabilidade de

Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;

Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica (Regulamento nº 429/2018).

Respeitando estas competências maximizamos a segurança da pessoa a vivenciar uma situação cirúrgica pois todos os indicadores gráficos ou fisiológicos conseguidos foram aproveitados para um melhor diagnóstico, deteção precoce de complicações cirúrgicas e potenciais tratamentos. Feita a partir da resposta indesejada do indivíduo frente a condições de saúde ou processos vitais que existem em si, estes dados recolhidos permitem realizar um diagnóstico de Enfermagem. O juízo de Enfermagem efetuado permite prestação de cuidados

individualizados aos doentes atuando na prevenção e promoção da sua saúde. Estes instrumentos são úteis também para levantar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem apropriadas para os cuidados operatórios.

Em relação à gestão do 5º sinal vital, procuramos que as nossas intervenções face ao mesmo, incidissem não apenas no tratamento, mas igualmente na sua prevenção. Os enfermeiros são os profissionais que mais tempo estão junto dos doentes por isso esse tempo deverá traduzir-se em ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem. Mas, para que os mesmos sejam identificados, é necessário que os focos de atenção dos enfermeiros, bem como os seus juízos clínicos e as intervenções que deles decorrem, sejam registados e enunciados para que a dor seja o foco da prática de enfermagem e o processo de construção do diagnóstico de enfermagem (Fernandes, 2007).

As ações desenvolvidas pelo enfermeiro “serão mais eficazes quanto melhor e mais adequada for a valorização e a interpretação da dor e das suas manifestações naquele cliente. A utilização sistemática de instrumentos (escalas, questionários, inventários, entre outros) tem sido entendida como uma mais-valia na avaliação da dor” (Ribeiro & Cardoso, 2007, p.10).

O processo diagnóstico dá assim origem ao diagnóstico de enfermagem e este à decisão, pelas intervenções de enfermagem. A implementação das intervenções envolve a avaliação da sua eficácia. Assim, após a implementação das intervenções impõe-se a sua avaliação para tratar e prevenir a escalada da dor (Ribeiro & Cardoso, 2007).

A Comunicação

Para além de toda a panóplia de intervenções técnicas que incidem no cuidado ao doente cirúrgico, é de inegável importância o desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais com o doente e a família.

O investimento na comunicação tem demonstrado resultados positivos nas adesões aos tratamentos, na saúde emocional do utente, na sua função física, recuperação e nos resultados

fisiológicos (*Sequist, et al.*, 2008). Por outro lado, tem também demonstrado satisfação do cliente e resultados positivos na relação profissional-cliente (*Sesquit, et al.*, 2008).

A comunicação é indispensável ao estabelecimento de uma relação terapêutica, favorecendo a perceção do outro como indivíduo único, que possui necessidades específicas, estimulando, por outro lado, a sua autonomia e favorecendo a confiança entre quem cuida e quem é cuidado (*Conze et al.*, 2009). A comunicação eficaz na transição dos cuidados de saúde é necessária para melhorar a segurança do doente e contribui para a diminuição dos eventos adversos (DGS, 2017).

A Direção Geral de Saúde (DGS) recorda que a metodologia *ISBAR* é recomendada por várias organizações de saúde por força da sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, mas também, porque é uma estratégia de compreensão de mensagens, recorrendo a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara. Na transição dos doentes das salas operatórias à UCPA e de lá para a enfermaria usamos esta técnica (DGS, 2017).

Foi uma das temáticas mais trabalhadas neste estágio com formações e acompanhamento da sua realização (Anexo 1). Foi feita uma sensibilização para a importância da comunicação na transição de cuidados e apresentação da técnica. Foi criada uma ferramenta com contributo de vários enfermeiros do serviço e disponibilizada a ferramenta elaborada para período de experiência e acompanhamos durante o estágio várias vezes os Enfermeiros do BO para ajudar a melhorar os registos na utilização da técnica *ISBAR*.

O Consentimento informado

Entende-se por consentimento informado a autorização esclarecida prestada pelo utente antes da submissão a determinado ato médico, qualquer ato integrado na prestação de cuidados de saúde, participação em investigação ou ensaio clínico. Esta autorização pressupõe uma explicação e respetiva compreensão quanto ao que se pretende fazer, o modo de atuar, razão e resultado esperado da intervenção consentida (ERS, 2020).

O Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros, afirma que, “no respeito pelo direito a autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: a) Informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem; b) Respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; c) Atender com responsabilidade e cuidado todo o pedido

de informação ou explicação feita pelo indivíduo, em matéria de cuidados de enfermagem” (OE, 2015, art.105, p. 7).

Tentamos que nenhum doente fosse submetido a qualquer intervenção sem o conhecimento de todos os aspetos relacionados com os procedimentos cirúrgicos verificando a sua assinatura e compreensão do procedimento a realizar.

A Assepsia e antissepsia

Hoje em dia todas as pessoas sabem que qualquer intervenção cirúrgica implica uma série de possíveis complicações, entre as quais se podem citar as técnicas derivadas da própria intervenção, ou da anestesia. No entanto, a complicação cirúrgica mais frequente e muitas vezes a mais temida, é a infeção.

Os conceitos de cuidados seguros e qualidade estão igualmente associados às boas práticas de prevenção e controlo de infeção, pelo que na prestação de cuidados tivemos sempre em mente o rigoroso cumprimento dos procedimentos adequados, com base nas diretrizes emanadas pela Comissão de Controle de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (CCIRA) da Instituição. Saber interpretar todos os procedimentos e normas de esterilização e dos processos de esterilização (indicadores biológicos, integradores, reprocessamento de dispositivos médicos) é fundamental na prática dos Enfermeiros especialistas. Temos um papel fundamental no cumprimento rigoroso desta garantia da prevenção da infeção.

Conhecer todas normas de prevenção de infeção cirúrgica no período pré-operatório (banho, tricotomia, antibióticoterapia), no período do intra-operatório (na desinfeção do campo cirúrgico, desinfeção das mãos, na preparação do doente, na limpeza das salas e no período do pós-operatório (no tratamento de feridas) é um aspeto crucial das competências específicas dos Enfermeiros Especialistas à pessoa em situação perioperatória. Apostamos imenso nesta área relevante na segurança cirúrgica com várias apresentações e trabalhos ao longo do estágio (anexo 2,3,4,5,6).

Orientações aos doentes

Tendo em conta que o doente é o elo fundamental na recuperação cirúrgica há no serviço planos de instrução, ensino e treino para promover a capacitação, autogestão e recuperação. São transmitidas oralmente e acompanhados de panfletos dos cuidados a ter no controle da dor, dos cuidados a ter com a cirurgia submetida, apoios da comunidade e dos

próprios Enfermeiros no seguimento desse doente através do contacto permanente e consultas que são efetuadas posteriormente.

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

O Enf.º Especialista em EMC à pessoa em situação perioperatória tem a responsabilidade de intervir na mobilização de “conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional” (Regulamento nº 429/2018, 2018, p. 19367).

A consciência cirúrgica

A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o profissional na prática de cuidar à pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado. É demonstrado pelo comportamento profissional baseado no conhecimento, compreensão e aplicação dos princípios da prática cirúrgica e responsabilidades legais, éticas e morais, para com a pessoa e equipa, pelas quais cada profissional é responsável (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19366).

O BO oferece aos Enfermeiros atividades muito específicas e complexas a exigirem um conjunto de conhecimentos e competências de natureza diversa para o desempenho dos papéis de circulante, instrumentista e ou de anestesiologia por isso a formação deve ser um processo contínuo e constante.

Mas o bloco operatório exige aos que escolheram exercer essa profissão neste contexto que atuem com precisão, com rigor científico, com respeito pelas regras e normas que visem o minimizar ao máximo os incidentes e erros que possam acontecer assumindo e partilhando com a equipa para ainda em tempo útil se atue em benefício da pessoa que recebe os nossos cuidados. O Enfermeiro deve maximizar a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018).

A OE preconiza que

o enfermeiro especialista na área da pessoa em situação perioperatória tem competências na gestão dos riscos e das consequências que dele podem decorrer. Atua

com consciência cirúrgica, prudência e precaução, atento ao pormenor e aos comportamentos, numa atitude de prevenção e vigilância antecipatória, tomando decisões ajustadas à natureza, gravidade e probabilidade de ocorrência de riscos, com o objetivo de evitar um evento adverso prejudicial à pessoa ou à equipa e a Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar da pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado (OE, 2017, p. 27).

A contagem de itens quantificáveis

A contagem de itens quantificáveis para a segurança da pessoa em situação perioperatória e as falhas no protocolo de contagem cirúrgica, revela que a mudança da prática deve ser investida por parte dos Enfermeiros, visto que a maioria entende ou reconhece a importância da contagem cirúrgica para os doentes. Há o reconhecimento empírico da relevância da contagem cirúrgica e esta deve ser reforçada por meio de ações que garantam a compreensão da dimensão e a repercussão dessa prática na segurança dos doentes. Como futuro Enf.º Especialista alertamos a equipa cirúrgica numa sala de operações com mudanças de comportamento, reforçando a importância da *checklist* da OMS da cirurgia segura onde há um item a ele dedicado. Verificamos que existem recipientes próprios para contagem de compressas, são utilizadas compressas com fios de contraste detetáveis ao RX como preconizado pela melhor prática e era realizada a contagem inicial e final das compressas utilizadas na cirurgia, fazendo o respetivo registo.

A contagem de itens quantificáveis faz parte de um dos dez objetivos da Lista de Verificação Segurança Cirúrgica, no sentido de impedir a retenção inadvertida de instrumentos, corto-perfurantes ou compressas em feridas cirúrgicas (DGS, 2010, p. 114).

Segurança do doente

Em termos de segurança cirúrgica genérica aos doentes, o CHUP apresenta um plano de emergência e catástrofe, contemplando plantas de emergência e procedimentos, a utilizar em caso de catástrofe, do qual temos conhecimento e foi elaborada por nós um manual com as

funções de coordenação onde foram colocados todos os procedimentos a realizar e contactos de emergência (Anexo 7).

3.1.3. Liderança do processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

De acordo com a DGS “A Infeção Associada aos Cuidados de Saúde (IACS) é uma infeção adquirida pelos doentes em consequência dos cuidados e procedimentos de saúde prestados e que pode, também, afetar os profissionais de saúde durante o exercício da sua atividade” (DGS, 2007, p.4).

Nos anos 90 a *Harvard Medical Practice Study* constatou que, só uma IACS (infeção do local cirúrgico) era a segunda mais importante das complicações adversas em doentes internados (Pina et al., 2010).

Bali refere que *“The surgical site infections (SSIs) constitute 20% of the total hospital-acquired infections. These infections cause substantial patient mortality and morbidity and burden healthcare systems with massive costs”* (Bali, 2021, p.173).

As IACS são um problema mundial que atravessa países desenvolvidos e países menos desenvolvidos. Nos Estados Unidos da América por exemplo morreram quase 2 milhões de pessoas derivados a este flagelo

Hospital-acquired infection (HAI) ranks among the 10 leading causes of death in the United States. In 2002, an estimated 1.7 million patients were affected by HAI, and 99,000 of them died as a result.1 More than 20% of HAI is attributed to infection of a surgical site. Surgical site infections (SSI) are serious operative complications that occur in approximately 2% of surgical procedures (Lissovoy et al., 2009. p.387).

O papel desenvolvido pelos enfermeiros, particularmente pelos especialistas em EMC à pessoa em situação perioperatória é crucial para prevenir as IACS.

Nas nossas atividades do estágio respeitamos as normas de prevenção de controlo de infeção da Comissão de Infeção Hospitalar do CHUP, alertando outros elementos da equipa multidisciplinar para as mesmas, nomeadamente no que respeita a lavagem das mãos, descontaminação de equipamentos, cumprimento dos vários tipos de isolamento e uso adequado de equipamento de proteção individual (EPI), a fim de evitar a auto contaminação e a infeção cruzada. Na multiplicidade de procedimentos que exigem técnica asséptica, tais como

tratamento de feridas cirúrgicas, cateterização vesical, manuseamento de instrumentos cirúrgicos, etc, tivemos o cuidado de os cumprir, de acordo com as boas práticas e a evidência científica. Foram realizadas várias formações para Enfermeiros e Assistentes Operacionais nesta área pois todos os elementos das equipas cirúrgicas têm um papel fundamental nos procedimentos de prevenção de IACS (Anexo 8).

No caso da prevenção da infeção associada aos doentes cirúrgicos, as práticas adotadas foram baseadas na evidência, realizando cuidados que minimizem a sua ocorrência, tais como os ensinamentos dos cuidados a ter no pré-operatório, no intra e no pós-operatório, protocolos de antibioterapia, desinfeção da área cirúrgica, tricotomia com máquina o mais perto possível da cirurgia conforme últimos estudos (DGS 2022). Em termos organizacionais e estruturais respeitamos e alertamos para o número de profissionais em sala, condições ambientais da sala, o controlo de fluxo negativo nas salas, circuitos de limpos e sujos, etc.

Em 2022, Silva refere a importância das condições ambientais num Bloco Operatório e a sua importância para a prevenção das IACS afirmando que

Pela sensibilidade da zona restrita do BO, é imprescindível o estabelecimento de condições ambientais que garantam a esterilidade destes compartimentos, que são reforçadas pelos protocolos funcionais rigorosamente cumpridos pelos intervenientes (profissionais de saúde). A SO deve ser estéril durante todo o procedimento. Para que não exista contaminação, são esperadas algumas condições ambientais controladas pelos parâmetros do ar. As instalações de Aquecimento, Ventilação e Ar Condicionado (AVAC) são responsáveis pela manutenção destes parâmetros. (Silva, 2022, p.22)

Tivemos especial cuidado na garantia do cumprimento das regras nas zonas restritas dos blocos operatórios onde é importante cumprir as condições ambientais e organizacionais para a prevenção do risco de IACS (ACSS, 2011).

3.1.4. Promove a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

De acordo com o enunciado nas competências dos enfermeiros especialistas em EMC à pessoa em situação peri-operatória cabe a este promover a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.

Segundo os critérios de avaliação este deve assegurar:

Que os dispositivos médicos estão disponíveis, íntegros e funcionais e são utilizados de acordo com as instruções do fabricante; Garantir a rastreabilidade dos dispositivos médicos; Providenciar a atualização da equipa acerca das normas de segurança na utilização dos dispositivos médicos; Assegurar a gestão do risco associado à retenção inadvertida de itens quantificáveis no local cirúrgico; Gerir a utilização dos dispositivos médicos implantáveis de acordo com a legislação, políticas, instruções do fabricante e protocolos, assegurando a documentação e a rastreabilidade; Controlar a gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise, eliminação, colheita e transplante; Participar na conceção e na implementação dos processos de reprocessamento de dispositivos médicos de uso múltiplo; Emitir pareceres técnicos para a aquisição de dispositivos médicos (Regulamento nº 429/2018, 2018, p.19368).

Todos estes aspetos são assegurados numa primeira fase pela Enf.^a Especialista que coordena o BO. Todos os equipamentos e consumíveis clínicos entregues no BO foram supervisionados e retificados por nós. Todo o material que provinha de empresas ou da esterilização era verificado e conferido segundo as normas de segurança, integridade e funcionalidade e numa segunda fase na sala de operações como Enf.^o Circulante ou Instrumentista.

Em relação à qualidade todos os equipamentos clínicos devem ser monitorizados e controlados quanto às manutenções interventivas e preventivas, em colaboração com o Departamento de Qualidade do CHUP através da norma *ISO 9001*. Assistimos a formações do departamento da qualidade e reunimos com a Interlocutora da Qualidade para nos inteirmos das funções do Departamento na promoção da segurança cirúrgica.

Este Departamento da Qualidade iniciou funções em 2000 com ambições de desenvolvimento na área da qualidade. Nesta altura iniciou-se a Implementação da Acreditação pelo *Kings Fund Health Quality Service* liderada por uma equipa de profissionais constituída também por 2 Enfermeiros Especialistas. Uma auditoria ao Hospital permitiu a atribuição da Acreditação Internacional em 2005. Muitas áreas foram revistas no hospital nomeadamente nos Blocos Operatórios na gestão do risco clínico e prevenção de acidentes. Neste departamento faz-se também a gestão dos indicadores clínicos e certifica os serviços pela norma *ISO 9001*. Várias auditorias foram efetuadas nos últimos anos e expandiram-se as certificações de vários

serviços proporcionando uma melhoria nos cuidados promovendo alterações que tornem os serviços mais seguros e efetivos.

Os Enfermeiros Especialistas devem avaliar o risco inerente à situação clínica e procedimentos, implementar procedimentos para prevenção e controlo da infeção, gerir medidas de contenção e prevenção de transmissão de infeção, elaborar e atualizar procedimentos, garantir os padrões de segurança, contribuir para a máxima eficácia na organização e qualidade dos cuidados, conceber planos de segurança e analisar relatos de acidentes e colaborar na vigilância epidemiológica de eventos adversos (OE, 2017). A nossa presença e visita ao Departamento de Qualidade do Hospital foi benéfica e proveitosa para conhecer os meios à disposição dos Enfermeiros Especialistas para a promoção da Saúde, prevenção de complicações e organização dos cuidados tal como preconizado nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC.

4. Atividades Desenvolvidas

O estágio clínico à pessoa em situação perioperatória II, foi realizado no BO Central/Ortopedia. O CHUP é um Hospital Central que tem um movimento cirúrgico ao nível dos melhores a nível nacional, de referência em diferentes áreas de especialidade cirúrgica, sendo um Hospital “Escola” e com cirurgias altamente diferenciadas de grande complexidade, recorre a tecnologias inovadoras que permitem fazer uma aprendizagem segura e acompanhada.

A instituição e o serviço foram elementos facilitadores neste percurso acolhendo o estudante e mostrando disponibilidade e recetividade para promover a aprendizagem e adquirir novas experiências. Neste serviço há vários enfermeiros especialistas e com cargos de gestão o que veio também facilitar o decorrer da nossa aprendizagem.

A realização deste estágio é uma das fases mais importantes para uma aprendizagem mais coerente e global, pois é nele que pomos em prática todo o conhecimento adquirido. É importante existir o contacto com a prática, pois é através da aprendizagem pela ação, que o

Enf.^o vive experiências diretas, retirando o que para ele é mais significativo para uma melhor reflexão de toda a sua prática, podendo assim melhorá-la no seu futuro.

No início do estágio o tema do nosso trabalho de investigação e consequentemente a realidade com que estávamos a contar seria na área da gestão de equipamentos e o papel do Enf.^o Especialista nesses procedimentos. Ao ser atribuído um campo de estágio numa área específica do BO (Bloco de Ortopedia) e principalmente uma tutora que não era direcionada para essa área fez com que pensássemos em alternativas escolhendo o tema da segurança cirúrgica e a utilização da lista de verificação de cirurgia segura na garantia da segurança em contexto perioperatório.

Os Enfermeiros da Gestão dos Blocos foram muito recetivos, facilitando os nossos objetivos e aproveitaram a presença de estudantes do Mestrado para corrigir problemas, alguns já diagnosticados e outros que foram identificados pelo grupo de estudantes alocados a este estágio.

Os objetivos específicos do estudante, foram transmitidos ao Enf.^a Coordenadora do Bloco de Ortopedia e respetiva equipa permitindo e acolhendo os projetos de melhoria que fossem de encontro às necessidades do serviço.

A partilha e reflexão das aprendizagens com a tutora do estágio mostrou-se uma oportunidade muito positiva e enriquecedora ao longo deste período. A tutora teve sempre uma atitude motivadora, de partilha de conhecimentos e desperta para a reflexão das práticas vendo sempre oportunidades de melhoria. A nossa tutora com anos de experiência em BO tanto na área cirúrgica como de gestão foi sempre orientando o nosso estágio criando uma grande sinergia entre ambos. Da coordenação do curso do Mestrado tivemos sempre a disponibilidade para o esclarecimento e resolução das necessidades durante todo o percurso do mestrado ao orientar para o aumento do conhecimento científico (estágio noutra Hospital e congressos). Infelizmente não foi possível fazer o estágio pretendido devido à *COVID* e na segunda alternativa de estágio por impossibilidade de o Hospital pretendido receber o mestrando. A avaliação nestes modos permite ir contruindo um percurso e resolvendo dificuldades que decorrem de qualquer estágio onde há a tentativa de cumprir todos os objetivos propostos.

Os trabalhos que desenvolvemos ao longo do estágio foram realizados de forma individual e também com o grupo de estágio, aproveitando a capacidade de trabalho que um grupo permite ter para cumprir os objetivos que como estudante também tínhamos previsto.

Os objetivos que preconizamos foram:

Desenvolver práticas de enfermagem demonstrando consciência cirúrgica em todas as intervenções no período do perioperatório, com base na melhor evidência científica, de forma a maximizar a segurança da pessoa a vivenciar uma situação cirúrgica, até ao final do mês de maio de 2022:

- Fazer uma análise crítico-reflexiva sobre as competências do Enfermeiro especialista em EMC em contexto de BO;
- Analisar o processo de execução do protocolo de cirurgia segura (lista de verificação de cirurgia segura) no BO do CHUP;
- Participar na formação sobre a realização da lista de verificação de cirurgia segura, no sentido de intervir rápida e eficazmente, com a equipa multidisciplinar para o correto preenchimento;
- Elaborar normas para cumprimentos das regras de segurança cirúrgica através da elaboração de protocolos nas áreas da gestão e controlo dos dispositivos médicos de empresas consignadas utilizados no BO;

Contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à pessoa em situação perioperatória como contributo para o empoderamento da mesma, até ao final de maio de 2022:

- Colaborar no processo de auditoria e certificação da qualidade do B.O. e na sua dinamização;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo de infeção em congruência com a consciência cirúrgica;

Aplicar em contexto clínico, as competências específicas do Enf.º especialista em EMC na área à pessoa em situação perioperatória, adquiridas durante a formação académica como Mestrando:

- Adquirir conhecimentos na área da gestão e organização do serviço, nomeadamente a nível de recursos materiais e humanos, tendo em vista a melhoria dos cuidados;
- Desenvolver competências ao nível do que está definido pela instituição e pelo serviço sobre o papel do Enf.º responsável de turno e coordenação de um B.O. elaborando um manual de execução;

Como objetivo também foi contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem, promovendo cuidados à Pessoa em Situação Perioperatória centrados no empoderamento da mesma, realizando formação na área da comunicação de forma a otimizar a transição de informação, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados prestados à Pessoa em Situação Perioperatória. Foi feita a sensibilização dos enfermeiros do serviço para a aplicação de técnica de comunicação (*ISBAR*), sustentada na norma da Direção-Geral de Saúde (DGS) Nº 001/2017 e utilizando os procedimentos gerais existentes no Centro Hospitalar Universitário do Porto. Foram feitas formações direcionadas para os enfermeiros onde abordamos temas como competências não técnicas e competências técnicas do enfermeiro perioperatório que são fundamentais para uma atuação num cenário complexo como o do BO. Estas competências constituem um fator decisivo para a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em contexto de BO e para a segurança do doente. Fizemos formação também sobre os fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória, pois a higienização das mãos é uma medida preventiva essencial no combate às infeções hospitalares reconhecendo-se como medida isolada mais eficaz para a prevenção de infeções nosocomiais (DGS, 2019), limpeza e desinfeção de superfícies ambientais no bloco operatório e o uso de luvas cirúrgicas no bloco operatório.

Assim foram feitas formações nas seguintes áreas:

1. ATIVIDADES DE FORMAÇÃO (janeiro)

Identificação de necessidades de formação:

- Entrevista aos responsáveis do serviço (Enfermeiros e Assistentes Operacionais)
- Análise dos resultados auditorias 2021

FORMAÇÕES

Planeamento das formações

a) TEMA: HIGIENE DAS MÃOS (5 MOMENTOS) E USO DE LUVAS

Público-Alvo: Assistentes Operacionais

Datas: 03/02; 10/02; 17/02; 24/02; 03/03; 10/03

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”.

Procedemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática - *Roleplay*. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho.

Foi nossa intenção sensibilizar para a importância da avaliação das formações. Este processo é complexo e requer um estudo atento por parte dos intervenientes no processo. Elaboramos nesse sentido um breve questionário no sentido de perceber a avaliação da satisfação dos formandos e a avaliação das aprendizagens. A um nível mais elevado poderá decorrer, aquando das próximas auditorias, a avaliação da transferência para o contexto de trabalho.

b) TEMA: USO DE LUVAS CIRÚRGICAS

Público-Alvo: Enfermeiros

Datas: 11/02/22

A necessidade da realização desta formação foi sinalizada pelos responsáveis do serviço que entendiam urgente a elaboração de uma instrução/protocolo para o “uso de luvas cirúrgicas” no BO.

Foi realizada a formação, com sensibilização dos profissionais para as boas práticas nesta área e um trabalho em parceria com as enfermeiras interlocutoras da qualidade para viabilizar uma norma para o serviço.

c) TEMA: ISBAR

Público-Alvo: Enfermeiros

Datas: 26/02/22

A comunicação na transferência de doentes no BO (UCPA e Internamento) representa um grande desafio para os profissionais, uma vez que os erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transição de cuidados, podem colocar a segurança do doente em risco.

Objetivos:

- Formação: sensibilização para a importância da comunicação na transição de cuidados e apresentação da técnica *ISBAR* (Anexo 9)
- Criação da ferramenta com contributo de vários enfermeiros do serviço;
- Disponibilização da ferramenta elaborada para período de experiência;
- Disponibilidade da ferramenta final.

A ferramenta foi aceite e está a ser usada como apoio nas boas práticas dos enfermeiros do BO;

Tem também sido usada como referência de boa prática em formações de outros grupos profissionais, nomeadamente dos médicos anestesistas, que solicitaram autorização para a partilhar nas suas formações;

A importância deste trabalho foi também reconhecida noutras instâncias tornando-se notícia na *newsletter* do Bloco Operatório.

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

Público-Alvo: Enfermeiros

Datas: 18/03/22

Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”.

Objetivos:

- Formação: sensibilização para os resultados das auditorias e formação em boas práticas nestas temáticas específicas (Anexo 10)
- Criação de um cartaz - “avaliação de risco e seleção de luvas”, em parceria com a CCIRA, com afixação em vários locais do BO. A comissão de infeção propôs-se a realizar a homologação do mesmo para disponibilizar em todo o CHUP;

Tendo como ponto de partida esta formação, aprofundamos a revisão bibliográfica nesta temática e elaboramos um trabalho para o “Congresso internacional do controlo de infeção”.

A participação no Congresso internacional do controlo de infeção ocorreu no dia 31-03-22, com a apresentação de um poster.

e) TEMA: Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais - BO

Público- Enfermeiros

Datas: 25/03/2022 (Anexo 11)

f) TEMA: Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais - BO

Público-Alvo: Assistentes operacionais

Datas: 10/03; 17/03; 24/03, 30/03; 04/04; /19/05

Foram identificadas as necessidades de formação, nesta temática específica, com base nas entrevistas aos enfermeiros coordenadores e responsável pelos assistentes operacionais.

Procedemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática - *Roleplay*. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho.

No sentido de manter presente a informação mais importante, desenvolvemos cartazes, em suporte de papel, afixados de forma visível em zonas estratégicas. Foi também elaborada uma recolha de normas e procedimentos existentes no hospital, de forma a disponibilizar um “manual” de consulta rápida para os Assistentes Operacionais. (Anexo 12)

Cartazes – “EPIs recomendados para a higienização das salas cirúrgicas” e “Produtos de higiene e desinfeção usados no CHUP”

g) TEMA: Competências não técnicas do enfermeiro perioperatório

Público- Enfermeiros

Datas: 08/04/2022

A importância das competências não técnicas dos enfermeiros no perioperatório constituem um assunto de relevo e destaque na literatura contemporânea.

No sentido de dar resposta as necessidades identificadas pelos enfermeiros coordenadores no que se refere à comunicação, trabalho em equipa e gestão de conflito, foi elaborada a presente formação.

h) TEMA: Compromisso para a Humanização hospitalar

Público-Alvo: Assistentes operacionais

Datas: 20/04; 21/04; 27/04 e 28/04

A necessidade de uma intervenção mais humanizada no atendimento prestado no SNS, levou à criação do programa "Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde", aprovado pelo Despacho n.º 19204/2001 de 13 de setembro.

Foi nossa intenção divulgar a pertinência da informação criada pelo departamento de Humanização do CHUP e importância do papel dos assistentes operacionais enquanto membros da equipa do BO.

Foram trabalhadas competências não técnicas como a comunicação, empatia e relacionamento interpessoal. A pertinência desta formação surgiu em virtude de uma notificação relacionada à comunicação assistente operacional/doente (Anexo 13).

Nota: Todas estas formações foram alvo de avaliação final por parte dos formandos e formadores.

2. OUTRAS ATIVIDADES

- Elaboração de um *Flyer* e filme “Acolhimento do doente e família no BO” (anexo 14)

Foi nossa intenção colmatar uma lacuna que entendemos pertinente na área do atendimento ao doente cirúrgico e sua família no BO do CHUP.

A ausência de documentos e procedimentos nesta área levou-nos à criação de um *Flyer* e um filme sobre o “acolhimento do doente e família no BO”. Para além de preencherem o propósito de apresentação do serviço, pretende-se também contribuir para a literacia do doente e familiares, pelo que são também incluídas informações pertinentes para a segurança dos procedimentos anestésico e cirúrgicos.

Foi nosso propósito elaborar os *Flyer* para os disponibilizar nos serviços de internamento e consulta, bem como disponibilizar o vídeo para a APP e site do CHUP.

▪ Atividades específicas para o BO Ortopedia

- Realização de folha DVR *Zimmer Biomet* material consignado (Anexo 15)
- Instrução trabalho sobre empréstimos material cirúrgico entre os Blocos do CHUP (02.2022) (Anexo 16 e 17)
- Manual do coordenador e responsável de turno dos B.O. Central e Ortopedia (03.2022)

Desenvolveu-se práticas de enfermagem alicerçadas numa consciência cirúrgica, visando a promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período intraoperatório (pessoa, profissionais de saúde/enfermeiros) e competências no âmbito da melhoria contínua da qualidade, já que se desempenhou um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte de iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade e na garantia de um ambiente terapêutico. Estas competências, foram adquiridas através do desenvolvimento de atividades como a elaboração de um manual de orientação de atuação para os Enfermeiros Especialistas responsáveis e redigindo procedimento(s) no âmbito da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem à Pessoa em situação perioperatória duas instruções de trabalho para o BO de Ortopedia.

Por fim, mas não menos importante, também foi possível desenvolver e consolidar as aprendizagens profissionais e as quais vão permitir atuar e desenvolver um percurso profissional assente na evidência científica, através da participação em vários congressos e formações na área operatória.

- Congresso AESOP (Anexo 18)
- Congresso Ordem dos Enfermeiros (Anexo 19)
- Congresso Cuidados Intensivos (Anexo 20)
- Congresso Infecção (03.2022) (Anexo 21)
- Iª convenção Internacional dos Enfermeiros (OE) (Anexo 22)
- Parque de equipamentos/ aprovisionamento (organização e ligação aos blocos) (04.2022)
- Bloco Central (realidades cirúrgicas diferentes) (05.2022)
- Observação sobre segurança cirúrgica na área da cirurgia Robótica (Hospital da Luz ou de Navarra) (Não realizado – Impedimento das administrações hospitalares devido à COVID-19)
- Formações externas sobre: Segurança do doente; (02.2022) Análise de dados quantitativos e SPSS; (02.2022) Revisão sistemática de Literatura (03.2022); Projeto de Investigação: Teoria e Prática; Segurança do paciente OE (05.2022); Auditoria Clínica (05.2022); GOBI e ESBCO; A estratégia de testagem na gestão da COVID-19 (Anexos 23,24,25,26,27,28,29,30)

Visitas:

Departamento da qualidade Enf.ª Cecília

Reunião trimestral INQS (interlocutores qualidade e segurança)

Reunião no Auditório Reunião trimestral INQs (15.03) sobre Auditoria de risco clínico

Formação Qualidade dia 27.05 auditório

Parque de Equipamentos

Bloco Central com a Coordenadora Enf.ª Augusta

Central de esterilização com Enf.ª Estela Paiva Segurança cirúrgica

De facto, entende-se que o estágio proporciona uma experiência pedagógica e profissional pois assume-me como um período de aprendizagem, onde é permitido explorar áreas fora do seu contexto laboral propriamente dito. Assim estas visitas a locais onde se praticam atividades que se relacionam com os cuidados de enfermagem especializados em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória foram para nós momentos de aprendizagem seja na área da qualidade, risco clínico, equipamentos clínicos ou Esterilização. Permitiu ter uma outra visão de como todos os serviços se relacionam com a segurança do doente, trabalhando todos para um bem comum: prestar cuidados de excelência nos Blocos Operatórios.

5. Considerações Finais

A realização deste relatório revestiu-se de grande importância para nós, na medida em que nos possibilitou fazer uma retrospectiva do percurso dos últimos meses e relatar a nossa experiência no BO de Ortopedia. Neste serviço, foi-nos possível aperfeiçoar, aprofundar e obter novos conhecimentos inerentes ao cuidado do doente cirúrgico, que sempre foi uma área que nos fascinou.

Este processo contínuo de aprendizagem que temos vindo a experienciar, acoplado a um pensamento crítico e reflexivo, permitiu-nos desenvolver competências no âmbito do saber teórico-prático, da gestão, liderança e tomada de decisão. Para além destas, a focalização nas competências relacionais e comunicacionais com o doente, família e restante equipa multidisciplinar, foram igualmente desenvolvidas na nossa atividade no BO de Ortopedia. Todo este manancial de competências que assimilamos, visaram sempre a manutenção dos padrões de qualidade dos cuidados, contribuindo para uma deteção precoce das necessidades do doente cirúrgico e promoção da estabilização, manutenção e recuperação da situação operatória.

Este Mestrado revela forte orientação profissionalizante e permite a estudantes que têm uma experiência profissional prévia desenvolverem atividades de formação e investigação baseada na prática e orientadas para o desenvolvimento profissional, de nível e qualidade apoiados por uma Escola Superior que cumpre os critérios do Decreto-Lei n.º 65/2018.

O grau de mestre/especialista permitirá desenvolver as competências clínicas especializadas em EMC na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória contribuindo na produção e aplicação do conhecimento científico avançado, bem como para a tomada de decisão autónoma, reflexiva e baseada na melhor evidência. Depois de concluído este estágio sentimos que podemos desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional e atuar como dinamizadores no desenvolvimento da nossa prática clínica como dos nossos pares, na melhor evidência científica.

Tendo por base tudo o que foi exposto neste documento, e mantendo a firme convicção da necessidade emergente de encarar e vivenciar a aprendizagem como um processo inacabado, consideramos ter conseguido atingir os objetivos a que nos propusemos e que não só permitiram a aquisição de conhecimentos fundamentais para a atuação do enfermeiro no BO, como também concorreram para uma maior sensibilização dos riscos a que o doente e o próprio profissional de enfermagem estão expostos num ambiente complexo e tecnológico. Esta

tomada de consciência permite proceder com atitudes mais seguras e que no fundo protegem o doente que é o principal motivo dos nossos cuidados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na Garantia da Segurança em
contexto de Bloco Operatório

1. Resumo

Resumo: A Organização Mundial de Saúde (OMS) “identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica. Estes objetivos estão compilados na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)” (WHO, 2009a, p.2). “Esta lista torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma minimizar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, os profissionais podem assim determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática profissional” (Despacho n.º 1400-A/2015 /, 2015, p.3882-4). É de referir que a “Organização Mundial de Saúde identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a LVSC: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do doente sair da sala de operações” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p.3882-5).

Objetivos: Mapear a melhor evidência científica sobre a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica instituída pela Organização Mundial de Saúde.

Metodologia: Trata-se de uma *Scoping Review* que permite dar resposta a uma questão claramente definida, utilizando uma metodologia explícita e sistematizada para identificar, selecionar e avaliar conhecimento científico já produzido, na forma de estudos relevantes segundo as recomendações do *Joanna Briggs Institute de acordo com o PCC* em que a população em estudo eram os profissionais de saúde, o conceito a aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, e o contexto o Bloco Operatório. A pesquisa foi feita em bases de dados eletrónicas: *CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature)*, *Medline* e Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal (RCAPP). A identificação dos descritores é crucial para este tipo de estudo, através deles elaboramos a frase booleana com os termos-chave “*checklist*” AND “*operating room*”, com a qual obtivemos um total de 349 resultados. Delimitada a temática de pesquisa procedeu-se ao estabelecimento dos critérios de inclusão que os estudos teriam de cumprir para integrarem o nosso “*corpus de análise*”.

Resultados: A pesquisa sobre a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica à pessoa em situação perioperatória contemplou no final 7 artigos e permitiu identificar alguns benefícios na utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica, foram eles a melhoria da comunicação dentro da equipa multidisciplinar permitindo antecipar necessidades intraoperatórias, a diminuição da mortalidade e a redução de complicações pós-operatórias.

Conclusão: o mapeamento dos benefícios da LVSC permitem o desenvolvimento de estratégias organizacionais para potenciar os mesmos, tendo em vista ganhos em saúde e uma boa governação hospitalar. Também serão necessários mais estudos primários, essencialmente em contexto português.

Palavras-chave: Enfermagem Perioperatória; Segurança do paciente; Lista de Checagem; Salas Cirúrgicas

2. Abstract

Abstract: The World Health Organization (WHO) “has identified ten basic objectives for surgical safety. These objectives are compiled in the Surgical Safety Checklist (LVSC)” (WHO, 2009a, p.2). “This list becomes the aggregating means, through which the surgical team can validate, in a sequence of activities, the way to ensure safe systematic perioperative care and, in this way, minimize the risks of occurrence of incidents. With the Surgical Safety Checklist, professionals can determine an operational moment where they focus on carrying out their professional practice” (Despacho Nº. 1400-A/2015 /, 2015, p.3882-4). It should be noted that the “World Health Organization identified three key moments for the team to use the LVSC: before the induction of anesthesia, before the skin incision and before the patient leaves the operating room” (Despacho Nº. 1400-A/2015, 2015, p.3882-5).

Objectives: Map the best scientific evidence on the use of the Surgical Safety Checklist established by the World Health Organization.

Methodology: It is a scoping review that allows you to answer a clearly defined question, using an explicit and systematic methodology to identify, select and evaluate scientific knowledge already produced, in the form of relevant studies according to the recommendations of the Joanna Briggs Institute in accordance with the PCC in which the population under study were health professionals, the concept the application of the WHO Surgical Safety Checklist, and the context the Operating Room. The research was carried out in electronic databases: CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature), Medline and Repositório Científico de Access Aberto em Portugal (RCAPP). The identification of the descriptors is crucial for this type of study, through them we elaborated the Boolean phrase with the key terms “checklist” AND “operating room”, with which we obtained a total of 349 results. Once the research theme was delimited, the inclusion criteria that the studies would have to comply with to integrate our “corpus of analysis” were established.

Results The research on the use of the Surgical Safety Checklist for the person in a perioperative situation included in the end 7 articles and allowed to identify some benefits in the use of the surgical safety checklist, they were the improvement of communication within the multidisciplinary team allowing anticipate intraoperative needs, decrease mortality and reduce postoperative complications.

Conclusion: The mapping of the benefits of the LVSC allows the development of organizational strategies to enhance them, with a view to health gains and good hospital governance. More primary studies will also be needed, essentially in a Portuguese context.

Keywords: Perioperative Nursing; Patient safety; Check list; Surgical Rooms.

3. Fundamentação/Enquadramento teórico

Em 2004, com a publicação do relatório “Keeping patients safe: Transforming the work environment of nurses” pelo Institute of Medicine (*IOM*), a forma como os Enfermeiros exercem a sua prática é assumido como um fator crítico na segurança do doente, reconhecendo-se a necessidade da sua transformação para melhorar a segurança do doente havendo um impacto do ambiente da prática dos Enfermeiros nas diferentes dimensões da segurança em contexto perioperatório (Mota et al., 2021).

Em maio de 2004, a Assembleia Mundial da Saúde aprovou a criação de uma aliança internacional para a melhoria da segurança do cliente de forma universal. Foi lançada em outubro de 2004, a Aliança Mundial para a Segurança do Paciente em que o seu objetivo era promover o estabelecimento de políticas e de práticas clínicas seguras. Assim, concentrou

as suas ações em campanhas de segurança centradas no cliente, designadas por Desafios Globais para a Segurança do Doente, na coordenação do programa de integração dos clientes, no desenvolvimento de uma taxonomia padrão, na conceção de ferramentas para uma política de investigação e avaliação, na identificação de soluções para a segurança cliente, e no desenvolvimento de relatórios e iniciativas de formação que visem a produção de orientações para a melhoria das práticas (*WHO*, 2009a, p.2).

Estes esforços conjuntos, através da melhoria de cuidados básicos de saúde e da contenção no desvio de recursos de outras áreas produtivas poderiam resultar na redução da mortalidade mundial (DGS, 2017).

A segurança do doente continua a ser um dos grandes desafios para as organizações de saúde do séc. XXI, cuja principal missão consiste na prestação de cuidados com elevada qualidade sendo um aspeto central e um elemento chave na garantia de prestação de cuidados de excelência. Estes cuidados são uma atividade de risco pela sua complexidade, contexto e recursos disponíveis, envolvendo a possibilidade de ocorrência de acontecimentos incertos e indesejáveis (Ramos, Sales, & Barroso, 2021).

Nesse sentido, no contexto dos blocos operatórios a segurança e qualidade dos cuidados configuram uma importante atividade do Enfermeiro especialista. A Enfermagem está presente

em todas as etapas do período perioperatório, sendo o principal agente da mudança para a transformar o ambiente dos blocos em lugares mais seguros (*Gutierrez et al*, 2018).

Os alicerces que fundamentam o rigor da segurança num BO permitem identificar e reduzir os eventos adversos para minimizar o sofrimento do doente e evitar lesões evitáveis. Os doentes cirúrgicos estão expostos a vários riscos durante a cirurgia nomeadamente risco de infeção, a integridade da pele e risco de lesão física devido ao posicionamento cirúrgico, riscos elétricos, produtos químicos e quedas. Grande parte dessas complicações cirúrgicas são evitáveis, o que foi demonstrado quando a lista de verificação de segurança cirúrgica da Organização Mundial da Saúde (OMS) foi implementada, após a qual a mortalidade caiu quase para metade e as complicações foram significativamente alteradas com 47% de redução da mortalidade e 36% por redução de complicações em estudos com quase 8.000 pacientes de oito países (*Von Vogelsang et al.*, 2019; *Weiser, & Haynes*, 2018). As avaliações dos efeitos da checklist da OMS foram extremamente positivas, pois mesmo com a LVSC em cirurgias de emergência, houve uma redução relativa de 62% na mortalidade e de 36% na taxa de complicações. A lista de verificação da OMS influenciou positivamente a cultura de segurança nos Blocos Operatórios (*O'Connor et al.*, 2013).

Em 2012, Pereira diz-nos que a qualidade nos cuidados de saúde justificam-se por razões de ordem social, ética, profissional e económica. A segurança do cliente, enquanto componente essencial da qualidade, requer um esforço contínuo de melhoria por parte das instituições prestadoras de cuidados de saúde, através da criação de uma cultura de segurança institucional. Neste âmbito, a Organização Mundial de Saúde (OMS) “identificou dez objetivos básicos para a segurança cirúrgica, concretizáveis através da adoção de uma estratégia global, tornada visível pela adoção da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC)” (WHO, 2009a, p.2).

Esta torna-se o meio agregador, através do qual a equipa cirúrgica pode validar, numa sequência de atividades, o modo de assegurar cuidados seguros perioperatórios sistemáticos e, desta forma minimizar os riscos de ocorrência de incidentes. Com a LVSC, os profissionais podem determinar um momento operacional onde se centram na execução da sua prática (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p.3882-4).

É de referir que a “OMS identificou três momentos-chave para a equipa utilizar a LVSC: antes da indução da anestesia, antes da incisão da pele e antes do paciente sair da sala de operações” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p.3882-5).

A LVSC visa melhorar o trabalho da equipa multidisciplinar na sala de operações e dar-lhes chances de usar os processos de segurança de forma consistente. *Weiser & Haynes (2018)* afirmam mesmo que “The checklist elevates teamwork to a central role in surgery and provides an improved sense of value to all theatre personnel. The global surgical community must guarantee that the checklist is used effectively as part of safe surgical systems” (p. 928).

Os estudos mostram que o uso da *checklist* é um elemento essencial para a segurança cirúrgica (Nishiwaki & Ichikawa, 2014; Oak et al., 2015). Verificamos também que

“The second study (Haynes et al., 2009) concerned the development and implementation of the World Health Organization (WHO) surgical safety checklist that sought to reduce errors and adverse events during surgery” (Chaparro et al., 2019, p. 2).

Os hospitais que efetivamente implementaram a *checklist* viram melhorias na cultura de segurança e nas práticas que resultaram em mudanças nos resultados cirúrgicos (*Weiser & Haynes, 2018*).

A *checklist* da OMS (Figura 2) divide a cirurgia em três fases, cada uma respondendo a um momento específico no fluxo normal de um procedimento.

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health Organization

Patient Safety
A World Alliance for Safer Health Care

Direção-Geral da Saúde
www.dgs.pt



Ministério da Saúde

**Antes da Indução da Anestesia
(Sign in)**

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

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

☐ Sim

O local está marcado?

☐ Sim

☐ Não aplicável

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

☐ Sim

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

**Antes da incisão da pele
(Time out)**

(Na presença do enfermeiro, do anestesista 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 Anestesista 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

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

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

O enfermeiro confirma verbalmente

☐ O nome do procedimento

☐ As contagens de instrumentos, compressas e corto-perfurantes

☐ A rotulagem dos produtos biológicos ou outros (ler os rótulos das amostras em voz alta, incluindo o nome do doente)

☐ Se existem problemas com os equipamentos ou outros a resolver

O cirurgião, anestesista e enfermeiro indicam

☐ Informação relevante a transmitir à equipa de recobro e as principais preocupações/necessidades do doente

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

Figura 1: Print Screen da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (WHO, 2009b).

A lista de verificação é composta por três etapas: pré-operatória, intraoperatória e pós-operatória, e inclui os seguintes itens (WHO, 2009a):

Etapas pré-operatória:

Confirmação da identidade do paciente, do procedimento a ser realizado e do local da cirurgia.

Avaliação dos riscos e planeamento do procedimento, incluindo a preparação da equipa, do doente e do ambiente.

Verificação da disponibilidade de sangue e medicamentos necessários.

Verificação da funcionalidade do equipamento e instrumentos.

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Etapa intraoperatória:

Verificação da identidade do doente, do procedimento e do local da cirurgia.

Confirmação de alergias e do consentimento informado.

Preparação adequada do paciente, incluindo a realização de medidas antissépticas.

Verificação da disponibilidade e funcionalidade do equipamento e instrumentos.

Uso adequado de técnicas assépticas durante o procedimento.

Etapa pós-operatória:

Verificação do estado geral do doente, incluindo sinais vitais, nível de consciência e saturação de oxigênio.

Confirmação da necessidade de prescrição de analgesia e cuidados específicos.

Registro completo do procedimento e da evolução do paciente.

Após a intervenção, um plano de cuidados deve ser realizado para que os eventos intra-operatórios tenham significado, promovendo assim a segurança do doente e a melhoria dos resultados.

Nos estudos que investigaram como foco principal os facilitadores e barreiras do processo de implementação da LVSC, os facilitadores foram os seguintes:

- Convicção das equipas médicas experientes sobre a relevância da LVSC,
- Liderança e o envolvimento da equipe multidisciplinar,
- Apoio da gestão dos blocos operatórios,
- Simplificação de itens da *checklist*,
- Envolvimento da equipe na implementação da ferramenta,
- Educação e formação,
- Sanções aplicadas na falta de adesão.

Por outro lado, as barreiras apresentadas foram:

- Falta de compreensão sobre os itens e momento adequado para efetuar a *checklist*,
- Ausência de compreensão sobre os benefícios da *checklist*,
- Má comunicação entre os profissionais de saúde, a própria hierarquia existente entre as categorias profissionais,
- Resistência ativa ou passiva à mudança de alguns profissionais e o tempo gasto com a realização da *checklist*,
- As confirmações verbais pelo doente dão falsa impressão de que o ambiente cirúrgico é inseguro, gerando ansiedade no doente que vai ser submetido a uma cirurgia (*Tostes et al.*, 2019b).

Ainda segundo o mesmo autor, há também claras evidências que a *checklist* da OMS trouxe benefícios para o doente na:

Promoção da segurança com o:

- Incremento da confiança do doente na assistência,
- Prevenção de eventos adversos.

Benefícios para a equipe cirúrgica:

- Melhoria da comunicação,
- Oportunidade de diálogo com presença de informações relevantes,
- Melhoria do trabalho em equipe.

Benefícios para o centro cirúrgico e/ou hospital:

- Melhoria da qualidade do cuidado,
- Incremento da eficiência na sala cirúrgica,
- Melhoria da cultura de segurança no centro cirúrgico,
- Redução de custos hospitalares pela prevenção de eventos adversos (*Tostes et al.*, 2019b)

No artigo de *Chaparro et al.*, (2019) refere que as *checklist* permitem a organização mental das etapas a proceder durante o processo cirúrgico, que melhoram os efeitos do stress, fadiga e distração, que padronizam os comportamentos na sala e facilitam a comunicação entre os membros da equipa. Na melhoria da comunicação entre a equipa, *Weiser* afirma no seu artigo que *“In the ten years since the launch of the checklist, surgical teamwork and communication have improved. In the next decade, more young surgeons will have used the checklist throughout their training”* (*Weiser, T. G., Haynes, A. B.*, 2018, p.928).

Nos serviços de saúde, a implementação da *checklist* é assim um processo complexo que exige o envolvimento de cirurgiões, enfermeiros e anestesistas que estão na sala de operações. Para o sucesso na implementação dessa ferramenta criada pelo OMS, existe “a necessidade de liderança efetiva, delegação clara das responsabilidades de cada profissional, colaboração entre os membros da equipe e suporte institucional disponibilizando recursos humanos e materiais necessários para o uso diário do *checklist*” (*Toste et al.*, 2019b, p.7).

Outro autor que estudou esta temática foi *Russ* (2015) que identificou as barreiras e facilitadores para o sucesso da implementação em 10 hospitais ingleses. Essas descobertas serviram para envolver as equipas clínicas e para destacar áreas onde é necessária mais intervenção ou formação que devem ser consideradas ao implementar mudanças na cirurgia e cuidados de saúde nos Blocos Operatórios. Ele defende que a orientação de implementação da *checklist* deve incluir atenção explícita às barreiras e facilitadores e ao desenvolvimento de uma estratégia de implementação proativa. As barreiras e facilitadores para a implementação da *checklist* da OMS foram identificadas barreiras organizacionais como a falta de planos, imposição por parte da administração, pouco suporte por parte da gestão, a cultura hospitalar e a resistência à mudança por parte dos membros mais antigos. As barreiras do próprio sistema, com problemas de integração da lista de verificação nos sistemas existentes. Identificou também as barreiras relacionadas com as próprias equipas ao preenchimento da referida lista. A barreira mais específica da lista de verificação no seu estudo tem haver com a não adequação para determinados procedimentos cirúrgicos e especialidades cirúrgicas específicas (por exemplo, cirurgia oftalmológica ou obstétrica (*Russ et al.*, 2015).

Quanto aos facilitadores *Russ* identificou facilitadores organizacionais como a oferta de educação e formação em torno das evidências que sustentam sua eficácia e da relevância para o contexto de Bloco Operatório. Facilitadores de sistemas que podem facilitar os processos já

existentes nomeadamente em papel, reduzir a sensação de repetição e excesso de trabalho e facilitadores de equipa onde havia a perceção que as *checklist* eram melhores concluídas quando a pessoa que os liderava tinha fortes habilidades de liderança e uma presença assertiva na sala de cirurgia. Nos facilitadores específicos da lista de verificação o que foi mais comumente relatado foi a modificação da ferramenta para se adequar ao contexto cirúrgico específico e/ou para torná-la mais amigável (Russ et al., 2015).

Segurança cirúrgica

Segundo Ferreira et al. (2019) a segurança cirúrgica, é uma prática que foi aperfeiçoada com o aumento da realização de tratamentos complexos nos blocos operatórios. Porém, esses avanços aumentaram também a possibilidade de ocorrência de erros que podem resultar em dano para o paciente, levando à incapacidade ou morte. Para piorar “Nos países em desenvolvimento, a deficiência no sistema é agravada pela infraestruturas e equipamentos em situação precária, falhas na administração das organizações e no controle de infeções, assim como inadequações nas capacitações e treinamento de pessoal” (Ferreira et al., 2019, p. 562).

Segundo Fragata (2010) explica, o “número de procedimentos cirúrgicos realizados em todo o mundo anualmente é de cerca de 230 milhões de intervenções, sendo a taxa global de mortalidade hospitalar de 0,4 a 0,8 % e cifrando-se o risco de complicações importantes entre 3 e 17 %” (p.18).

Fragata, (2010) explica que,

dez em cada cem internamentos hospitalares complicam-se por um qualquer erro, pelo que não nos surpreende que os erros ocorridos em torno da prestação de cuidados cirúrgicos assumam uma particular relevância. Com efeito, cerca de 48 % de todos os eventos adversos estão relacionados com a cirurgia e a anestesiologia, ocorrendo em blocos operatórios, e afetando 2% de todos os internamentos hospitalares. Estes eventos seriam evitáveis em 30 a 50 % dos casos. Os tipos de erros possíveis são diversos, desde a simples perturbação do fluxo operatório, sem consequências para o paciente, até às mais graves complicações, com produção de danos irreversíveis ou

mesmo de morte, abrangendo a atividade cirúrgica propriamente dita, a atividade anestésica e as complicações diretas de ambas (Fragata, 2010, p. 18).

A respeito do erro em termos de segurança do doente importa definir a taxonomia do erro com a devida adequação à prática clínica. Assim, são aqui abordados e seguidos os contributos entendidos como particularmente relevantes, e entre si complementares, neste campo. Como define e ilustra Carneiro, (2010):

- Um erro define-se como um falhanço de execução de uma ação previamente intencionada e planeada (erro de execução), assim como a utilização de um plano errado para o atingimento de um determinado fim (erro de planeamento);
- Um Evento adverso (EA) define-se como uma lesão provocada num doente devido à intervenção médica em si (e não à condição clínica subjacente). Ex.: rotura esofágica durante uma endoscopia;
- Um EA não-prevenível define-se como um EA inesperado, na ausência de qualquer erro (complicação cirúrgica, alergia medicamentosa, etc.);
- Um EA prevenível define-se como sendo um EA devido a um erro (por ex. punção arterial em doente anticoagulado);
- Um EA negligente define-se como um subgrupo de EA preveníveis devido a cuidados que não seguiram os padrões de cuidados médicos que se esperam de um clínico médio habilitado a tratar o doente em específico (por exemplo, hipóxia perinatal fetal por trabalho de parto desnecessariamente longo);
- Os “*near misses*” são os erros que não induzem qualquer efeito adverso no doente (Carneiro, 2010, p. 5).

Um acidente não deriva de uma causa única, mas antes resulta de uma multiplicidade de fatores que para ele concorrem. O resultado médico ou cirúrgico será sempre influenciado pela função da complexidade da tarefa a realizar e depende das atividades individuais, da equipa e da instituição, que envolve fatores técnicos e humanos e fatores de equipa e fatores da organização ou sistema (Fragata, 2010).

Os danos acidentais aos doentes durante os cuidados dos profissionais provocam pesados efeitos colaterais e tornou-se num dos principais focos de pesquisa e mudança prática ao longo dos últimos 20 anos. A administração de medicamentos, em particular, tem recebido considerável atenção, e as estimativas da frequência de erros de medicação anestésicos chegam a 1 em cada 20 administrações de medicamentos perioperatórios. Anualmente, ocorrem aproximadamente 40,8 milhões de procedimentos cirúrgicos que requerem anestesia nos EUA, que produz aproximadamente 2 milhões de erros medicamentosos anualmente, com um custo anual estimado de saúde de 5,6 bilhões de dólares somente nos EUA (Biro et al., 2022).

Assim sendo, há necessidade urgente de apontar no caminho da diminuição do risco e para a melhoria da segurança do doente, numa abordagem plural, multidisciplinar e organizacional. Os profissionais devem sentir-se parte do sistema, da organização, participar nas decisões das comissões que estudam e delineiam formas de trabalho para evitar erros e eventos adversos. Por isso, para melhorar a qualidade em saúde e a segurança do doente, é necessário trabalhar todos os facilitadores e barreiras à qualidade e à prevenção do risco cirúrgico.

Como a segurança cirúrgica não era reconhecida como um problema de saúde pública e os sistemas de informação, quando existentes, não permitiam monitorizar os procedimentos nem avaliar os resultados, além de que não existia padronização dos procedimentos de garantia da segurança cirúrgica na maioria dos países, a OMS estabeleceu em 2007 o projeto “Cirurgia Segura Salva Vidas” (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015). Em Portugal em 2015 a Direção-Geral da Saúde aprovou o “*Plano Nacional para a Segurança do Doente*” através do qual emitiu normas que visam reforçar a adoção das orientações da OMS para a segurança cirúrgica, como o padrão mínimo de qualidade clínica, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, o Índice de Apgar Cirúrgico e o Manual de Implementação da Lista de Verificação de Segurança, implementando o projeto em todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015, p.3882-2).

“A segurança dos doentes tem por objetivo evitar, prevenir e melhorar os resultados adversos ou danos que têm origem nos processos de cuidados de saúde,” (Ribeiro et al., 2014, p. 176), não se podendo descurar o facto de que a ocorrência de incidentes de segurança no decorrer da prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos e muitos deles podem ser evitados, através da implementação de políticas e estratégias (Despacho nº 9390/2021). Assim sendo, “a promoção da segurança do doente requer um esforço coordenado e persistente de todas as partes interessadas e uma abordagem sistémica,

contínua e promotora da segurança e cultura de segurança, assente numa lógica não punitiva e de melhoria contínua” (Despacho nº 9390/2021, 2021, p. 96).

Devido a essa complexidade pode existir grande probabilidade de ocorrência de um maior número de eventos adversos. “A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais são evitáveis, é reconhecida internacional e nacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca” (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 96). O contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança e a efetividade dos mesmos, daí a reconhecida importância que este representa para os resultados em saúde, nomeadamente no que respeita à qualidade e segurança.

Os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais, a estrutura organizacional, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021, p. 102).

O erro é inato à condição humana e merece especial atenção no âmbito da segurança cirúrgica, pois a sua ocorrência coloca em causa a qualidade em saúde e pode provocar danos irreparáveis na vida do doente.

No cenário português, torna-se imperativo fazer referência ao Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, aprovado pelo Despacho nº 9390/2021, na medida em que se assume um instrumento de fundamental importância de promoção da segurança dos doentes. Isto porque, a sua finalidade passa por

consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde, incluindo nos contextos específicos dos sistemas de saúde modernos, como o domicílio e a telessaúde, sem negligenciar os princípios que sustentam a área da segurança do doente, como a cultura de segurança, a comunicação, e a implementação continuada de práticas seguras em ambientes cada vez mais complexos (PNSD, 2021, p. 97).

O PNSD está alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Paciente 2021-2030 da OMS, e encontra-se estruturado em cinco pilares que contemplam 14 objetivos estratégicos e que visam a promoção da segurança dos doentes (Despacho nº 9390/2021, p. 99-103):

Pilar 1 – Cultura de Segurança: a cultura de segurança traduz-se no conjunto de valores, crenças, normas e competências individuais e de grupo que determinam o compromisso, o estilo e a ação face às questões de segurança do doente

Pilar 2 – Liderança e Governança: ao dar prioridade, desenvolver e criar condições que assegurem uma cultura focada na segurança, as lideranças e os gestores orientam a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem confiança e abertura para discutir e antever as fragilidades e lacunas do sistema, assim como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis e, ao mesmo tempo, para responder, com transparência, aos desafios da complexidade que subjaz à prestação dos cuidados de saúde

Pilar 3 – Comunicação: pilar que enfatiza a comunicação efetiva, assumindo que esta é fundamental ao longo de todo o ciclo de cuidados, especialmente, nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde

Pilar 4 – Prevenção e Gestão de Incidentes de Segurança do Doente: este pilar, após recomendações da OMS e da Comissão Europeia, remete para a necessidade de se desenvolverem sistemas de notificação de incidentes de segurança do doente, que promovam a aprendizagem com o erro e a consequente implementação de ações de melhoria, numa cultura não punitiva, de melhoria contínua e de proteção do notificador

Pilar 5 – Práticas Seguras em Ambientes Seguros: este pilar reconhece o facto de que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde influenciam a segurança e a efetividade dos mesmos. Nesta ordem de ideias, os recursos existentes, a dotação e adequação dos profissionais e das equipas de saúde, a formação dos profissionais de saúde, a forma como o trabalho é organizado, a existência de ferramentas e instrumentos, os percursos de cuidados, o desenho e confiabilidade dos processos são algumas das condicionantes dos ambientes seguros.

O BO oferece um vasto campo de intervenção aos enfermeiros, com atividades muito específicas a exigirem um conjunto de conhecimentos e competências de natureza diversa para o desempenho dos diversos papéis no perioperatório. Vasconcelos et al. (2018) num artigo de revisão integrativa referem que

que a atuação do enfermeiro na aplicação da *checklist* em modo geral não é eficaz. São necessárias estratégias de implantação do instrumento nas instituições que não o utilizam bem como sua aplicação. Sugere-se atualização profissional para melhor entendimento do conteúdo, enfatizando a importância da utilização da *checklist* cirúrgica (p. 57).

Por outro lado, como refere Gillespie: *“Notwithstanding the lack of randomized controlled trials, synthesis of the existing body of evidence suggests a relationship between checklist use in surgery and fewer postoperative complications,”* (Gillespie et al., 2014, p. 1380).

Um estudo abrangente de observação *in loco* num Hospital Universitário “a adesão da *checklist*, em 57% das cirurgias acompanhadas na identificação dos pacientes não foi realizada, 100% das equipes não se apresentaram no time out e não confirmaram o procedimento no *Sign out*” (Oliveira et al., 2017, p. 7).

A ação da aplicação e adesão da *checklist* de cirurgia segura é complexa e, embora se mostre positiva em diversos setores, como a aviação e a engenharia industrial há que se levar em consideração o alerta de Carneiro (2010) de que:

é necessário não simplificar a *checklist* de cirurgia segura com analogias de outras realidades, pois, em termos de qualidade, é bem mais difícil administrar dez medicamentos a um só paciente do que corrigir uma falha no motor de um avião, assim como é muito mais complexo garantir uma comunicação eficaz entre doze pessoas presentes em uma sala operatória do CC do que entre o piloto e o copiloto em um avião (p. 9).

O sucesso ou insucesso do uso da lista de verificação cirúrgica “dependerá acima de tudo do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os profissionais envolvidos na assistência cirúrgica, contando ainda com a colaboração dos próprios doentes” (Carneiro, 2010, p. 9).

Enfermagem Perioperatória

O conceito de sala de operações iniciou-se em 1820 com uma sala na própria enfermaria destinada à realização isolada de procedimentos cirúrgicos permitindo já um certo isolamento. Não havia qualquer tipo de controlo das condições ambientais, mas também não eram do conhecimento a noção de fontes de infeção. Um exemplo desses é a sala *Old operating Theatre Museum* situada no *St. Thomas Hospital* (ACSS, 2011).

Mais tarde surgiram novas perspetivas sobre o processo infeccioso e sua propagação e com a primeira guerra mundial surgem as primeiras salas operatórias em unidades específicas, a qual chamaram Blocos Operatórios. Nestas unidades eram agrupadas todas as especialidades cirúrgicas com equipamentos e técnicos próprios. Com a evolução tecnológica derivada da Segunda Guerra Mundial, os Blocos Operatórios aumentam em número e em dimensão devido à necessidade de compartimentação das funções operatórias extra, como a anestesiologia e desinfecção ou os vários circuitos criados e são criados nesta altura os primeiros departamentos cirúrgicos. Destaca-se pelo seu nível de assepsia e podem servir diferentes especialidades clínicas que operam milhões de doentes a nível nacional (ACSS, 2011). São centros financeiros críticos para hospitais e para muitos doentes são importantes pontos de interação com o sistema de saúde. Mais de 48 milhões de procedimentos ambulatoriais e 51 milhões de procedimentos hospitalares foram realizados em 2010 nos USA. Os cuidados cirúrgicos representam cerca de um terço de todos os gastos com saúde, e cerca de metade do total de custos hospitalares de internamento. Cada sala cirúrgica tem um custo variado de 30 a 100 dólares/minuto, sendo assim essencial maximizar a eficiência e eficácia nos cuidados cirúrgicos (Lee et al. 2019). A cirurgia tornou-se assim parte integrante dos cuidados de saúde globais, com um número estimado de 234 milhões de operações realizadas anualmente onde as complicações cirúrgicas são comuns e frequentemente evitáveis (Haynes et al., 2009).

O bloco operatório aparece reconhecido:

como um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde, quer pela tecnologia sofisticada de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar, quer pela multidisciplinaridade, em que as equipas são formadas por anestesistas, cirurgiões,

enfermeiros e outros técnicos o que obriga a uma interação perfeita num contexto de elevada complexidade (Despacho n.º 1400- A/2015, 2015, p. 3882-4).

A enfermagem é uma profissão com um longo percurso, e em Portugal principalmente a partir dos anos 90 com a criação da Ordem dos Enfermeiros (OE) e com a criação da licenciatura em Enfermagem e com o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros sofreu uma grande evolução na sua complexificação e dignificação do seu exercício. Na década de 2000 deu-se a afirmação da Ordem dos Enfermeiros enquanto entidade que regula o exercício da Enfermagem Portuguesa. Foram criados os Padrões de Qualidade em Enfermagem e a definição das Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Foi também nestes anos que teve início a discussão em torno do novo Modelo de Desenvolvimento Profissional, que culminou com a aprovação da Lei 111/2009 de 16 de setembro, que procedeu à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros (aprovado anteriormente pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril). A OE filiou-se em várias organizações internacionais, como o Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) ou a Federação Europeia de Enfermeiros (EFN). Também nesta década foi publicada a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem e assistiu-se a um aprofundamento das especialidades em Enfermagem, com a publicação de vários regulamentos.

Há dois regulamentos essenciais para os Enfermeiros especialistas em específico que são os Regulamento n.º 140/2019 que regulam as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento n.º 429/2018 que regula as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica.

Um enfermeiro especialista é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento nº 140/2019).

Na tabela que se segue, discriminam-se os domínios das competências comuns e as respetivas competências do enfermeiro especialista, entendendo-se que as competências comuns dizem respeito às “competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada

capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento nº 140/2019). Este Regulamento define assim as competências comuns:

Domínios da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal:

- Desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional;
- Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;

Domínio da melhoria contínua da qualidade:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro;

Domínio da gestão dos cuidados:

- Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde;
- Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;

Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

- Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade;
- Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica;

O Regulamento 429/2018, refere as competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica:

relativamente às quais se reconhece a imperatividade de especificar as competências de acordo com o destinatário dos cuidados e o contexto de intervenção, sobressaem e destacam-se diferentes áreas de enfermagem, das quais, em particular, se identificam as seguintes: área de enfermagem à pessoa em situação crítica, área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e área de enfermagem à pessoa em situação crónica (Regulamento 429/2018, p. 19359).

O referido regulamento, não só discrimina as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, como também define as competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família que necessitam de cuidados cirúrgicos/anestésicos. Os cuidados de enfermagem em ambiente perioperatório além da prestação de cuidados cirúrgicos devem atentar à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença que originou a necessidade de cuidados especializados perioperatórios (Regulamento nº 429/2018).

No âmbito da enfermagem médico-cirúrgica, compete ao enfermeiro especialista segundo o (Regulamento nº 429/2018, p. 19359):

- Cuidar da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Otimizar o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica;
- Maximizar a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrente de doença aguda ou crónica.

O Enfermeiro perioperatório, é o profissional de saúde que presta cuidados e assistência ao doente e respetiva família, ao longo dos 3 períodos: pré-operatório, intraoperatório e pós-

operatório, isto é, é o profissional mais habilitado a prestar cuidados de enfermagem ao doente que vai ser sujeito a uma intervenção cirúrgica.

Para isso o Regulamento prevê os vários domínios onde esse Enfermeiro deve investir as suas competências (Regulamento nº 429/2018, p. 19366):

1- Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa

Considerando a especificidade das necessidades da pessoa em situação perioperatória, o enfermeiro especialista mobiliza conhecimentos e habilidades para cuidar a pessoa e família/pessoa significativa, promovendo a compreensão do processo vivenciado e a vivenciar, capacitando-os para o autocuidado e reintegração familiar e social.

2- Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, p. 19367):

Considerando o elevado risco associado aos cuidados perioperatórios, particularmente da ocorrência de eventos adversos decorrente da vulnerabilidade da pessoa, dos procedimentos realizados e da complexidade do ambiente e dos recursos, o enfermeiro especialista na área de Enfermagem à pessoa em situação Perioperatória mobiliza conhecimentos e habilidades que garantam a segurança da pessoa, profissionais e ambiente, agindo de acordo com a ética profissional.

Segundo a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a enfermagem perioperatória é definida como:

o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si, pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do paciente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado (AESOP, 2012, p. 107).

Os enfermeiros perioperatórios são compostos por profissionais com diversas áreas de especialização: enfermeiros instrumentistas ou circulantes e enfermeiros anestesistas. Isso sugere uma complexidade inerente à área que obriga a formação e especialização para efetuar com destreza e segurança todos os processos que o ambiente cirúrgico envolve (*Eriksson et al.*, 2020). Considerando o contexto específico em que atua o Enfermeiro perioperatório este deve possuir “consciência cirúrgica, motivação, espírito de equipa, rigor profissional, autodomínio, destreza, facilidade de adaptação, espírito crítico, facilidade de concentração, resposta rápida a emergências e controlo de stress” (AESOP, 2012, p. 8).

Em 2019, a *Association of Perioperative Registered Nurses* (AORN) fez alterações no Modelo de Avaliação de Evidências da AORN que fornece a estrutura para a revisão de evidências sobre as quais as atuais recomendações de diretrizes são baseadas. Essas mudanças tornaram mais fácil apreender as implicações para as suas práticas e desenvolver uma estratégia de implementação clara (AORN, 2021). Os enfermeiros perioperatórios são especialistas em antecipar as necessidades do doente e da equipe cirúrgica, usando habilidades de pensamento crítico que facilitam a implementação rápida de intervenções de segurança. Os enfermeiros perioperatórios trabalham dentro de uma equipe perioperatória dinâmica, que requer excelente comunicação e habilidades clínicas em que a segurança do doente é uma prioridade. Eles acrescentam valor significativo para a equipe perioperatória e para a organização com as competências e conhecimentos necessários para avaliar, diagnosticar, planejar, intervir e avaliar os resultados de enfermagem e as suas intervenções (AORN, 2021).

Na sua atuação o Enfermeiro perioperatório deve orientar a sua prática por uma abordagem holística e global que abranja uma combinação de habilidades técnicas perioperatórias e habilidades não técnicas, como a capacidade de trabalhar em equipe, comunicação, consciência cirúrgica. Explorando e aumentando competências dentro de um bloco operatório contribui para uma melhor prática segura (*Falk-Brynhildsen*, 2019).

No mesmo sentido, para Henriques et al. (2019)

as competências representam um conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes que cada trabalhador possui e que serve de referencial para construção de seu desenvolvimento na empresa. Nesse sentido, as competências são resultados específicos que os indivíduos trazem para o exercício das suas atividades laborais,

portanto, passíveis de serem observáveis por meio do desempenho do profissional no trabalho (p. 2).

As competências requeridas aos enfermeiros segundo Leal são identificadas como competências clínicas, agrupadas em sete domínios: a função de ajuda; de ensino e formação; de diagnóstico e monitorização; gerir eficazmente as situações de rápida mudança; administração e monitorização dos regimes e das intervenções terapêuticas, bem como a garantia de qualidade das práticas na área da saúde. Há também competências que podem ser atribuídas à própria personalidade do Enfermeiro, como: a tomada de decisão; a comunicação com os outros profissionais; a liderança e a forma como gere os recursos disponíveis (Leal et al., 2019).

4. Finalidade e Objetivos

A finalidade deste trabalho é apresentar uma *Scoping Review* (ScR) sobre a utilização da *checklist* instituída pela OMS em contexto operatório, identificando as evidências científicas disponíveis para promover a qualidade e a segurança no bloco operatório, através do acesso a informação validada, assim como desenvolver competências acrescidas para a elaboração de projetos em saúde que promovam a qualidade e segurança dos cuidados no BO;

Os objetivos definem onde se quer chegar com a pesquisa, deste modo definimos o seguinte objetivo: Mapear a melhor evidência científica sobre a utilização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica instituída pela Organização Mundial de Saúde.

5. Metodologia

Faremos uma pesquisa de evidência científica que permitirá dar resposta a uma questão claramente definida, utilizando uma metodologia explícita e sistematizada para identificar, selecionar e avaliar conhecimento científico já produzido na forma de estudos relevantes. Como resultado desse processo metodológico, é realizada a decisão de incluir ou excluir os estudos na revisão, de modo a utilizar apenas dados da melhor qualidade, que permite produzir estudos e evidência fidedigna.

O tipo de estudo que realizamos foi uma *Scoping Review* (ScR), a qual emergiu como uma nova abordagem para revisar a literatura que tem sido bastante utilizada na área de síntese de evidências em saúde (Cordeiro & Soares, 2019).

Uma ScR é um tipo de revisão de literatura que visa mapear a literatura existente sobre um determinado tópico ou questão de pesquisa. É um processo sistemático de busca, seleção e síntese de estudos de pesquisa e outras fontes relevantes de informação para fornecer uma visão geral das evidências disponíveis.

O objetivo é identificar os principais conceitos e temas na literatura, as lacunas no conhecimento e as áreas que requerem mais pesquisas.

As *Scoping Reviews* podem ser usadas para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho e/ou os limites conceituais de um tópico (Amendoeira, 2022).

A opção por este tipo de revisão de literatura prende-se com o facto de a ScR primar pela abordagem de tópicos amplos, permitindo a reunião de diferentes tipos de evidências, como estas foram produzidas, tendo como principais objetivos:

- Examinar a extensão e a natureza das produções e/ou esclarecer conceitos que fundamentam determinada área;
- Identificar a viabilidade ou a relevância de se realizar uma revisão sistemática, configurando-se como um exercício preliminar à revisão sistemática que apura a pergunta de revisão;
- Sistematizar e disseminar resultados que podem contribuir para as práticas, políticas e investigação;

- Identificar falhas na literatura existente e perceber como a pesquisa é conduzida em determinada área. (Cordeiro, & Soares, 2019, p. 38; Amendoeira, 2022)

A sistematização proporcionada pela ScR tem por base o “referencial teórico-metodológico do JBI for *Scoping Reviews*” (Peter et al., 2020), sendo uma revisão que auxilia a recolha de informação ampla e focada, sem distinguir tipos de estudo e os métodos utilizados (Amendoeira, 2022).

O problema de investigação em foco prende-se em analisar a LVSC em contexto de Bloco Operatório.

Para a formulação da pergunta de investigação, e considerando-se que se pretende realizar uma ScR, recorreu-se à mnemónica PCC (População, Conceito e Contexto), para produzir uma síntese mais integrativa e não proceder a comparações.

Tabela 1 - Modelo PCC

Acrónimo	Significado	Componentes da questão em estudo
P	População	Profissionais de saúde
C	Conceito	A aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS
C	Contexto	Bloco Operatório

Definimos como população em estudo os profissionais de saúde, o conceito foi a aplicação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS, e o contexto é o Bloco Operatório.

Após a formulação da pergunta de investigação com o recurso à estratégia PCC, cabe agora encontrar os critérios de inclusão e exclusão dos estudos. Os critérios de inclusão são as diretrizes específicas que determinam quais estudos devem ser selecionados para inclusão numa *Scoping Review*. Eles são aplicados durante o processo de seleção dos estudos, para garantir que apenas estudos relevantes e de qualidade sejam incluídos na revisão.

Segundo Amendoeira, devemos encontrar os critérios de inclusão pela dimensão da Questão de Revisão (População, Conceito e Contexto) e que estaremos ao definir estes critérios, em condições de numa fase posterior realizar a seleção das fontes e seguir para a fase da decisão da inclusão ou não (Amendoeira, 2022).

Os critérios de inclusão que usamos foram:

- Estudos quantitativos, qualitativos e mistos, primários e secundários,
- Artigos disponíveis de forma livre,
- Artigos publicados nos idiomas português e inglês,
- Artigos e estudos publicados entre 2017 e 2022.

Critérios de exclusão:

- Artigos que não se relacionem com *checklist* ou ambiente perioperatório,
- Artigos que não se encontrem disponíveis na íntegra,
- Estudos duplicados,
- Artigos que se encontrem publicados noutros idiomas sem serem os escolhidos pelo investigador.

Esta *Scoping Review* seguirá a metodologia recomendada pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI), e de acordo com *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews - Scoping Reviews (PRISMA-ScR)* (Peters et al., 2020).

As diretrizes *PRISMA* foram seguidas para relatar os resultados como veremos posteriormente.

Procedemos à recolha da informação nos meses de Junho e Julho de 2022, nas bases de dados eletrónicas CINAHL (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*) e *Medline*. Em cada base de dados, os descritores controlados foram delimitados (*Medical Subject*

Headings-MeSH, CINAHL Headings, e Descritores em Ciências da Saúde) e estavam presentes no agregador de bases de dados *EBSCOhost Web*, a que tivemos acesso via ESSNorteCVP.

De modo a identificar a literatura não publicada (literatura cinzenta), foi procedida também à pesquisa no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) mas sem resultados.

A identificação dos descritores *Mesh* (*Medical Subject Headings* (DeCS/MeSH) no website <https://decs.bvsalud.org/>, é crucial para este tipo de estudo, pois é um vocabulário controlado de termos médicos e de saúde desenvolvido e mantido pela *National Library of Medicine* (NLM) dos Estados Unidos trazendo assim padronização e a indexação de informações nos bancos de dados bibliográficos da área da saúde. O objetivo dos Descritores *Mesh* é padronizar a indexação e recuperação de informações (Brandau et al., 2005).

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

Ao pesquisar-se a palavra lista de verificação segurança cirúrgica não apareceu nenhum descritor e optamos por pesquisar a palavra *checklist* e surgiu 1 descritor. Assim selecionou-se o descritor 1 com o termo lista de checagem/*checklist*.

Dos 47 descritores que surgiram aquando da pesquisa da palavra Segurança selecionamos o descritor 18 por ser o mais adequado: Segurança do Paciente/*Patient Safety*.

A pesquisa do termo bloco operatório não evidenciou nenhum resultado, pelo que se pesquisou o termo cirurgia e dos 67 descritores obtidos nos resultados, selecionamos o descritor 21 - Salas cirúrgicas / *Operating Room*.

A nossa estratégia de pesquisa foi elaborar uma frase booleana com os termos-chave em Inglês: “*checklist*” AND “*operating room*” e em Português: Lista de Checagem E salas cirúrgicas, com a qual obtivemos um total de 349 resultados.

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

Inicialmente, através da EBSCOhost procedeu-se à pesquisa na CINAHL Complete e MEDLINE Complete, tendo-se inserido a frase booleana “*checklist*” AND “*operating room*”. Obtiveram-se 349 resultados, que ficaram distribuídos por CINAHL complete 226 resultados e Medline 123 resultados. Após aplicar os critérios de inclusão ficaram 156 resultados.

A pesquisa bibliográfica no RCAAP na

- 1.ª pesquisa: Lista de Checagem E salas cirúrgicas): 0 resultados (índice, título e resumo); e a - 2.ª pesquisa: “*checklist*” AND “*operating room*”: 2 resultados (índice, título e resumo); Obtiveram-se 2 resultados, mas após aplicar os critérios de inclusão ficaram 0 resultados.

Delimitada a temática de pesquisa procedeu-se à eliminação dos artigos duplicados e ao estabelecimento dos critérios de inclusão que os estudos teriam de cumprir para integrarem o nosso “*corpus de análise*”: estudos científicos recentes, publicados nos últimos cinco anos (entre 2017 e 2022), com presença dos descritores no título ou no resumo ou nos termos do assunto, de acesso livre, em língua inglesa ou portuguesa, publicados em revista científica, que abordassem a utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica à pessoa em situação perioperatória.

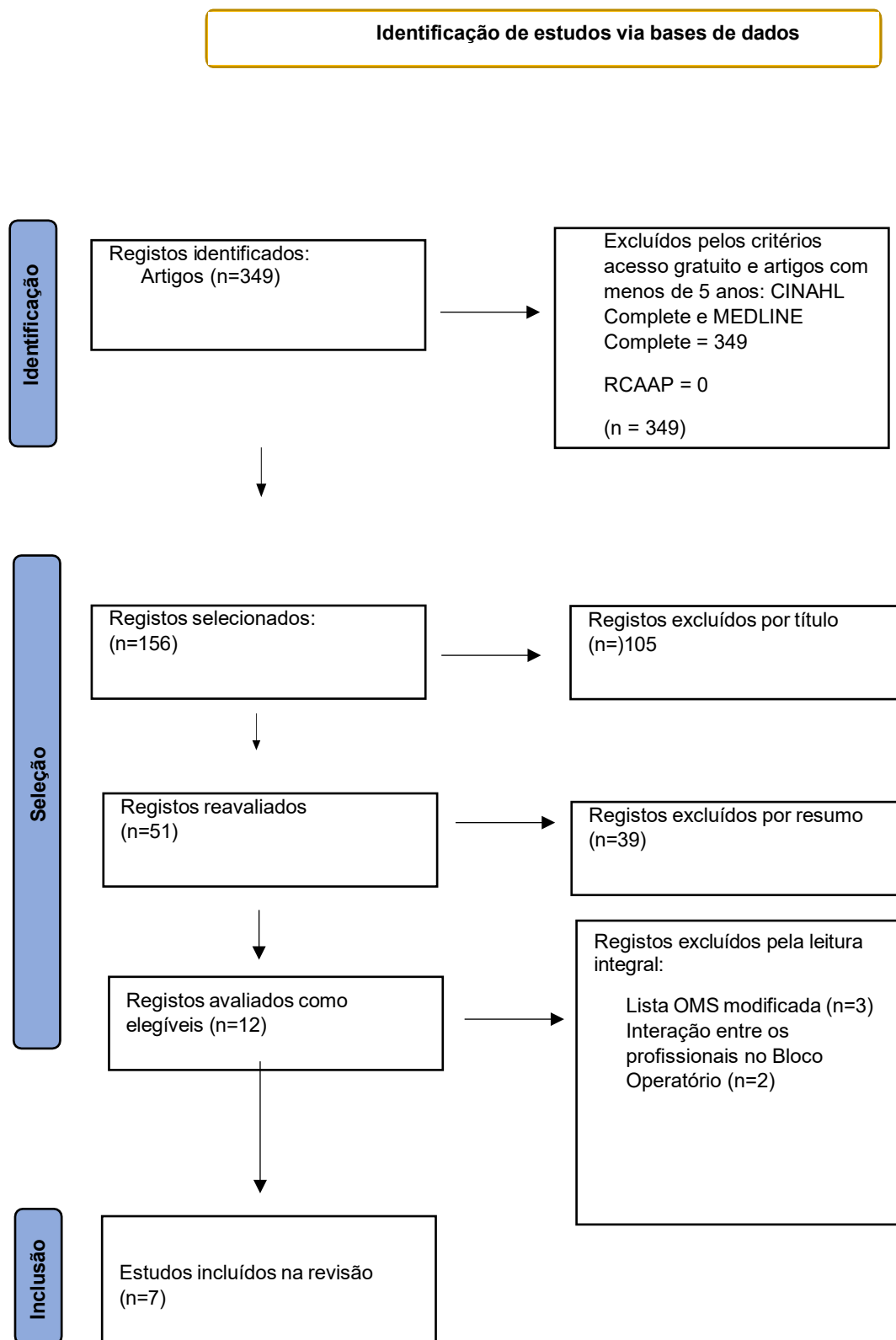


Figura 1 - Diagrama PRISMA

Desta forma obtivemos 156 artigos, que foram analisados. Após a análise descrita no diagrama ficamos com um total de 12 artigos (n=12), dos quais eliminamos 3 (n=3) por usarem uma *checklist* de segurança cirúrgica modificada ou diferente da implementada pela OMS e dois (n=2) por centrarem o foco nas interações entre os profissionais durante o momento de aplicação da *checklist*. Assim ficamos com um total de 7 (n=7) artigos para a revisão ScR.

5.1. Desenho do estudo

O estudo é uma revisão da literatura baseado numa *Scoping Review* para mapear os principais conceitos subjacentes a uma área de pesquisa, bem como esclarecer as definições de trabalho/ou os limites conceituais (Amendoeira, 2022).

5.2. Considerações éticas

- Os benefícios são a criação de conhecimento que trará informações para a tomada de decisão, correção e melhorias nos procedimentos.
- Custos nulos.
- Não há conflito de interesses para o investigador.
- Foi dado o parecer favorável pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) para o estudo de investigação (nº 2022-059). (Anexo 31)
- Foi pedida alteração do título do estudo de investigação à qual foi dada deferência (anexo 32)

6. Resultados

Para a elaboração do nosso estudo centramos a análise dos dados de 7 artigos, tal como já foi descrito na metodologia. A tabela seguinte apresenta, o conteúdo dos estudos, o seu desenho metodológico e as conclusões a que estes chegaram. Parte dos artigos analisados são revisões de literatura ou meta-análise o que nos permite um maior nível de evidência do conhecimento nos dados analisados.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Revisão integrativa “Lista de verificação de segurança cirúrgica: Uma revisão integrativa sobre benefícios e sua importância” Mafra & Rodrigues, (2018)	375 estudos nas três bases de dados. Trabalhados 10 estudos.	Analisar com base na literatura os benefícios da implantação da lista de verificação de segurança cirúrgica	Revisão integrativa com levantamento dos artigos realizado na base de dados <i>Medline via Pub Med, Lilacs</i> , publicados no período de 2010 a 2014.	Há agrupamento por similaridade de resultados em duas categorias temáticas, isto é, benefícios da utilização da lista de verificação de cirurgia segura e importância da lista de verificação de segurança cirúrgica na redução da morbidade iatrogênica causando desfechos indesejáveis.	Conclui-se que há melhoria da comunicação interprofissional; diminuição de potenciais complicações e da mortalidade; contribui para os padrões de segurança do paciente; redução da incidência de eventos adversos; comunicação mais intensa entre equipa

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Revisão da Literatura “The Need for Surgical Safety Checklists in Neurosurgery Now and in the Future-A Systematic Review” Westman et al., (2020)	1243 artigos iniciais Trabalhados 31 artigos	Rever sistematicamente o estado da literatura sobre listas de verificação de segurança cirúrgica em neurocirurgia.	Revisão realizada no <i>PubMed</i> , <i>Cochrane</i> <i>Database of</i> <i>Systematic</i> <i>Reviews e</i> <i>Cochrane</i> <i>Central</i> <i>Register of</i> <i>Controlled</i> <i>Trials, Embase</i> <i>e MEDLINE</i> para artigos publicados entre 2008 e 2016.	Verificou-se que o uso da lista de verificação de cirurgia segura, reduz as complicações infeciosas adquiridas no hospital e aumenta a cultura de segurança da sala de cirurgia. As listas de verificação melhoraram a segurança do cliente em neurocirurgia melhoram a comunicação entre a equipa e percepção da segurança.	Apesar da introdução da lista de verificação cirúrgica da OMS há uma década, há uma quantidade limitada de evidências sobre o seu impacto na segurança do paciente em neurocirurgia em específico principalmente na nova era da robotização. Mas atualmente os estudos analisados pelo autor demonstram aumento da cultura de segurança, e a sua percepção e aumenta a comunicação interdisciplinar.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Análise prospetiva com Revisão Sistemática e meta-análise <i>“The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a perspective observational cohort study, systematic review and meta- analysis”</i> Abbott et al., (2018)	44.814 Clientes de 497 Hospitais em 27 países.	Analisar a efetividade clínica da lista de verificação de segurança cirúrgica.	Revisão sistemática, com 3.732 registos examinados e 11 estudos elegíveis e identificados de 453.292 Pacientes, incluindo os dados do <i>International Surgical Outcomes Study.</i>	Redução da mortalidade; Sem redução de complicações pós- operatórias	Clientes expostos a uma lista de verificação de segurança cirúrgica apresentam melhores resultados pós- operatórios e de mortalidade mas isso pode simplesmente refletir uma maior qualidade de atendimento em hospitais onde o uso da lista de verificação é habitual.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Estudo de corte retrospectivo <i>"Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist A regional health system's experience"</i> Gitelis et al., (2017)	Quatro hospitais da <i>NorthShore University HealthSyst</i> em Integrados por equipa multidisciplinar de Cirurgiões, Anestesiologistas e Enfermeiros.	Examinar o impacto da implementação da SSC da OMS eletrónica na adesão e segurança do paciente.	A Universidade adaptou em 2009, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS em cada um dos seus 4 hospitais em formato eletrónico.	Maior conformidade entre os profissionais passando de 48% para 92%; Decréscimo dos eventos de risco.	Uma comparação entre eventos de risco nos períodos pré e pós implementação da lista em suporte informático mostrou uma redução da ocorrência desses eventos. Indicadores como tromboembolismo pós-operatório venoso, infeções de local cirúrgico e mortalidade hospitalar foram menores após a implantação da nova SSC eletrónica e diminuíram também o número de readmissões até 30 dias após cirurgia e o tempo médio de permanência no hospital.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Revisão da literatura <i>“Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety”</i> Haugen, et al., (2019)	Vários estudos que deram suporte à revisão da literatura.	Descrever uma síntese da literatura sobre vantagens e desvantagens no uso das listas de verificação da segurança cirúrgica.	Revisão integrativa com levantamento dos artigos para fazer uma síntese de evidências.	Evidências a favor do uso da lista de verificação com efeitos nos resultados do paciente, como complicações reduzidas, infecções de feridas reduzidas, menor perda de sangue e menores taxas de mortalidade.; melhorar a informação, transferência e comunicação nas diferentes fases da cirurgia;	O uso das listas de verificação de segurança cirúrgica. A a lista de verificação resultou especificamente em processos de cuidado aprimorados para proteger os pacientes.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Revisão Integrativa <i>“Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review.”</i> Tostes & Galvão, (2019a)	Identificaram-se 1.984 publicações iniciais ficando com uma amostra da revisão integrativa de 27 estudos primários.	Analisar as evidências disponíveis na literatura sobre o processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, proposta pela <i>World Health Organization</i>, na prática dos serviços de saúde.	Para a busca dos estudos primários, foram selecionadas as bases de dados <i>PubMed</i>, <i>CINAHL</i> (<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>) e <i>LILACS</i>.	O uso da <i>Checklist</i> traz efeitos benéficos para a prática clínica, equipe cirúrgica e paciente, sendo a educação elemento-chave nesse processo; redução de eventos adversos (por exemplo, cirurgia em local errado e retenção de itens cirúrgicos), melhoria no processo de contagem cirúrgica, incremento da cultura de segurança e fortalecimento do trabalho em equipe;	A enfermagem tem potencial para ser protagonista no planeamento e implementação das melhores práticas em prol da segurança do paciente; Há efeitos benéficos para a prática clínica, equipe cirúrgica e paciente; mostra também redução de eventos adversos.

Estudo Autor / Ano	Participantes / Amostra	Objetivo	Método e tipo de estudo	Resultados	Conclusões
Investigação quantitativa "An investigation of barriers to the use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres" Verwey & Gopalan, (2018)	Os questionários foram entregues às equipas dos blocos em dois hospitais no complexo de Durban a cerca de 225 pessoas.	Investigar as perceções da equipa dos Blocos Operatórios em relação à lista de verificação e identificar razões e barreiras para o cumprimento e implementação insatisfatórios.	Questionários foram entregues às equipas dos Blocos operatórios de dois grandes hospitais em Durban, África do Sul.	A <i>checklist</i> melhora a segurança, previne erros; reduz a morbilidade e mortalidade.;	A <i>checklist</i> da OMS é uma ferramenta importante no ambiente de centro cirúrgico. A <i>checklist</i> faz com a equipa da sala cirúrgica trabalhe melhor em conjunto para garantir segurança cirúrgica.

Tabela 2 – Síntese dos Resultados

7. Discussão

Em todos os estudos os autores concordam que o bloco operatório é um local altamente complexo com procedimentos altamente diferenciados e onde existe um elevado nível de exigência associado à elevada produção cirúrgica, o que aumenta o risco de complicações associadas ao processo cirúrgico. O uso da LVSC aumenta a cultura de segurança no bloco operatório, promovendo o trabalho em equipa e favorecendo a prevenção e deteção precoce da ocorrência de eventos adversos. Mafra & Rodrigues afirmam que:

a lista de verificação da cirurgia segura é uma ferramenta que foi criada para auxiliar na promoção do trabalho em equipe que participa do ato cirúrgico em prol da segurança do paciente, capacitando profissionais, promovendo a melhoria e a compreensão das ações necessárias para o fortalecimento dos sistemas de segurança do paciente, além de contribuir para a perceção do risco – primeiro passo para a mudança prática efetiva de medidas preventivas. (Mafra & Rodrigues, 2018, p. 269)

Os artigos analisados na pesquisa permitiram identificar alguns benefícios na utilização da LVSC, como a melhoria da comunicação dentro da equipa multidisciplinar permitindo antecipar necessidades intraoperatórias, a diminuição da mortalidade e a redução de complicações pós-operatórias, o aumento da segurança, a melhoria no *teamwork*, redução de eventos adversos e prevenção de erros. A *checklist* da OMS é uma ferramenta importante no ambiente da sala de cirurgia e ao melhorar o uso da lista de verificação permitirá que a equipa da sala de cirurgia trabalhe em conjunto para garantir um ambiente operatório mais seguro para os doentes e equipa (Verwey & Gopalan, 2018).

A sua utilização também contribui para uma melhor transferência de informação e comunicação nas diferentes fases da cirurgia (Haugen et al., 2019).

Um dos primeiros estudos em larga escala sobre listas de verificação na área da saúde (o projeto *Keystone*) foi realizado predominantemente em 108 unidades de terapia intensiva de Michigan, onde introduziram um conjunto de intervenções, incluindo uma lista de verificação para melhorar as comunicações (Haugen et al., 2019).

Um registo importante e que poderá ser objeto de estudo mais aprofundado foi a otimização na comunicação e na realização de registos, aquando do uso da *checklist* em aplicação informática, em detrimento do seu registo em suporte papel.

Gitelis et al. em 2017, concluiu com a sua investigação que existe uma redução de 32% de eventos de risco, nomeadamente a deteção de problemas relacionados com o consentimento incorreto que diminuíram 35%; utilização de documentação incorreta, bem como uma programação incorreta na gestão do bloco operatório com uma diminuição de 41%.

Westman et al. em 2020 refere que a *checklist* é uma intervenção útil, simples e com uma boa relação custo-eficácia, que aumenta a comunicação e consequentemente a segurança da pessoa em situação perioperatória. Também *Westman et al.*, em 2020 valida que o seu uso aumenta a cultura de segurança no bloco operatório através da promoção do trabalho de equipa e da comunicação. “Em 90% dos artigos analisados foi apontado como resultado uma maior escuta devido à melhoria na comunicação, sendo que 30% descreviam sobre a mudança da cultura hierárquica que, consequentemente, resultou numa evolução no trabalho em equipe e em 50% das publicações resultou em *upgrade* na qualidade de assistência ao paciente cirúrgico” (Mafrá & Rodrigues, 2018, p. 273).

Os benefícios mais destacados nos estudos analisados foram a redução da mortalidade e da morbilidade associada à intervenção cirúrgica e às complicações pós-operatórias. *Abbott et al.*, em 2018 referenciou na sua meta-análise o resultado do *European Surgical Outcomes Study*, que sugeriu que a aplicação da *checklist* estava associada a uma redução de 19% no risco relativo de mortalidade intra-hospitalar. Este autor enunciou ainda um estudo de coorte retrospectivo chileno, em que a mortalidade era reduzida em 27%. O estudo de *Gitelis et al.*, em 2017 inclui no seu processo de investigação o estudo internacional que *Bergs et al.*, desenvolveu em 2014, em que demonstra que houve uma redução da taxa de mortalidade de 1,5 para 0,8% após a implementação da *checklist*. Em sete estudos primários no artigo de Tostes & Galvão identificaram benefícios na redução de eventos adversos (por exemplo, cirurgia em local errado e retenção de itens cirúrgicos), melhoria da adesão ao uso da ferramenta e da execução do processo de contagem cirúrgica, incremento da cultura de segurança e fortalecimento do trabalho em equipe (Tostes & Galvão, 2019a).

Contudo *Westman et al.*, em 2020 apesar de reconhecer o impacto da utilização da *checklist* na diminuição da mortalidade, enfatiza que muitos dos aspetos positivos verificados na redução da mortalidade pós-operatória são causados pela interferência de outros fatores nomeadamente a qualidade dos restantes cuidados hospitalares, fraca qualidade dos estudos ou viés. Muito poucos estudos relatam quaisquer efeitos negativos nos resultados cirúrgicos do doente, ao usar a *checklist* mas a implementação requer tempo e esforço (*Haugen et al.*, 2019)

Outro dos benefícios apontados pelos estudos é a redução das complicações associadas ao pós-operatório nomeadamente as infeções, a necessidade de reintervenção cirúrgica e o número de readmissões hospitalares. O estudo de *Bergs et al.*, 2014 já referenciado em dois dos estudos utilizados na nossa revisão aponta para uma diminuição das complicações hospitalares de 11% para 7%. O mesmo foi verificado pelos resultados de *Westman et al.*, em 2019 que constatou a redução dos índices de complicações pós-operatória de 19,9% para 11,5%.

A verificação do item sobre a profilaxia antibiótica foi considerada, nos estudos analisados por *Westman et al.*, 2020, como tendo impacto no controle da infeção pós-operatória, nomeadamente na redução das infeções do trato urinário, pneumonia e infeção do local cirúrgico. Constatou-se no geral uma redução significativa do número de infeções de 6% para 3,4 %, incluindo sépsis, infeção do local cirúrgico, infeção do trato urinário e outras infeções. “Entre os estudos selecionados foi possível averiguar que 70% dos artigos versavam que a lista de verificação de segurança cirúrgica foi associada à redução de complicações” e “Observou-se redução real de eventos adversos ou quase acidentes” (Maфра & Rodrigues, 2018, p. 274).

Os estudos também evidenciaram a diminuição de outras complicações, tais como pneumonia, infeção da corrente sanguínea, arritmias, miocardite, tromboembolismo, insuficiência renal, deiscência da anastomose e diminuição das perdas hemáticas que requerem transfusão de hemoderivados (*Abbott et al.*, 2017).

“Systematic reviews find evidence in favor of checklist use having effects on patient outcomes such as reduced complications, wound infections, blood loss, and mortality rates. Checklist use suggested improved outcomes in high-risk pediatric surgery in developing countries” (*Haugen et al.*, 2019, p. 421).

Segundo *Gitelis et al.*, em 2017 as readmissões nos 30 dias após cirurgia foram reduzidas em 13% e o tempo médio de permanência hospitalar foi 3,2 dias e 3,1 dias para os períodos pré e pós utilização eletrónica da lista de verificação de segurança cirúrgica.

No que diz respeito à utilização da LVSC em cirurgias de urgência *Gitelis et al.*, em 2017 defendem que o seu uso é benéfico nestas situações por prevenir eventos adversos, mas por outro lado pode alterar as rotinas o que leva ao aumento de barreiras no fluxo do trabalho, existindo duplicação dos procedimentos de segurança num contexto em que muitas vezes a gestão do tempo é crucial para atingir a estabilidade hemodinâmica do cliente.

Mafra & Rodrigues em 2018, identificaram também que a *checklist* proporcionou uma melhor identificação do doente, aumentando o conhecimento a respeito do procedimento a ser realizado por todos os membros da equipe operatória como benefício importante e que a atuação e envolvimento do enfermeiro como líder nas ações de promoção e segurança do doente pode trazer melhorias no papel do Enfermeiro e na segurança efetiva dentro do período perioperatório.

Há 3 categorias que emergiram da análise dos estudos da revisão:

- Segurança e diminuição de eventos adversos
- Diminuição da mortalidade e morbidade
- Incremento da comunicação multidisciplinar

Estas categorias foram criadas a partir dos 7 estudos:

Mafra & Rodrigues, (2018):

- Melhoria da comunicação;
- Potenciais complicações diminuíram;
- LVSC contribui para aumentar os padrões de Segurança;
- Redução da incidência de eventos adversos.

Westman et al., (2020)

- Aumento da cultura de segurança;
- Aumento da comunicação interdisciplinar.

Abbot et al., (2018)

- Diminuição da mortalidade;
- Melhores resultados pós-operatórios.

Gitelis et al., (2017)

- Diminuição de eventos de risco;
- Diminuição de indicadores como infecção e mortalidade;
- Diminuição de readmissões e tempo médio de permanência.

Haugen, et al., (2019)

- Diminuição de complicações e infeções;
- Diminuição da taxa de mortalidade;
- Incremento da comunicação multidisciplinar.

Tostes & Galvão, (2019a)

- Diminuição de eventos adversos;
- Aumento da cultura de segurança;
- Aumento do trabalho em equipa.

Verwey & Gopalan, (2018)

- Diminuição da morbilidade e mortalidade
- Aumento da segurança

-

8. Conclusão

Tornou-se evidente ao longo do nosso estudo que a *checklist* da OMS é amplamente utilizada para melhorar a segurança, eficiência e qualidade da assistência perioperatória. Esta *checklist* apresenta-se como um instrumento, que quando bem aplicado demonstrou ter impacto na redução de eventos adversos que possam ocorrer durante os atos cirúrgicos, bem como na redução da mortalidade e morbidade no pós-operatório. Os artigos que incluímos neste trabalho indicam que a evidência que tem sido produzida ao longo dos últimos anos, aponta para que o uso da LVSC aumente a cultura de segurança no bloco operatório e traz benefícios sobretudo para os doentes, mas também para as equipas multidisciplinares e para as instituições cumprindo assim os objetivos para os quais foi desenvolvida pela OMS. Nos blocos operatórios onde está intrinsecamente implementada a cultura de aplicação da LVSC, são notórios os benefícios para a pessoa em situação perioperatória, com a evidente redução da taxa de mortalidade associada à intervenção cirúrgica. De salientar ainda a diminuição da morbidade e das complicações pós-operatórias, como as infeções, o número de readmissões e a necessidade de reintervenção cirúrgica.

A pessoa em situação perioperatória beneficia diretamente das vantagens que a aplicação da *checklist* trouxe ao seio da equipa multidisciplinar, dado que a melhoria nas interações e comunicação entre os profissionais de saúde contribui para aumentar a segurança da intervenção cirúrgica, dando oportunidades de antecipar necessidades intraoperatórias e prevenir eventos adversos.

O ambiente do bloco operatório está constantemente sujeito à evolução e progresso tecnológico, através de novas técnicas cirúrgicas, equipamentos e materiais, o que nos leva a refletir sobre a necessidade de no futuro continuar a pesquisar evidência sobre o uso da *checklist* e de verificar a sua adequação e atualizações face a esta nova realidade. Contudo os estudos desenvolvidos não deixam de chamar atenção, para a necessidade de manter um esforço contínuo, e idealmente aumentar a adesão dos profissionais ao correto preenchimento da LVSC.

Os profissionais de saúde têm como foco proporcionar aos doentes bons cuidados, contudo existem fatores que podem interferir na qualidade dos mesmos. A atuação no bloco operatório é complexa, interdisciplinar e com forte dependência do desempenho individual,

onde os fatores de equipa e os fatores organizacionais desempenham um papel primordial, numa constante interação entre pessoas, equipamentos e diversos materiais, em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress*. A identificação de perigos e a avaliação dos riscos são essenciais para as tomadas de decisão de quem se preocupa com a problemática da qualidade dos cuidados prestados, constituindo uma forma de refletir nas mudanças de atitudes. Os Enfermeiros são o grupo profissional que tem maior contacto com os doentes, pelo que lhes compete a responsabilidade na procura da qualidade nos cuidados que prestam. O código deontológico preconiza no Artigo 88º a responsabilidade do Enfermeiro procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício, pelo que deve analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais erros que mereçam mudança de atitude, assim como assegurar por todos os meios à sua disposição, as condições de trabalho que permitam o exercício da profissão com dignidade e autonomia, comunicando através das vias competentes, as carências que prejudicam a qualidade dos cuidados (OE, 2015).

A segurança do doente está intimamente associada ao trabalho desenvolvido pelos Enfermeiros, dado que estes profissionais têm participação direta na implantação de estratégias de cuidado, por meio de uma assistência humanizada e de qualidade. Esta revisão mostrou que a LVSC é um contributo muito relevante para a sua promoção indo ao encontro do lema do programa da OMS, em que “cirurgias seguras, salvam vidas”.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Após a realização deste trabalho acreditamos os resultados apresentados não esgotam a temática. Perante os resultados e todas as leituras que fizemos concluímos que a eficácia e eficiência de uma correta utilização da LVSC para a segurança do doente cirúrgico depende muito do fator humano e organizacional.

Pesquisas qualitativas serão úteis para investigar o conhecimento das equipas cirúrgicas sobre as recomendações para a utilização precisa da LVSC e para entender a perceção dos profissionais sobre o processo e as barreiras relacionadas a crenças e valores individuais.

Também os doentes serão desafiados e precisarão de se envolver mais na segurança de seus próprios cuidados cirúrgicos durante todo o percurso cirúrgico. Quando os doentes ficam melhor informados e preparados para a cirurgia, a comunicação com os profissionais de saúde tende a melhorar. Os doentes podem e devem consultar mais os profissionais de saúde com mais frequência antes da cirurgia e menos após a cirurgia. É possível desenvolver uma lista de verificação cirúrgica para doentes, mas ela precisará ser projetada, validada e testada antes de examinar seu efeito (*Harris et al.*, 2020).

Para finalizar como estudante de Mestrado e da especialização só podemos afirmar que este trabalho e esta envolvência neste tema tão importante e basilar numa sala cirúrgica abrem-nos o espírito crítico sobre este procedimento que afeta diretamente o doente que é o cerne dos cuidados prestados.

REFERÊNCIAS

- Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccard, B. M., Chew, M. S., Gillies, M., & Pearse, R. M. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: a prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *BJA: The British Journal of Anaesthesia*, 120(1), 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>
- Administração Central do Sistema de Saúde (2011) *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. RT 05/2011. Administração Central do Sistema de Saúde. <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- Amendoeira (2022). Revisão sistemática da Literatura, a scoping review. IPS. Santarém. https://repositorio.ipsantarem.pt/bitstream/10400.15/3784/3/TUTORIAL_SCOPING%20REVIEW_mai_2022%20PT.pdf
- Anderson, K. T., Bartz-Kurycki, M. A., Masada, K. M., Abraham, J. E., Wang, J., Kawaguchi, A. L., Austin, M. T., Kao, L. S., Lally, K. P., & Tsao, K. (2018). Decreasing intraoperative delays with meaningful use of the surgical safety checklist. *Surgery*, 163(2), 259-263. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2017.08.009>
- AORN (2021). Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice. *AORN*, (1-30) <https://www.aorn.org/guidelines-resources/clinical-resources/standards-of-practice>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática de cuidados*. Lusodidacta.
- Bali, R.K. (2021). Operating Room Protocols and Infection Control. In: Bonanthaya, K., Panneerselvam, E., Manuel, S., Kumar, V.V., Rai, A. (eds) *Oral and Maxillofacial Surgery for the Clinician*. Springer, Singapore. https://doi.org/10.1007/978-981-15-1346-6_9

- Biro, J., Rucks, M., Neyens, D. M., Coppola, S., Abernathy, J. H., 3rd, & Catchpole, K. R. (2022). Medication errors, critical incidents, adverse drug events, and more: a review examining patient safety-related terminology in anaesthesia. *British Journal of Anaesthesia*, 128(3), 535–545. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.038>
- Brandau, R., Monteiro, R., & Braile, D. M. (2005). Importância do uso correto dos descritores nos artigos científicos. *Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery*, 20(1), 7-9. <https://doi.org/10.1590/S0102-76382005000100004>
- Carneiro, A. (2010). O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 3-10. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-o-erro-clinico-os-efeitos-X0870902510898082>
- Centro Hospitalar Universitário do Porto, CHUP. (2022). Disponível em <https://www.chporto.pt/v0C0B0H0A/servico-de-ortopedia>
- Conz, C. A., Merighi, M.A.B. & Jesus, M.C.P. (2009). Promoção de Vínculo Afetivo na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal: um desafio para as enfermeiras. *Revista de Escola de Enfermagem de São Paulo*, 43 (4), 846-851. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342009000400016>
- Chaparro, A., Keebler, J. R., Lazzara, E. H., & Diamond, A. (2019). Checklists: A Review of Their Origins, Benefits, and Current Uses as a Cognitive Aid in Medicine. *Ergonomics in Design*, 27(2), 21–26. <https://doi.org/10.1177/1064804618819181>
- Cordeiro, L., & Soares, C. B. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 20 (2), 37-43. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/10/1021863/bis-v20n2-sintese-de-evidencias-qualitativas-37-43.pdf>

Decreto-Lei n.º 65/2018 (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República n.º 157/2018, Série I (2018-08-16), 4147- 4182.

Direção Geral da Saúde. (2007). Programa nacional de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados de saúde. Manual de Operacionalização. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aos-cuidados-de-saude.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2010). Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde Norma n.º 001/2017 <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2019). Norma 007/1019. Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Lisboa: Direção Geral de Saúde. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2022). Norma N.º 020/2015 de 15/12/2015 “Feixe de Intervenções de Prevenção de Infeção de Local Cirúrgico” atualizada a 17/11/2022 <https://normas.dgs.min-saude.pt/2015/12/15/feixe-de-intervencoes-de-prevencao-de-infeccao-de-local-cirurgico/>

Despacho n.º 1400-A/2015 do Ministério da Saúde. (2015). Diário da República: II Série, nº 28. <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/1400-a-2015-66463212>

Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). Diário da República II Série, Nº 187 de 24-09-2021 (96-103). <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>

- Entidade Reguladora de Saúde (2020). *Consentimento Informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/fag/consentimento-informado/>
- Eriksson, J., Lindgren, B.-M., & Lindahl, E. (2020). Newly trained operating room nurses' experiences of nursing care in the operating room. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 34, 1074–1082. <https://doi.org/10.1111/scs.12817>
- Falk-Brynhildsen, K., Jaensson, M., Gillespie, B. M., & Nilsson, U. (2019). Swedish Operating Room Nurses and Nurse Anesthetists' Perceptions of Competence and Self-Efficacy. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 34(4), 842–850. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.09.015>
- Fernandes, A. (2007). Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Enfermagem e Dor*, 15, 5. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/flip/2007_01/inicio.html
- Fernandes, C. S. N. da N. (2014). *A família como foco de cuidados de enfermagem – aprendendo com o "family nursing game"*. Tese de Candidatura ao grau de Doutor em Ciências de enfermagem Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/81243>
- Ferreira P. E. B., Gomes B. P. R. do N., Gonçalves F., Vasconcelos S. F. da M., Chagas da C. V., & Perrelli V. M. (2019). Conhecimentos, atitudes e práticas sobre cirurgia segura entre profissionais do bloco operatório. *Enfermagem Brasil*, 18(4), 561–569. <https://doi.org/10.33233/eb.v18i4.2826>
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*. Lisboa. ISSN 0870-9205. Vol. 10, 3, 17-26. <https://run.unl.pt/handle/10362/98508>

- Gillespie, B.M., Chaboyer, W., Thalib, L., Melinda, J., Fairweather, N., & Slater, K. (2014). Effect of Using a Safety Checklist on Patient Complications after Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. *Anesthesiology* 2014; 120, 1380-1389. <https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000232>
- Gitelis, M. E., Kaczynski, A., Shear, T., Deshur, M., Beig, M., Sefa, M., Silverstein, J., & Ujiki, M. (2017). Increasing compliance with the World Health Organization Surgical Safety Checklist-A regional health system's experience. *American Journal of Surgery*, 214 (1), 7-13. <https://doi.org/10.1016/j.amisurg.2016.07.024>
- Gutierrez, L. de S., Santos, J.L. G., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*. vol. 71, 6, 2775-2782. Associação Brasileira de Enfermagem. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0449>
- Haynes, A. B., Weiser, T. G., Berry, W. R., Lipsitz, S. R., Breizat, A. H., Dellinger, E. P., Herbosa, T., Joseph, S., Kibatala, P. L., Lapitan, M. C., Merry, A. F., Moorthy, K., Reznick, R. K., Taylor, B., Gawande, A. A., & Safe Surgery Saves Lives Study Group (2009). A surgical safety checklist to reduce morbidity and mortality in a global population. *The New England journal of medicine*, 360(5), 491–499. <https://doi.org/10.1056/NEJMs0810119>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., & Sjøfteland, E. (2019). Impact of the World Health Organization Surgical Safety Checklist on Patient Safety. *Anesthesiology*, 131 (2), 420-425. <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
- Harris, K., Sjøfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Storesund, A., Jesuthasan, S., Sevdalis, N. & Haugen, A. S. (2020). Patients' and healthcare workers' recommendations for a surgical patient safety checklist – a qualitative study. *BMC Health Services Research* 20-(43), 1-10. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4888-1>

- Henriques S.H., Chaves L.D.P., Brito L.J.S., Mello A.L., Silva B.R., Leal L.A. (2019). Adaptação transcultural do Competency Evaluation Questionnaire - versão brasileira. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 40, 1- 8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180155>
- Leal, L. A., Soares, M. I., da Silva, B. R., de Souza Brito, L. J., Bernardes, A. B., & Henriques, S. H. (2019). Competências profissionais para enfermeiros hospitalares: uma análise documental. *Revista De Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 9, 1- 10. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.3249>
- Lee, D.J., Ding, J. & Guzzo, T.J. (2019). Improving Operating Room Efficiency. *Current Urology Report*, 20, 3- 8. <https://doi.org/10.1007/s11934-019-0895-3>
- Lissovoy, G., Fraeman, K., Hutchins, V., Murphy, D., Song, D., & Vaughn, B. B. (2009). Surgical site infection: incidence and impact on hospital utilization and treatment costs. *American journal of infection control*, 37(5), 387– 397. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2008.12.010>
- Lopes, M.A., Gomes. S.C., Almada-Lobo. B. (2018). Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde. *INESCTEC*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Lopes, M. A. (2020). *Padrão de documentação de cuidados de enfermagem no período intraoperatório*. Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=116700&codigo=8GJjKZpm
- Mafrá, R. C., & Rodrigues, M. C. S. (2018). Surgical safety checklist: An integrative review of the benefits and importance. *Revista de Pesquisa: Cuidado e Fundamental*, 10(1), 268– 275. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i1.268-275>

- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *ANS. Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. <https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>
- Mota A.S. de C., Castilho A.F. de O.M., Martins M.M.F.P. (2021). Ambiente de prática e a segurança do paciente no bloco operatório: dimensões preditoras. *Cogitare Enfermagem*. 26. <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v26i0.82289>
- Nishiwaki, K., & Ichikawa, T. (2014). *Masui. The Japanese journal of anesthesiology*, 63(3), 246–254. Oak, S. N., Dave, N. M., Garasia, M. B., & Parelkar, S. V. (2015). Surgical checklist application and its impact on patient safety in pediatric surgery. *Journal of postgraduate medicine*, 61(2), 92– 94. <https://doi.org/10.4103/0022-3859.150450>
- O'Connor P., Reddin C., O'Sullivan M., O'Duffy F., Keogh I. (2013) Surgical checklists: the human factor. *Patient Safe in Surgery*. 7, 1, 4- 20. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-14> 39
- O'Leary, J. D., Wijesundera, D. N., & Crawford, M. W. (2016). Effect of surgical safety checklists on pediatric surgical complications in Ontario. *CMAJ: Canadian Medical Association Journal = Journal de l'Association Médicale Canadienne*, 188(9), E191- E198. <https://doi.org/10.1503/cmaj.151333>
- Oliveira, A. M. (2011). *Vivências dos familiares em contexto de Cirurgia Ambulatória. A família como suporte ao cuidar*. Dissertação de Candidatura ao grau de Mestre em Ciências de Enfermagem submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/26922/2/Dissertaao%20Anabela%20Oliveira.pdf>
- Oliveira, M. L. (2005). O desafio à formação de professores de enfermagem: um contributo para a mudança das práticas de formação. *Servir: revista bimestral de enfermagem e informação geral*. -ISSN 0871-2370. Vol. 53, (5), 211-218.

- Oliveira, R. M., Leitão, I. M. T. de A., Silva, L. M. S. da., Figueiredo, S. V., Sampaio, R. L., & Gondim, M. M. (2014). Estratégias para promover segurança do paciente: da identificação dos riscos às práticas baseadas em evidências. *Escola Anna Nery*, 18(1), 122–129. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140018>
- Oliveira, C; Abreu, A.R.; Almeida. S.S. (2017). Implementação do Checklist de cirurgia segura em um hospital universitário. *Enfermagem em Foco*. <http://revista.cofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/972/408>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015) *Código Deontológico*. D. L. nº 104/98 de 21 de abril e inserido no Estatuto da OE republicado como anexo pela Lei n.º 156/2015 de 16 de Setembro. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livroci_deontologia_2015_web.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Na área de enfermagem à pessoa em situação crítica; Na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa; Na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatoria; Na área de enfermagem à pessoa em situação crónica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroesqualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista nº 140/2019. Diário da República 2ª série, nº 26 de 6 de fevereiro de 2019. <https://dre.pt/application/file/a/119189160>
- Osmanovic, S., Großschädl, F., & Lohrmann, C. (2023). Cultural competence among nursing students and nurses working in acute care settings: a cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 23(1), 105. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09103-5>
- Pereira, R. M. P da C. (2012). *Implementação do Programa “Cirurgias Seguras Salvam Vidas”*. (Tese de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo). Repositório Científico de Acesso Aberto. <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/20.500.11960/1221/1/>

- Peters M.D.J., Godfrey C., McInerney P., Munn Z., Tricco A.C., & Khalil, H. (2020). Chapter11: Scoping Reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI, 2020. <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIM-ES-20-12>
- Pina, E., Ferreira, E., Marques, A. & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 27-39. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infeccoes-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>
- Ramos, S., Sales, L., & Barroso, F. (2021). Segurança do Doente: Princípios e Conceitos. In F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos (Coord.), *Guia Prático para a Segurança do Doente*, (3-10). Lidel.
- Regulamento nº 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019) Diário da República II, Nº 26 (06-02-2019) (4744-4750).
- Regulamento nº 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018) Diário da República II, Nº 135 (16-07-2018) (19359-19368).
- Regulamento nº 613/2022 Regulamento que define o ato do enfermeiro. (2022) Diário da República II, Nº 131 (08-07-2022) (179-182).
- Ribeiro, A. L. & Cardoso, A. (2007). Dor: um Foco da Prática dos Enfermeiros. *Enfermagem e Dor*, 15, 6-15. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/flip/2007_01/inicio.html
- Ribeiro, O., Cunha, M., Duarte, J., Ferreira, A., Ferreira, A., Venício, D., Fernandes, S., Carrulo, S., & Pina, G. (2014). A Segurança do Paciente em Cuidados Paliativos: Perceção dos

Profissionais de Saúde. *Millenium*, 47, 173-189.
<https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8118/5719>

Russ S.J., Sevdalis N., Moorthy K., Mayer E.K., Rout S., Caris J., Mansell J., Davies R., Vincent C., Darzi A. (2015). A qualitative evaluation of the barriers and facilitators toward implementation of the WHO surgical safety checklist across hospitals in England: lessons from the "Surgical Checklist Implementation Project". *Annual Surgery*, 261(1), 81-91. doi: 10.1097/SLA.0000000000000793. PMID: 25072435.

Sequist, T. D., Schneider, E. C., Anastario, M., Odigie, E. G., Marshall, R., Rogers, W. H. & Gelb Safran, D. G. (2008). Quality monitoring of physicians: Linking patients' experiences of care to clinical quality and outcomes. *Journal of General Internal Medicine*, (23), 1784-1790. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18752026/>

Serrano, M. T. P., Costa, A. S. M. C., & Costa, N. M. V. N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, serIII (3), 15-23. http://scielo.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000100002&lng=es&tlng=pt

Silva, T. G. (2022). *Desenvolvimento de um Bloco Operatório: projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração*. Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Instrumentação Biomédica. Coimbra. ISEC. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/41825/1/Tiago-Gaspar-Silva.pdf>

Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and MetaMeta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794-809e8. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>

- Tostes M.F.P., Galvão CM. (2019a). Implementation process of the Surgical Safety Checklist: integrative review. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 27, 1-11. <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>
- Tostes, M.F.P., Galvão, C.M. (2019b). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Rev. Gaúcha Enferm.* 40. 1-11. <https://doi.org/10.1590/19831447.2019.20180180>
- Vasconcelos, M.G.V., Migoto, M.T. (2018). O enfermeiro na execução do checklist em centro cirúrgico: uma revisão integrativa. *RGS*; 19(1), 57-68.
- Verwey, S., & Gopalan, P. D. (2018). An investigation of barriers to the use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres. *South African Medical Journal = Suid Afrikaanse Tydskrif Vir Geneeskunde*, 108(4), 336–341. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2017.v108i4.12780>
- Von Vogelsang, A. C., Swenne, C. L., Gustafsson, B. Å., & Falk Brynhildsen, K. (2019). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing open*, 7(2), 495–502. <https://doi.org/10.1002/nop2.424>
- Weiser, T. G., Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist, *British Journal of Surgery*, 105, (8), 927-929. <https://doi.org/10.1002/bjs.10907>
- Westman, M., Takala, R., Rahi, M., & Ikonen, T. S. (2020). The Need for Surgical Safety Checklists in Neurosurgery Now and in the Future-A Systematic Review. *World neurosurgery*, 134, 614–628.e3. <https://doi.org/10.1016/j.wneu.2019.09.140>
- World Health Organization. (2009a). *Safe surgery saves lives. The second global patient safety challenge*. Geneva: World Health Organization. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por.pdf?sequence=71&isAllowed=y

World Health Organization. (2009b). *Surgical safety checklist*.
[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por_Checkl
ist.pdf?sequence=70&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por_Checklist.pdf?sequence=70&isAllowed=y)

ANEXOS

Anexo 1: Plano de Formação

Designação da Ação	Destinatários	Calendarização	Descrição
1- Higiene das mãos (5 momentos e uso de luvas)	Assistentes operacionais	03/02; 10/02; 17/02; 24/02; 03/03; 10/03	Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”. Procederemos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática - Roleplay. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho. Foi nossa intenção sensibilizar para a importância da avaliação das formações. Este processo é complexo e requer um estudo atento por parte dos intervenientes no processo. Elaboramos nesse sentido um breve questionário no sentido de perceber a avaliação da satisfação dos formandos e a avaliação das aprendizagens. A um nível mais elevado poderá decorrer, aquando das próximas auditorias, a avaliação da transferência para o contexto de trabalho.

2- Uso de luvas cirúrgicas	Enfermeiros	11/02/22	A necessidade da realização desta formação foi sinalizada pelos responsáveis do serviço que entendiam urgente a elaboração de uma instrução/protocolo para o “uso de luvas cirúrgicas” no BO. Foi realizada a formação, com sensibilização dos profissionais para as boas práticas nesta área e um trabalho em parceria com as enfermeiras interlocutoras da qualidade para viabilizar uma norma para o serviço.
3- ISBAR	Enfermeiros	26/02/22	A comunicação na transferência de doentes no BO (UCPA e internamento) representa um grande desafio para os profissionais, uma vez que os erros e lacunas relacionados com a mesma, em momentos de transição de cuidados, podem colocar a segurança do paciente em risco. Objetivos: - Formação: sensibilização para a importância da comunicação na transição de cuidados e apresentação da técnica ISBAR - Criação da ferramenta com contributo de vários enfermeiros do serviço; - Disponibilização da ferramenta elaborada para período de experiência; - Disponibilidade da ferramenta final.

			A ferramenta foi aceite e está a ser usada como apoio nas boas práticas dos enfermeiros do BO; Tem também sido usada como referência de boa prática em formações de outros grupos profissionais, nomeadamente dos médicos anestesistas, que solicitaram autorização para a partilhar nas suas formações; A importância deste trabalho foi também reconhecida noutras instâncias tornando-se notícia na newsletter do Bloco Operatório.
4- Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos e operacionalização dos 5 momentos de higiene das mãos na sala operatória	Enfermeiros	18/03/22	Identificadas as necessidades de formação nestas temáticas específicas com base nos resultados das auditorias realizadas em 2021, da campanha de precauções básicas: “Observação da higiene das mãos” e “Observação do uso de luvas”. Objetivos: - Formação: sensibilização para os resultados das auditorias e formação em boas práticas nestas temáticas específicas - Criação de um cartaz - “Avaliação de risco e seleção de luvas”, em parceria com a CCIRA, com afixação em vários locais do BO. A comissão de infeção propôs-se a realizar a homologação do mesmo para disponibilizar em todo o CHP; Tendo como ponto de partida esta formação, profundamos a

			revisão bibliografia nesta temática e elaboramos um trabalho para o “Congresso internacional do controlo de infeção”. A participação no Congresso internacional do controlo de infeção ocorreu no dia 31-03-22, com a apresentação de um poster.
5- Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais - BO	Enfermeiros	25/03/2022	Foram identificadas as necessidades de formação, nesta temática específica, com base nas entrevistas aos enfermeiros coordenadores. Procedermos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática - Roleplay. Estas sessões decorreram em pequenos grupos.
6- Limpeza e desinfeção de superfícies ambientais - BO	Assistentes operacionais	10/03; 17/03; 24/03, 30/03; 04/04; /19/05	Foram identificadas as necessidades de formação, nesta temática específica, com base nas entrevistas aos enfermeiros coordenadores e responsável pelos assistentes operacionais. Procedermos a elaboração e realização de uma formação com uma componente prática- Roleplay. Estas sessões decorreram em pequenos grupos. Esta metodologia teve como principal objetivo a transferência de formação para o contexto de trabalho. No sentido de manter presente a informação mais importante, desenvolvemos cartazes, em

			suporte de papel, afixados de forma visível em zonas estratégicas. Foi também elaborada uma recolha de normas e procedimentos existentes no hospital, de forma a disponibilizar um “manual” de consulta rápida para os assistentes operacionais.
7- Competências não técnicas do enfermeiro perioperatório	Enfermeiros	08/04/2022	A importância das competências não técnicas dos enfermeiros no perioperatório constituem um assunto de relevo e destaque na literatura contemporânea. No sentido de dar resposta as necessidades identificadas pelos enfermeiros coordenadores no que se refere à comunicação, trabalho em equipa e gestão de conflito, foi elaborada a presente formação.
8- Compromisso para a Humanização hospitalar	Assistentes operacionais	20/04; 21/04; 27/04 e 28/04	A necessidade de uma intervenção mais humanizada nos atendimentos prestados no Serviço Nacional de Saúde (SNS), levou à criação do programa "Humanização, acesso e atendimento no Serviço Nacional de Saúde", aprovado pelo Despacho n.º 19204/2001 de 13 de setembro. Foi nossa intenção divulgar a pertinência da informação criada pelo departamento de Humanização do CHP e importância do papel dos assistentes operacionais enquanto membros da equipa do BO. Foram trabalhadas competências não técnicas

			como a comunicação, empatia e relacionamento interpessoal. A pertinência desta formação surgiu em virtude de uma notificação relacionada à comunicação assistente operacional/doente.
--	--	--	---

Anexo 2: Higiene das Mãos e Uso de Luvas

Higiene das Mãos e Uso de Luvas



As mãos são a principal via de transmissão de doenças.

ESS+

5 momentos da HIGIENE DAS MÃOS



Princípio da conservação e economia de recursos.

Auditoria - Higiene das mãos

ISS/COPE, 2010. Guia para a realização de observações - Higiene das mãos.

Id	Indicações	Ação
1	☐ Interferência ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar	☐ Interferência ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar ☐ Não-Isopar

200 observações
100% - 100% observações
100% - 100% observações

Algumas conclusões das auditorias "Uso de Luvas"

Uso excessivo de luvas, inadequado e superior às indicações



Devemos usar luvas sempre que prestarmos "cuidado" com o paciente?
Para indicar um dente, temporário ou não, o profissional precisa?
Para inserir o cateter de drenagem de urina?
Quão são as indicações para o uso de luvas?
Devemos higienizar as mãos antes de vestir luvas?

Vou usar luvas!!!

Existe alguma indicação para o seu uso?
Qual essa indicação?



Tabela de uso apropriado de luvas

Indicação	Indicação	Indicação
Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas
Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas
Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas
Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas	Indicação de uso apropriado de luvas

Nota: A utilização de luvas não substitui a higienização das mãos.

Documentos de referência

Procedimento: Cuidado - HIGIENE DAS MÃOS
CUIDADO - HIGIENE DAS MÃOS - 2010/01/01 - atualizado em 2010/01/01

Formando:

Identificação da acção de formação:

Alinhamento das tarefas a uso de LUVAS

Data da formação: / /

Objectivos a atingir com a formação:

- Conhecer e reconhecer os procedimentos higiénicos
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS
- Reconhecer a importância da utilização de LUVAS

Responsável pela análise:

Centro Hospitalar do Porto

Impresso

IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças

Pág. 1 de 1

Data: 03/02/2022

Hora: Início 09:00 Fim 10:00

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Reconhecimento dos procedimentos higiénicos
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS

Centro Hospitalar do Porto

Impresso

IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças

Pág. 1 de 1

Data: 03/02/2022

Hora: Início 09:00 Fim 10:00

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Reconhecimento dos procedimentos higiénicos
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS
- Reconhecimento da importância da utilização de LUVAS

Anexo 3: Práticas Recomendadas no Tratamento de Instrumentais Cirúrgicos

Práticas Recomendadas Tratamento dos Instrumentais Cirúrgicos 	Síntese Aperfeiçoamento - Guia de Referência - "Tratamento dos Instrumentais Cirúrgicos" publicado em outubro de 2022. - Recomendações da ACDP - práticas recomendadas em Bloco Operatório sobre instrumentais cirúrgicos.	Guia de Referência ACDP 2022 - ACDP 1. Objetivo Este guia tem como objetivo fornecer orientações para a equipe de Bloco Operatório sobre o tratamento dos instrumentais cirúrgicos. 2. Escopo Este guia aplica-se a todos os instrumentais cirúrgicos utilizados no Bloco Operatório. 3. Responsabilidades Este guia define as responsabilidades de cada profissional envolvido no tratamento dos instrumentais cirúrgicos.	Guia de Referência ACDP 2022 4. Definições 4.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 4.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 5. Definições 5.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 5.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 6. Definições 6.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 6.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.
Guia de Referência ACDP 2022 7. Definições 7.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 7.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 8. Definições 8.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 8.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 9. Definições 9.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 9.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 10. Definições 10.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 10.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 11. Definições 11.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 11.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Guia de Referência ACDP 2022 12. Definições 12.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 12.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.
Recomendações ACDP 13. Definições 13.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 13.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Recomendações ACDP 14. Definições 14.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 14.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Recomendações ACDP 15. Definições 15.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 15.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Recomendações ACDP 16. Definições 16.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 16.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Recomendações ACDP 17. Definições 17.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 17.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.	Recomendações ACDP 18. Definições 18.1. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos. 18.2. Definição de Instrumental Cirúrgico Instrumental cirúrgico é todo o objeto utilizado no ato cirúrgico para realizar procedimentos.
Conclusão Este guia define as práticas recomendadas para o tratamento dos instrumentais cirúrgicos.	Referência crítica Este guia define as práticas recomendadas para o tratamento dos instrumentais cirúrgicos.	Referência Bibliográfica Este guia define as práticas recomendadas para o tratamento dos instrumentais cirúrgicos.			
19	20	21			

Anexo 4: Formação sobre as Competências Não Técnicas do Enfermeiro Perioperatório

Competências NÃO TÉCNICAS do Enfermeiro Perioperatório



Ana Tosteira
Cláudia Brás
Isabel Ladeiras
Marco Morgado

ESS+
Enfermagem em Segurança e Saúde

COMPETÊNCIA

↓

Conhecimento + Habilidade + Atitude

Perfis de Competências Profissionais

Formação de competências

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

Formação de competências VS avaliação de desempenho

Vários níveis:

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

(Clémens, Guerra e Rodrigues (2007))

HARD SKILLS vs SOFT SKILLS



Hard Skills vs Soft Skills

As **hard skills** são um conjunto de aptidões técnicas que um indivíduo possui para desenvolver uma certa tarefa

(Petersen, 2008)

São competências que consideramos técnicas, específicas, que enfatizam o "saber-fazer" e estão associadas com a atividade profissional desenvolvida

(Petersen & Bilewicz, 2015)

Hard Skills vs Soft Skills

Conhecidas como as competências do século XXI...

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

Hard Skills vs Soft Skills

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

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

Hard Skills vs Soft Skills

Dependabilidade	Colaboração
Integridade	Empatia
Comunicação	Resiliência
Atividade proativa	Inteligência emocional
Consciência	Responsabilidade
Flexibilidade	Organização
Resiliência	Adaptabilidade
Capacidade de aprendizagem	Trabalho em equipa

Higgin (2008, p. 412); European & Forum Education (2013, p. 31 - 37); Giese (2013, p. 7 -17); Swaleskiewicz (2014, p. 679)

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

Martini, Cabral, & Sartori, (2020)

COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS

- 1 - Cuidar do paciente em situação perioperatória e respectiva família de forma segura
- 2 - Maximizar a segurança do paciente em situação perioperatória e garantir a qualidade da assistência perioperatória, garantindo a segurança cirúrgica

UNIDADE 3 DE COMPETÊNCIAS

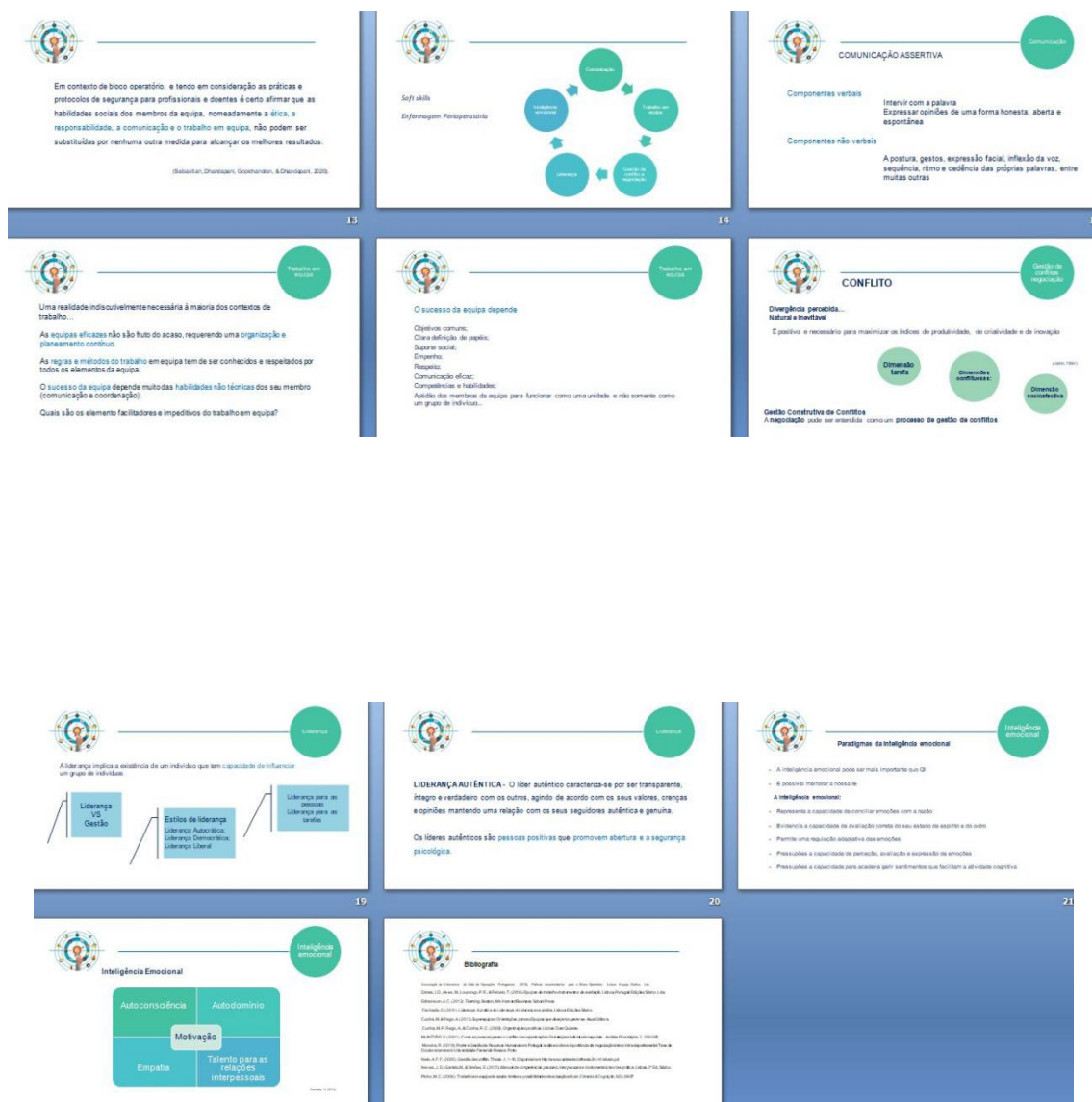
Capacita a pessoa e familiares de forma significativa, para o gesto de experiência cirúrgica.

Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.

Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção

Utiliza estratégias facilitadoras da comunicação interpessoal de emoções.

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



Anexo 5: Formação sobre Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória

Slide 1: 5 momentos da higiene das mãos

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

Slide 2: Sumário

- Fatores determinantes da adesão às boas práticas de higiene das mãos;
- Como operacionalizar e concretizar, com sucesso, os 5 momentos da higienização das mãos na sala de operações.

Slide 3: Boas práticas de higiene das mãos no BO

Resultados das auditorias – 2021
Início das auditorias – 2022

Slide 4: Vários estudos revelam a falha na implementação formalizada da Higiene das Mãos no BO.

Conclusões: a implementação da higiene das mãos no BO é uma tarefa complexa, que requer a participação de todos os envolvidos no processo.

Slide 5: Algumas conclusões

Higiene das mãos: Uma questão de rotina crítica? No contexto de segurança do doente, a higiene das mãos é uma das práticas mais importantes e críticas.

Slide 6: Objetivos

1- Quais os fatores determinantes da adesão a essas boas práticas?
2- Como operacionalizar e concretizar, com sucesso, os 5 momentos da higienização das mãos na sala de operações.

Slide 7: Vários fatores são identificados como barreiras à realização de boas práticas, sendo limitados:

- A existência de barreiras físicas e humanas;
- A falta de conhecimento sobre as práticas de higiene das mãos;
- A falta de disponibilidade de recursos humanos e materiais;
- Dificuldades em operacionalizar os 5 momentos críticos previstos para OMS.

Slide 8: Identifying the World Health Organization's 5th moment for hand hygiene infection prevention in the operating room?

Slide 9: 5 momentos da higiene das mãos

A OMS define os 5 momentos de higiene das mãos, que são:

- Antes de tocar no doente;
- Antes de tocar em qualquer superfície;
- Após tocar em qualquer superfície;
- Após tocar no doente;
- Após tocar em qualquer superfície.

Slide 10: Obtemos um olhar dos 5 momentos de higiene das mãos, considerando uma zona de trabalho de uma sala de cirurgia.

Slide 11: Em 11 cirurgias realizadas, observamos a adesão dos profissionais aos 5 momentos de higiene das mãos.

Slide 12: Como podemos MELHORAR?

Slide 13: Qual é a nossa realidade?

Slide 14: Como podemos MELHORAR?

Slide 15: 5 momentos da higiene das mãos

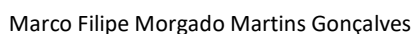
Slide 16: 5 momentos da higiene das mãos

Slide 17: 5 momentos da higiene das mãos

Slide 18: 5 momentos da higiene das mãos

Slide 19: 5 momentos da higiene das mãos

Slide 20: 5 momentos da higiene das mãos



[illegible]

Anexo 7: Funções do Enfermeiro Coordenador do Bloco Operatório

MANUAL DE FUNÇÕES DO ENFERMEIRO COORDENADOR NO BLOCO OPERATÓRIO DO CENTRO HOSPITALAR UNIVERSITÁRIO DO PORTO

O Bloco Operatório do CHUPorto é constituído por 3 núcleos:

Bloco Central; Bloco Ortopedia; Bloco Neurocirurgia.

Cada um destes núcleos tem durante o turno da Manhã um Enfermeiro coordenador (o qual faz parte do grupo de gestão do Bloco Central ou designado pelo Enfermeiro Chefe em plano diário).

Nos casos dos turnos da Noite e Fins de Semana, sai em plano o Enf^o responsável de turno para o Bloco Operatório.

O Enfermeiro Coordenador substitui de forma representativa o Enfermeiro-Chefe na sua ausência ou impedimento na gestão de recursos humanos e/ou materiais.

O Responsável de turno substitui de forma representativa o Enfermeiro-Chefe na sua ausência ou impedimento na gestão de recursos humanos e/ou materiais nos turnos da Noite e Fim de semana

São funções do Enfermeiro Coordenador:

- Tomar decisões com discernimento e de acordo com os valores e filosofia da Instituição, dando conhecimento ao Enfermeiro-Chefe;

- Estabelecer prioridades na resolução de problemas, solicitando a colaboração, ou em colaboração com o Enfermeiro-Chefe e/ou o Chefe de Equipa;

- Prestar cuidados de enfermagem ao doente operatório sempre que solicitado, favorecendo um clima de confiança com o doente e a sua família, envolvendo-os nos cuidados a prestar;

- Gerir situações imprevistas e/ou problemáticas na gestão dos cuidados;
- Conhecer a capa do Coordenador, que se encontra no Gabinete de Coordenação para esclarecimento de dúvidas;
- Inteirar-se da situação do serviço, incluindo ocorrências anteriores, durante a passagem de turno no Gabinete de Coordenação e nas diversas áreas pertencentes ao BO;
- Registrar e justificar intercorrências dos doentes nas salas através de email.

Área de Gestão de Recursos Humanos

- Gerir os recursos humanos disponíveis, otimizando a sua eficiência, eficácia e produtividade, e em função das competências;
- Gerir situações imprevistas e/ou problemáticas na gestão dos recursos humanos realocando enfermeiros, se necessário.
- Gerir conflitos;
- Ajustar o plano de trabalho em termos de recursos humanos.
- Assegurar substituição de qualquer elemento em falta na equipa.

Área de Gestão de Recursos Materiais e Equipamentos

- Assegurar a gestão eficiente dos recursos materiais;
- Gerir situações imprevistas e/ou problemáticas em diversos domínios na gestão dos materiais;
- Zelar pela adequação dos equipamentos e recursos materiais às necessidades de cuidados;

- Verificar pedidos de material para as cirurgias (consignadas e não consignadas) e validar cirurgias para o movimento cirúrgico semanal.
- Efetuar requisição de pedido extemporâneo de alimentação quando solicitado;
- Efetuar pedidos ao Parque de Equipamentos de material se necessário;
- Efetuar pedidos de intervenção de reparações às várias oficinas, sempre que necessário enviando o material pelo Assistente operacional e fazer o seu registo na capa das avarias
- Receber equipamento ou material reparado:
 - registar a chegada do material ou equipamento na capa de Avarias;
 - verificar se tem registo no dossier – Reparação Preventiva ou Corretiva;
- Proceder ao controlo da temperatura dos frigoríficos, da humidade e temperatura do ar ambiente, sempre que receber alerta por SMS no telemóvel da Coordenação;

Situação de Catástrofe

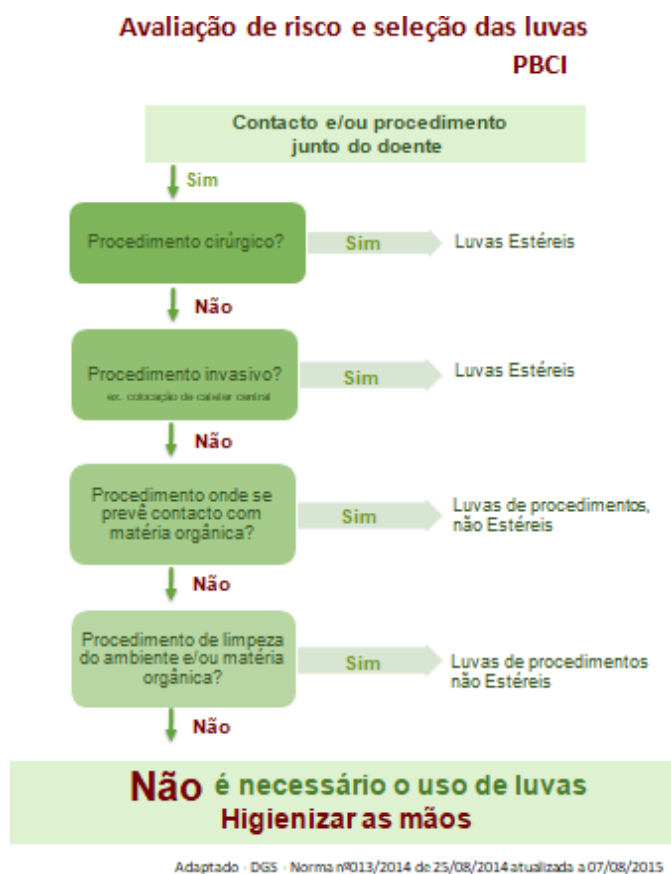
- Colocar em prática Plano de Emergência em Catástrofe de acordo com o protocolo. Ver Manual do Risco, Higiene, Saúde e Segurança.
- IGA
- Disponibilizar equipamento de proteção existente
- Providenciar transporte intra-hospitalar e extra-hospitalar
- Enviar instrumentais cirúrgicos para serviços requisitantes
- Providenciar recursos humanos para serviços que necessitem de Enfermeiros do Bloco: Neuroradiologia, Via Verde AVC, Cardiologia de intervenção.
- Gerir pausas dos Enfermeiros
- Distribuir recursos humanos conforme competências

INDICE:

- 1- Regulamento interno BO REG.BO.GER.001/2
- 2- Regulamento para os Enfermeiros Interlocutores REG.DENF.GER.002
- 3- Auditoria clínica Bloco Operatório
- 4- Enfermeiro responsável de turno MF.DENF.GER.002/0

- 5- Funções dos auxiliares no BO PGBO
- 6- Descontaminação inicial do instrumental cirúrgico IT.BO.GER.001/0 E 001/3
- 7- Limpeza de aventais RX
- 8- Emergência Médica Interna 1333
- 9- Emergência Geral 1111
- 10- PCR 80000
- 11- IGA - Instruções gerais de atuação (1111)
- 12- Pedidos de intervenção - mensageiros
- 13- Pedidos material no GHAF
- 14- Códigos Armazém no GHAF
- 15- Transporte do doente BO PG.CADM.GER.011/3; IT.BO.GER.030/3;
- 16- Registo de óbitos e comunicação aos familiares IT.CT.TC.006/2; IM.SGD.GER.011/4
- 17- Óbito do doente – procedimentos PG.CADM.GER.002/5
- 18- Funções do Enfermeiros no perioperatório IT.BO.GER.006/3

Anexo 8: A Avaliação de Risco e Seleção das Luvas PBCI



Anexo 9: Formação sobre a Metodologia ISBAR como Melhoria na Transição de Cuidados do Intraoperatório para UCPA

The presentation consists of 20 slides, numbered 1 to 20, detailing the ISBAR methodology. The slides are organized into four rows of five slides each.

- Slide 1:** ISBAR - COMO MELHORA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA. Includes the ESS+ logo.
- Slide 2:** SUMÁRIO. Lists the importance of communication between health professionals and the pertinence of the ISBAR methodology.
- Slide 3:** OBJETIVO. Lists the objectives of the ISBAR methodology, including improving communication and reducing errors.
- Slide 4:** IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Discusses the importance of communication in patient safety.
- Slide 5:** IMPORTÂNCIA DA COMUNICAÇÃO ENTRE PROFISSIONAIS DE SAÚDE. Discusses the importance of communication in patient safety.
- Slide 6:** DESPACHO N.º 339/2021 - PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2025. Lists the specific objectives of the plan.
- Slide 7:** NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 8:** PERTINÊNCIA DA NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 9:** PERTINÊNCIA DA NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 10:** NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 11:** NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 12:** NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 13:** NORMA N.º 001/2017. Discusses the importance of communication between health professionals.
- Slide 14:** ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA. Discusses the ISBAR methodology.
- Slide 15:** ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA. Discusses the ISBAR methodology.
- Slide 16:** ISBAR COMO MELHORIA NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DO INTRAOPERATÓRIO PARA A UCPA. Discusses the ISBAR methodology.
- Slide 17:** TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE. Discusses the transfer of care.
- Slide 18:** TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE. Discusses the transfer of care.
- Slide 19:** TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE. Discusses the transfer of care.
- Slide 20:** TRANSFERÊNCIA DE CUIDADOS DE SAÚDE. Discusses the transfer of care.

I
S
B
A
R

Nome _____
Idade _____
Proc. n.º _____

IDENTIFICAÇÃO

Serviço _____

Cama _____ Transferência S ☐ N ☐

SITUAÇÃO

Diagnóstico _____ Intervenção Cirúrgica _____

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

Intercomências Anestésicas ☐

Intercomências Cirúrgicas ☐

Intercomências Hemodinâmicas: Hipotensão ☐ Hipertensão ☐ Choque ☐ Outros ☐

Atropina ☐ Efedrina ☐ Fenilefrina ☐ Labetalol ☐ Aminas ☐ Outros ☐

Laboratoriais: Glicemia ☐ _____ mg/dL. Outros ☐

Transfusão hemoderivados: _____

BACKGROUND (ANTECEDENTES)

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

DAP ☐ Pace/CDI ☐ IRA ☐ IRC ☐ FAV ☐ DPCO ☐ Asma ☐ POAD ☐ outras ☐

Hipocoagulado ☐ Anti-agregado ☐ Alergia ☐

Hábitos relevantes: Tabagismos ☐ Outros ☐

AValiação

A Ventilação espontânea ☐ VMI ☐ TOT ☐ ML ☐ TQ ☐

B CVP ☐ G CVP ☐ G CVC ☐ LA ☐ Perdas Hemáticas ☐

R Ramsay ☐ RASS ☐ ECG ☐

E Temperatura ☐ _____ °C

Dor ☐ (0-10) Analgesia ☐

Sistémica: Paracetamol ☐ Tramadol ☐ Parecoxib/Cetorolac ☐ Morfina ☐ Outros ☐

Loco-regional: BSA ☐ Epidural ☐ BNP: SS ☐ Cateter ☐

Antieméticos: Dexametasona ☐ Droperidol ☐ Ondansetron ☐ Outras ☐

Penso: Limpo ☐ Repassado ☐ Dreno ☐ Clampado ☐ hora S. Lavagem ☐

Sonda Vesical ☐ Ch Sifonagem ☐ SNG ☐ Ch

RECOMENDAÇÕES

Plano terapêutico:

Oxigénio ☐

Posicionamento ☐

Profilaxia tromboembólica ☐

Analgesia ☐ às _____ h

Medicação Crónica ☐

MCDT agendados ☐ às _____ h

Outros ☐

Familiar/pessoa significativa

Contactado ☐ Contactou ☐



Assinalar:

A- Acesso

B- Linha Arterial

C- Drenos

D- Feridas

E- Sondas

Esta folha não faz parte do processo clínico

	Impresso	RJ 20143-600-05/1
	Disciplina Teórica Pedagógica	Pág. 1 de 4

Disciplinadora:	BLOCO OPERATÓRIO
Disciplina:	BLOCO OPERATÓRIO
Disciplinadora/Avalia de Continuação:	METODOLOGIA TSPAR

Data: 25/02/2022	Hora de Início: 08:00	Local: Sala	Hora de Fim: 09:00	Local: Sala

Atenção: O aluno deve apresentar o documento de identificação no dia da avaliação. O aluno deve comparecer ao local da avaliação com o documento de identificação. O aluno deve comparecer ao local da avaliação com o documento de identificação.

Nome Completo	RTP Número	Categoria Profissional
Ana Teixeira	7488	Enf.
Carolina Brito	29978	Enf.
Marcelo Moraes	20700	Enf.
Marcelo Santos	26853	Enf.
Thaís Ladeira	6340	

Assinatura do Coordenador de Avaliação Prof. Dr. João da Silva	Assinatura do Coordenador de Avaliação Prof. Dr. João da Silva
--	--

Assinatura do Coordenador de Avaliação Prof. Dr. João da Silva	Assinatura do Coordenador de Avaliação Prof. Dr. João da Silva
--	--

Anexo 10: Comunicação Livre em forma de Poster: Fatores Determinantes da Adesão às Boas Práticas de Higiene das Mãos e Operacionalização dos 5 Momentos de Higiene das Mãos na Sala Operatória

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

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

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

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

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

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

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

Palavras-chave: Higiene das mãos (Hand Hygiene); salas cirúrgicas (operating room)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

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

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

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

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

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

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

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

OBJETIVO: Encontrar evidências científicas sobre a prática da higiene das mãos no bloco operatório, especialmente sobre os fatores determinantes da adesão a essa boa prática, bem como a forma de operacionalizar a intervenção, com sucesso, os "5 momentos da higienização das mãos" na sala de operações.

MÉTODOS:

- Revisão integrativa da literatura, durante os meses de janeiro a fevereiro de 2022, através da pesquisa nos bancos de dados de [Cochrane](#), [EBSCO](#) e [Scielo](#).
- Descritores: ["Good hygiene"](#) e ["Societal context"](#), no período de 2017 a 2022.
- Identificação 30 artigos, dos quais selecionamos 12 com a seguinte intenção:
- Artigos de revisão integrativa em língua inglesa, a respeito de todo integral e a situação global dos desafios no título ou [abstract](#).
- Seleção dos estudos, realizada por dois autores, inicialmente por leitura de títulos e resumos.



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

A "tese do gradiente" corresponde à área ao seu redor, onde se encontra o paciente (Soc. de H., 2017). É composta por **três dimensões**:

- O primeiro trata o equipamento em contato direto com o paciente;
- O segundo é o equipamento **tocado pela equipe de saúde**, segundo **cada** do paciente;
- O terceiro corresponde ao equipamento dentro da mesma área, mas não é tocado pelo paciente.

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

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

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

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

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



Anexo 11: Limpeza e Desinfecção de Superfícies Ambientais no Bloco Operatório

Formando:	
Identificação da ação de formação:	
Limpeza e Desinfecção de Superfícies Ambientais no Bloco Operatório	
Data da formação: / /	
Objectivos a atingir com a formação:	
- Conhecer a importância da limpeza e desinfecção de superfícies - Conhecer a importância da limpeza e desinfecção de superfícies - Conhecer a importância da limpeza e desinfecção de superfícies - Conhecer a importância da limpeza e desinfecção de superfícies	
Centro Hospitalar do Porto	Impressão (M.S.D.G. GER.202/0)
Reunio/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 10/03/2020	Assuntos Tratados:
Horas: início 08:30 fim 09:30	Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no Bloco Operatório
Serviço: Bloco	Uso correcto dos desinfetantes e limpeza de superfícies
	Ass. Sérgio, Tânia, Inês, Mariana, Sofia, Mariana, etc.
Centro Hospitalar do Porto	Impressão (M.S.D.G. GER.202/0)
Reunio/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 11/03/2020	Assuntos Tratados:
Horas: início 08:30 fim 09:30	Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no Bloco Operatório
Serviço: Bloco	Uso correcto dos desinfetantes e limpeza de superfícies
	Ass. Sérgio, Tânia, Inês, Mariana, Sofia, Mariana, etc.
Centro Hospitalar do Porto	Impressão (M.S.D.G. GER.202/0)
Reunio/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 12/03/2020	Assuntos Tratados:
Horas: início 08:30 fim 09:30	Limpeza e desinfecção de superfícies ambientais no Bloco Operatório
Serviço: Bloco	Uso correcto dos desinfetantes e limpeza de superfícies
	Ass. Sérgio, Tânia, Inês, Mariana, Sofia, Mariana, etc.

Impressão		IM.SI.06.GER.202/0
Centro Hospitalar de Porto	Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 30/03/2022	Assuntos Tratados:	
Hora: início 08:30 fim 09:30	- Segurança e desinfeção de equipamentos cirúrgicos	
Serviço: RBC	- Uso correto dos desinfectantes	
	- Uso correto dos desinfectantes e desinfectantes de limpeza	
	Assinatura: Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves	
Impressão		IM.SI.06.GER.202/0
Centro Hospitalar de Porto	Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 06/04/2022	Assuntos Tratados:	
Hora: início 08:30 fim 09:30	- Segurança e desinfeção de equipamentos cirúrgicos	
Serviço: RBC	- Uso correto dos desinfectantes	
	- Uso correto dos desinfectantes e desinfectantes de limpeza	
	Assinatura: Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves	
Impressão		IM.SI.06.GER.202/0
Centro Hospitalar de Porto	Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 05/04/2022	Assuntos Tratados:	
Hora: início 08:30 fim 09:30	- Segurança e desinfeção de equipamentos cirúrgicos	
Serviço: RBC	- Uso correto dos desinfectantes	
	- Uso correto dos desinfectantes e desinfectantes de limpeza	
	Assinatura: Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves	
Impressão		IM.SI.06.GER.202/0
Centro Hospitalar de Porto	Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças	Pág. 1 de 1
Data: 02/04/2022	Assuntos Tratados:	
Hora: início 08:30 fim 09:30	- Segurança e desinfeção de equipamentos cirúrgicos	
Serviço: RBC	- Uso correto dos desinfectantes	
	- Uso correto dos desinfectantes e desinfectantes de limpeza	
	Assinatura: Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves	

Anexo 12: Procedimentos de Descontaminação – Resíduos de Risco



Procedimentos de descontaminação Resíduos de risco



Aventais de proteção plásticos (SEMPRE)



Luvas de proteção impermeáveis (SEMPRE)



Óculos de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Máscara de proteção (se previsível a existência da projeção de partículas ou por vontade do executante)



Bloco Operatório Central

Anexo 13: Compromisso para a Humanização Hospitalar

Formando:

Identificação da acção de formação:
Compromisso para a Humanização Hospitalar

Data da formação: ____/____/____

Objectivos a atingir com a formação:

- Compreender a importância do compromisso para a Humanização Hospitalar
- Sensibilizar para a necessidade de garantir o bem-estar do doente e família
- Compreender a necessidade de garantir o bem-estar do doente
- Desenvolver estratégias para melhorar o trabalho e ambiente
- Estratégias de desenvolvimento pessoal e profissional

 **Impresso** IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 20/04/2022

Hora: Início 08:30 Fim 09:30

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Compromisso para a humanização hospitalar
- Comunicação, empatia e relacionamento interpessoal

Assistentes Operacionais: [Assinaturas]

 **Impresso** IM.SLOG.GER.202/0

Reunião/Formação Assistentes Operacionais: Registo de Presenças Pág. 1 de 1

Data: 20/04/2022

Hora: Início 08:30 Fim 09:30

Serviço: Bloco

Assuntos Tratados:

- Compromisso para a humanização hospitalar
- Comunicação, empatia e relacionamento interpessoal

Assistentes Operacionais: [Assinaturas]

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

159

Anexo 14: Guia de Acolhimento no Bloco Operatório

IMPORTANTE:

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



CONTATO:

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



GUIA DE ACOLHIMENTO Bloco Operatório



CIRCUITO NO BLOCO OPERATÓRIO



No dia da cirurgia será acompanhado ao bloco operatório pelo assistente operacional da equipa.



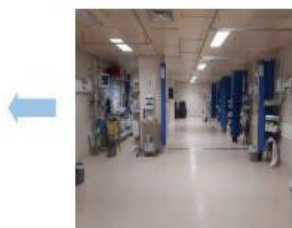
À chegada ao bloco operatório será recebido pelo enfermeiro da sala, que procederá à verificação das condições para ser operado. Será transportado para sala operatória, em cadeira de rodas ou na mesa cirúrgica.



Na sala operatória estará sempre acompanhado por médicos e enfermeiros.



Na UCPA, estará na sua cama e ficará acompanhado por um enfermeiro, até reunir condições para voltar ao serviço de internamento.



Após a cirurgia irá para a UCPA (Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos) para recuperação do efeito da anestesia.

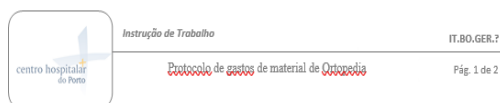


Será monitorizado para controlo dos sinais vitais, seguindo-se os procedimentos anestésico e cirúrgico.

Anexo 15: Folha de Materiais Zimmer

Placa Anatômica Distal do Rádio Palmar DIREITA (ROXA)			Placa Anatômica Distal do Rádio Palmar em Timax DVR Crosslock DIREITA (ROXA)		
DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	GASTO	TAMANHO	REFERÊNCIA	GASTO
Mini Estreita 22X41mm	131811040		24X55mm	131814050	
Estreita 22X51mm	131811050		22X55mm	131825050	
Mini 24X43mm	131812040				
Standard 24X51mm	131812050				
Média 24X62mm	131812060				
Longa 24X85mm	131812090				
"Head Width" 28X56mm	131813050				
Placa Anatômica Distal do Rádio Palmar ESQUERDA (VERDE)			Placa Anatômica Distal do Rádio Palmar em Timax DVR Crosslock ESQUERDA (VERDE)		
DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	GASTO	TAMANHO	REFERÊNCIA	GASTO
Mini Estreita 22X41mm	131821040		24X55mm	131824050	
Estreita 22X51mm	131821050		22X55mm	131815050	
Mini 24X43mm	131822040				
Standard 24X51mm	131822050				
Média 24X62mm	131822060				
Longa 24X85mm	131822090				
"Head Width" 28X56mm	131823050				
Peg 2,2mm Com Bloqueio (AZUIS)			Placa Anatômica Distal do Rádio DORSAL em Timax DVR Crosslock		
DESCRIÇÃO	REFERÊNCIA	GASTO	TAMANHO	REFERÊNCIA	GASTO
Peg 2,2mmX12mm	131227012		DIREITA	131817050	
Peg 2,2mmX13mm	131227013		ESQUERDA	131827050	
Peg 2,2mmX14mm	131227014				
Peg 2,2mmX15mm	131227015				
Peg 2,2mmX16mm	131227016				
Peg 2,2mmX18mm	131227018				
Peg 2,2mmX20mm	131227020				
Peg 2,2mmX22mm	131227022				
Peg 2,2mmX24mm	131227024				
Peg 2,2mmX26mm	131227026				
Peg 2,2mmX28mm	131227028				
Peg 2,2mmX30mm	131227030				
			Placa Anatômica para Estilóide Radial em Timax DVR Crosslock		
			TAMANHO	REFERÊNCIA	GASTO
			DIREITA	131818060	
			ESQUERDA	131828060	
			Placa Anatômica para CUBITO DVR Crosslock (AZUL)		
				REFERÊNCIA	GASTO
				131839050	

Anexo 16: Protocolo de Gastos de Material de Ortopedia CICA



|

1. OBJETIVO / ENQUADRAMENTO

Definir metodologias e responsabilidades do empréstimo de material cirúrgico e consumíveis do Bloco Central - Unidade Santo António aos restantes Blocos Operatórios do CHUPorto.

Reduzir as falhas dos registos e reposições.

2. ÂMBITO

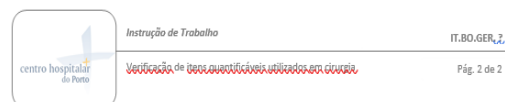
Destina-se a ser aplicado nos blocos operatórios pelos profissionais de enfermagem que aí trabalham, em todos os cirurgias onde haja gastos de consumíveis.

3. SIGLAS / ABREVIATURAS / DEFINIÇÕES / EVIDÊNCIAS

Material cirúrgico: - instrumentos cirúrgicos, placas, parafusos, fios, Kirchner, brocas, etc... usados, no acto cirúrgico que podem ser quantificados.

4. RESPONSABILIDADES

É da responsabilidade do Director e do Enfermeiro Chefe do Bloco Operatório a divulgação desta instrução de trabalho. A sua implementação é da responsabilidade de enfermeiros executores de actos cirúrgicos e dos administrativos alocados à função.

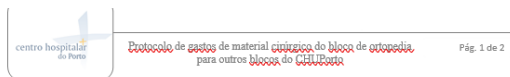


5. METODOLOGIA

Fluxograma:

- 1- Os serviços enviam a folha de gastos para o administrativo do BO central para comunicar o material gasto durante as cirurgias. (consumíveis.)
- 2- Os secretariados recebem o material que foi gasto e enviam para o secretariado do BO Central conferir e retificar os gastos conforme as folhas de gastos.
- 3- O secretariado do BO Central confere o material recebido e envia à Coordenadora do respectivo Bloco Operatório.

Anexo 17: Protocolo de Gastos de Material Cirúrgico do Bloco de Ortopedia CHUP



1. OBJETIVO / ENQUADRAMENTO

Definir metodologias e responsabilidades do empréstimo de Instrumental Cirúrgico e consumíveis do Bloco Central - Unidade Santo António aos restantes Blocos Operatórios do CHUPorto.

Eliminar as falhas na elaboração dos pedidos e inconformidades nas reposições.

2. ÂMBITO

Destina-se a ser aplicado nos blocos operatórios que solicitam material cirúrgico e consumíveis ao Bloco de Ortopedia Unidade Santo António.

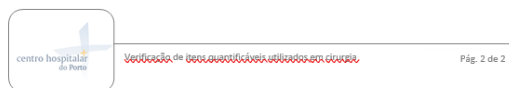
3. SIGLAS / ABREVIATURAS / DEFINIÇÕES / EVIDÊNCIAS

Instrumental cirúrgico: instrumentos cirúrgicos.

Consumíveis: Placas, parafusos, fios Kirchner, brocas e outros a especificar.

4. RESPONSABILIDADES

E da responsabilidade do Director e do Enfermeiro Gestor do Bloco Operatório a divulgação e implementação destes procedimentos. A sua execução é da responsabilidade dos enfermeiros envolvidos nos atos cirúrgicos e dos Assistentes Técnicos dos respectivos Blocos.



5. METODOLOGIA

Quando há empréstimo de material cirúrgico/consumíveis do Bloco Operatório de Ortopedia Unidade Santo António aos outros blocos operatórios do CHUPorto os seus devolução deverão ser assegurados os seguintes procedimentos:

1. O Bloco consumidor preenche a folha de gastos e coloca a etiqueta de "aviso precação" no contentor do Instrumental cirúrgico com as inconformidades, gastos de consumíveis.



2. O seu secretariado envia-a para o serviço de aprovisionamento e por email para o secretariado do Bloco Operatório da Unidade Santo António.



3. Após a recepção do material consumido deve enviá-lo para o secretariado do Bloco Operatório Unidade Santo António.



4. O Secretariado do Bloco Operatório confere o material recebido, em conformidade com a folha de gastos e envia-o à Coordenadora do Bloco de Ortopedia, Unidade Santo António.

Anexo 18: Certificado AESOP



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 19: Congresso dos Enfermeiros OE



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 20: VIII Congresso Internacional de Cuidados Intensivos da CHUP



Anexo 21: 1ª Convenção Internacional dos Enfermeiros OE



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 22: Envolvimento do doente na Segurança do Doente

**DGS**
desde 1899
Direção-Geral da Saúde

**apdh**
Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar

Certificado de Formação Profissional

Certifica-se que **Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves**, portador do documento de identificação nº 10296861 6ZV9, frequentou, com **Aproveitamento**, a Ação de Formação **"Envolvimento do Doente na Segurança do Doente"**, com a duração de 14 horas, que decorreu nos dias 14, 15, 21 e 22 de fevereiro de 2022.

22 de fevereiro de 2022

A Diretora-Geral da Saúde

Graça Freitas

Assinado de forma digital por Graça Freitas
Dados: 2022.10.25 12:53:59 +01'00'

Graça Freitas

O Presidente da Direção da APDH



Carlos Pereira Alves

O Responsável da SINASE



Carla Gonçalves Pereira

Certificado nº 49/2022



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 23: Análise de Dados Quantitativos com SPSS



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 24: Informação Quantitativa e Qualitativa



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 25: Revisão Sistemática da Literatura



Anexo 26: Projeto de Investigação – da Teoria à Prática



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 27: A Segurança nos Cuidados em Análise OE



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 28: Registos no Perioperatório OE (Auditoria)



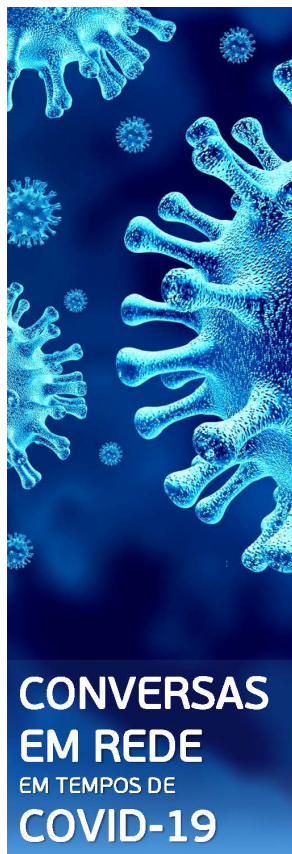
Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 29: GOBI e EBSCOhost



Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 30: A Estratégia de Testagem na Gestão da COVID-19



Certificado de Participação

Certifica-se que Marco Filipe Morgado Gonçalves participou no webinar “A estratégia de testagem na gestão da COVID-19”, organizado pela Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar (APDH), integrado no ciclo de **CONVERSAS EM REDE em tempos de COVID-19**, que decorreu no dia 16 de abril de 2021.

Lisboa, 16 de abril de 2021

O Presidente da Direção

Carlos Pereira Alves

Anexo 31: Parecer favorável pela Unidade de Investigação & Desenvolvimento

09/06/23, 12:09

Gmail - Projeto de Investigação: "Realização da lista de verificação de cirurgia segura e a sua influência na Segurança"



Marco Morgado <marcomorgado@gmail.com>

Projeto de Investigação: "Realização da lista de verificação de cirurgia segura e a sua influência na Segurança"

Secretariado UID <secretariado.uid@essnortecvp.pt>
Para: "marcomorgado@gmail.com" <marcomorgado@gmail.com>

12 de outubro de 2022 às 17:47

Estimado Investigador Responsável

Exmo. Sr. Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Informo que o estudo de investigação com a designação

2022-059 | Realização da lista de verificação de cirurgia segura e a sua influência na Segurança

submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP)

obteve os seguintes resultados ao longo do processo de análise:

- ☐ Parecer favorável pela UID
- ☐ Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

João Geraldes

Estagiário Secretariado Unidade de Investigação & Desenvolvimento
Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002
3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430; Tlm: +351 916 132 426
secretariado.uid@essnortecvp.pt
www.essnortecvp.pt



Pense no ambiente antes de imprimir...



<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=f7090be398&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f:1746501126741192500&simpl=msg-f:17465011267411...> 1/1

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves

Anexo 32: Parecer favorável para alteração do título do estudo de Investigação

09/06/23, 12:34

Gmail - Mudança de título do relatório de estágio



Marco Morgado <marcomorgado@gmail.com>

Mudança de título do relatório de estágio

Marco Morgado <marcomorgado@gmail.com>

15 de maio de 2023 às 20:31

Para: Fernanda Príncipe <fernanda.principe@essnortecvp.pt>, Isabel Miranda <isamsmiranda@gmail.com>, Liliana Mota <liliana.mota@essnortecvp.pt>

Boa tarde Professora Doutora Fernanda Príncipe,

Gostaria de lhe colocar uma questão acerca do meu relatório de estágio. Foram-me dados 90 dias para o retificar e nessa sequência pretendo efetuar se possível, a mudança do título do trabalho por se adequar mais ao resultado final.

Quais são os procedimentos que devo realizar para me ser dado deferimento deste pedido?

Já expus esta questão à minha Orientadora Professora Isabel Miranda.

A mudança seria do título original:

Benefícios na utilização da lista de verificação segura e a sua influência na segurança cirúrgica
para

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica na garantia da segurança em contexto de Bloco Operatório

Agradeço desde já,

Os meus melhores cumprimentos

--

Enfº Marco Morgado Gonçalves

Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de especialização à pessoa em situação perioperatória

nº 3677

09/06/23, 12:34

Gmail - Mudança de título do relatório de estágio



Marco Morgado <marcomorgado@gmail.com>

Mudança de título do relatório de estágio

Vice Presidente <vice.presidente@essnortecvp.pt>

26 de maio de 2023 às 11:33

Para: Marco Morgado <marcomorgado@gmail.com>, isamsmiranda <isamsmiranda@gmail.com>

Cc: Presidente Conselho Técnico-Científico <pres.ctc@essnortecvp.pt>

Caro Marco Morgado,

Hoje estive reunida com a Professora Isabel Miranda e fica autorizado a proceder à mudança do título do Relatório Final de Estágio.

A Professora Doutora Liliana Mota presidente do CTC não colocou qualquer objeção à mudança do título.

Bom trabalho.

Apresentamos os nossos melhores cumprimentos,

Fernanda Príncipe,

Professor Coordenador (PhD, MSc, RN)

Vice-Presidente do Conselho de Direção

Diretor de Área de Ensino de Enfermagem

PI-Tech4EduSim/ CINTESIS

Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002

3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430 (chamada para a rede fixa nacional)

vice.presidente@essnortecvp.pt

www.essnortecvp.pt



Pense no ambiente antes de imprimir...

[Citação ocultada]

Marco Filipe Morgado Martins Gonçalves