



escola superior de
enfermagem
de coimbra

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA

Segurança do Doente no Bloco Operatório

Sónia Maria dos Santos Regadas Soares Rebelo

Coimbra, Outubro de 2013



escola superior de
enfermagem
de coimbra

**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
MÉDICO-CIRÚRGICA**

Segurança do Doente no Bloco Operatório

Sónia Maria dos Santos Regadas Soares Rebelo

Orientador: Professor Doutor José Reis dos Santos Roxo, Professor Coordenador da Escola
Superior de Enfermagem de Coimbra

Dissertação apresentada à Escola Superior de Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau
de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Coimbra, Outubro de 2013

“Pode parecer, talvez, um estranho princípio,
enunciar como primeiro dever de um hospital,
não causar mal a um paciente.

Florence Nightingale (1859)

AGRADECIMENTOS

Expressamos os mais sinceros agradecimentos a todos os que, de alguma forma contribuíram para tornar este estudo uma realidade.

Em particular ao digníssimo orientador, Professor Doutor José Reis dos Santos Roxo, o nosso profundo reconhecimento pela sua disponibilidade, ensinamentos, orientação e pertinência de observações.

Aos Directores e à Enfermeira Chefe dos serviços onde foi realizado o estudo, bem como a todos os envolvidos na autorização da sua realização, nomeadamente, os elementos da Comissão de Ética e do Conselho de Administração, os nossos agradecimentos.

Aos caros colegas, cuja informação partilhada constitui a essência deste trabalho, uma palavra de profunda gratidão, pela sua disponibilidade e colaboração.

Por fim, mas não menos importante, aos familiares e amigos, pelo seu apoio, nesta fase, muito obrigada!

LISTA DE SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco(s) Operatório(s)

BOCMF/CPR – Bloco Operatório de Cirurgia Maxilo-Facial e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva

CDC – Centers for Disease Control and Prevention

CHUC – Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

DGS – Direcção Geral da Saúde

EA – Evento(s) Adverso(s)

EPO – Enfermeiro(s) Perioperatório(s)

IACS – Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nursing

ILC – Infecção(ões) do Local Cirúrgico

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PC – Plano(s) de Cuidados

PU – Protocolo Universal

SD – Segurança do(s) Doente(s)

UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

VPOE – Visita Pré-Operatória de Enfermagem

RESUMO

A Segurança dos Doentes (SD) assumiu grande importância nos últimos anos. Neste contexto, a Direcção Geral da Saúde (DGS) emitiu, em Junho de 2010, a circular normativa n.º 16/2010, que determinou a implementação do programa Cirurgia Segura Salva Vidas, estabelecido pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em todos os Blocos Operatórios (BO).

Sendo, igualmente, nossa preocupação a SD, desenvolvemos um estudo, com os objectivos que visam identificar as práticas de SD no BO que os enfermeiros, do serviço estudado, conhecem, adoptam e consideram necessário implementar e conhecer a sua opinião sobre a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) e a segurança dos cuidados que prestam.

Seguimos uma metodologia qualitativa, do tipo exploratório-descritivo e recolhemos informação através de uma entrevista aos participantes e de uma grelha de observação das suas práticas, construída com base na LVSC. As narrativas foram sujeitas a análise de conteúdo.

Constatámos que os participantes detêm um conhecimento formal adequado sobre esta problemática, tendo indicado várias práticas relacionadas com a SD. Destas práticas, referiram adoptar quase todas, contudo, mencionaram não adoptar algumas, como a realização da Visita Pré Operatória de Enfermagem (VPOE) e a utilização da LVSC e reconhecem a necessidade de as implementar. Apesar de considerarem que os cuidados que prestam são seguros estão conscientes das fragilidades e lacunas existentes. Assim, no sentido de continuar a promover a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados que prestam, tentam arranjar soluções que lhes permitem ultrapassar essas fragilidades e preconizam adoptar medidas no sentido de colmatar as lacunas.

Palavras-chave: segurança dos doentes, enfermagem perioperatória, riscos no bloco operatório, segurança cirúrgica

ABSTRACT

Patient safety has assumed great importance in recent years. In this context, Direccção Geral da Saúde issued, in June 2010, the normative circular number 16/2010 to determine the implementation of the “Safe Surgery, Saves Lives” program, established by World Health Organization, in all operation rooms.

Due patient safety is also our concern, we developed a study to identify the patient safety practices that participants knows, adopts and considers necessary to implement in their ward, and to know their opinion on Save Surgery Checklist and the safety of the care they provide.

We followed an explorative-descriptive qualitative methodology and the information was collected through an interview to the participants and a grid of observation of their practice, built on Save Surgery Checklist. Their narratives were submitted to content analysis.

We found that participants hold appropriate formal knowledge about this issue and indicated several practices related to patient safety and mentioned to adopt almost all of them. However they reported not adopting some as carrying the Nurse’s Preoperative Visit and the use of the Save Surgery Checklist and recognized the need to implement them. Despite considering the cares they provide are safe, they are aware of the existence of weaknesses and gaps. Thus, in order to continue to encourage the improvements in the safety and quality of the care, they try to find solutions that allow them to overcome these weaknesses and recommend measures to bridging these gaps.

Keywords: patient safety, perioperative nursing, operation room risks, surgical safety.

ÍNDICE DE QUADROS

	Pág.
Quadro 1 – Práticas de SD conhecidas pelos enfermeiros_____	81
Quadro 2 - Práticas de SD não adoptadas pelos enfermeiros _____	107
Quadro 3 – Práticas de SD que os enfermeiros consideram necessário implementar no serviço _____	111
Quadro 4 - Opinião dos enfermeiros sobre a LVSC _____	122
Quadro 5 - Opinião dos enfermeiros sobre a segurança dos cuidados que prestam _	129

SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO	19
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1 – SEGURANÇA DO DOENTE E RISCOS NO BLOCO OPERATÓRIO	25
1.1 - RISCOS DE NATUREZA PSICOSSOCIAL	30
1.2 - RISCOS DE NATUREZA FÍSICA DO DOENTE	33
1.3 - RISCOS DE NATUREZA BIOLÓGICA	36
1.4 - RISCOS DE NATUREZA QUÍMICA E TÓXICA	39
1.5 - RISCOS DE NATUREZA FÍSICA AMBIENTAL	41
2 – ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E SEGURANÇA DE CUIDADOS NO BLOCO OPERATÓRIO	45
2.1 - DOTAÇÕES SEGURAS	52
2.2 - DIVISÃO E DELEGAÇÃO DE FUNÇÕES	55
2.3 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS	56
2.4 - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO	58
2.5 - A LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	58
PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO	63
3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO	65
4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS	67
5 – RECOLHA E ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO	68
5.1 - PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS	68

5.2 - PARTICIPANTES NO ESTUDO _____	69
5.3 – TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO ____	71
5.4. - ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO _____	75
PARTE III – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS	77
6 - ANÁLISE DOS ACHADOS _____	79
7 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS _____	80
7.1 - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE CONHECIDAS E ADOPTADAS PELOS ENFERMEIROS _____	80
7.1.1 - Segurança Psicossocial _____	82
7.1.2 - Segurança Física do Doente _____	84
7.1.3 - Segurança Biológica _____	91
7.1.4 - Segurança Química e Tóxica _____	98
7.1.5 – Segurança Física Ambiental _____	103
7.1.6 – Segurança Cirúrgica _____	105
7.2 - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE NÃO ADOPTADAS PELOS ENFERMEIROS _____	106
7.2.1 - Segurança Psicossocial _____	107
7.2.2 - Segurança Física do Doente _____	108
7.2.3 - Segurança Biológica _____	109
7.2.4 - Segurança Cirúrgica _____	110
7.3 - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE QUE OS ENFERMEIROS CONSIDERAM NECESSÁRIO IMPLEMENTAR NO SERVIÇO _____	110
7.3.1 - Medidas Organizacionais _____	112
7.3.2 - Medidas Individuais _____	116
7.4 - OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A LVSC _____	122

7.4.1 – Opinião Favorável	122
7.4.2 – Opinião Parcialmente Favorável	124
7.5 - OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SEGURANÇA DOS CUIDADOS QUE PRESTAM	129
7.5.1 – Opinião Favorável	129
7.5.2 – Opinião Parcialmente Favorável	132
CONCLUSÃO	135

BIBLIOGRAFIA

ANEXOS

INTRODUÇÃO

A sociedade preocupa-se cada vez mais com a qualidade. Todos a desejam em qualquer sector de actividade, incluindo o sector da saúde e, dentro deste, os enfermeiros são os primeiros a preocuparem-se com a qualidade dos cuidados que prestam ao doente e à sua família (Ferreira e Magalhães, 2002).

Neste âmbito, Lucília Nunes, Presidente do Conselho Jurisdicional da Ordem dos Enfermeiros (OE), afirma que desde há muito tempo que os enfermeiros se preocupam com as questões da qualidade, mas que, só mais recentemente começaram a valorá-la, numa lógica de segurança e que esta deve ser encarada como uma componente crítica da qualidade.

De facto, a SD, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande importância nos últimos anos, quer para os utentes, que querem sentir-se seguros e confiantes, quer para os profissionais, que devem prestar cuidados com elevado nível de efectividade, eficiência e baseados na melhor evidência. Assim, as questões relacionadas com a SD e com a ocorrência de Eventos Adversos (EA), têm constituído uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os seus profissionais e utentes e para os decisores políticos, estando, inclusivamente, a ganhar dimensão um movimento de valorização da investigação na área da SD. Dos temas considerados prioritários para investigação, destacam-se o conhecimento epidemiológico dos EA e o desenvolvimento, implementação e avaliação de soluções inovadoras, no sentido de se obter conhecimento que possibilite a diminuição do risco e a consequente potencialização da segurança (Sousa, Uva e Serranheira, 2010).

Segundo estudos efectuados nos Estados Membros da União Europeia, estima-se que, em 8 a 12% dos doentes admitidos no hospital, ocorram EA durante a prestação dos cuidados, dos quais, uma grande proporção é prevenível (CEU, 2009).

Também a publicação do relatório americano “*To err is human*” nos finais da década de 90, e do inglês “*An organization with memory*”, no início do século XXI e de vários estudos, deram a conhecer a dimensão, natureza e impacto dos EA em diversos países e funcionaram como alavanca para o interesse e desenvolvimento da investigação nesta área. De facto, nos últimos anos, tem sido feito um esforço neste sentido, quer por

organizações internacionais, como a *World Alliance for Patient Safety*, o *Institute of Health Improvement* e a *Agency for Healthcare Research and Quality*, quer em contexto interno de alguns países (Sousa, Uva e Serranheira, 2010).

Não obstante a SD, e mais especificamente no BO, ser um tema da actualidade, tendo recebido, recentemente, grande atenção da OMS que a tomou como prioridade, o facto é que a primeira reunião de segurança relacionada com a anestesia ocorreu nos Estados Unidos da América, em 1984, e desde então esta tem vindo a ser regulada e melhorada (Fragata, 2010).

No entanto, apesar deste já longo percurso, as complicações anestésico-cirúrgicas continuam a ser causa importante de morbilidade e mortalidade, tendo a segurança cirúrgica emergido como um problema de saúde pública significativo, dado o crescente volume anual de cirurgias.

Neste contexto, a DGS emitiu em Junho de 2010, a circular normativa n.º 16/2010, a determinar a implementação do programa Cirurgia Segura Salva Vidas, estabelecido pela OMS, até Setembro de 2010, em todos os BO do Sistema Nacional de Saúde português, do qual faz parte o preenchimento da LVSC, com o objectivo de reforçar as práticas de segurança e promover uma melhor comunicação e trabalho da equipa multidisciplinar.

Contudo, apesar, de muitos dos passos consignados na lista estarem integrados como prática de rotina em BO por todo o mundo, nem sempre, esta é aplicada na totalidade e de forma sistemática (DGS, 2010a). É pois, neste âmbito, que se insere a nossa preocupação com a questão da SD que cuidamos. Preocupação essa, presente desde os tempos de estudantes de Enfermagem, e que, com o início do cuidar profissional, se intensificou, pela responsabilidade inerente ao tomar a cargo os doentes. A nossa preocupação específica com a SD no BO prende-se, obviamente, com a nossa prática diária, e desde o primeiro momento em que esta se iniciou, já há 12 anos. No entanto, e devido à recente atenção dada a esta questão, também a nossa preocupação nos levou à necessidade de uma reflexão sobre esta problemática, nomeadamente porque, a situação descrita no parágrafo anterior se verifica no serviço onde exercemos funções.

A reflexão sobre esta realidade, conduziu-nos, então, à questão central que orienta a nossa pesquisa - o nosso problema de investigação: **Quais as práticas dos enfermeiros do Bloco Operatório de Cirurgia Maxilo-Facial e de Cirurgia Plástica e**

Reconstrutiva (BOCMF/CPR) do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), para garantir a segurança dos seus doentes?

Na tentativa de responder a essa questão, optámos por orientar a elaboração deste estudo, segundo a metodologia qualitativa, seguindo uma abordagem exploratório-descritiva. Foi, então, desenvolvida a pesquisa, no sentido da consecução dos seguintes objectivos:

- Identificar as práticas de SD no BO, conhecidas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC.
- Conhecer as práticas de SD no BO, adoptadas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC e quais estão consignadas na LVSC.
- Identificar outras práticas de SD que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC consideram ser necessário implementar no serviço.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a LVSC.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a segurança dos cuidados que prestam.

Os participantes no estudo foram, então, os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC, por vivenciarem o fenómeno e terem conhecimento sobre o mesmo.

A recolha de informação efectuou-se através de uma entrevista semi-estruturada aos participantes e da observação directa das práticas, com preenchimento de uma grelha de observação, construída com base na LVSC.

Para proporcionar uma melhor compreensão do estudo realizado, estruturámos este relatório em três partes:

- ✓ Na primeira parte apresentamos o enquadramento teórico do tema em estudo, abordando, ao longo dos seus dois capítulos, a problemática estudada e os seus conceitos centrais: a SD e os riscos no BO e a Enfermagem Perioperatória e a segurança de cuidados;
- ✓ Na segunda parte descrevemos o estudo que efectuámos, propriamente dito, apresentando o enquadramento metodológico, que dividimos em três capítulos,

Segurança do Doente no Bloco Operatório

relativos, respectivamente, à problemática e questões de investigação, às opções metodológicas e às fases do processo de recolha e organização da informação;

- ✓ Na terceira parte analisamos, apresentamos e discutimos os achados.

PARTE I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A investigação qualitativa não inicia, geralmente, com uma revisão extensiva da literatura. Os investigadores qualitativos mais puristas argumentam, até, que nenhuma revisão deve ser efectuada antes da pesquisa. No entanto, outros consideram que ajuda a focalizar o estudo (Streubert e Carpenter, 2002). Na opinião de Fortin (2003), por exemplo, a revisão da literatura é um procedimento que possibilita a limitação do domínio da investigação e permite fazer o enquadramento teórico do tema, dando a conhecer um conjunto de trabalhos, sobre o mesmo, em que se evidencia o que é conhecido, do que falta conhecer e os elementos comuns e os divergentes.

Assim, entendemos ser pertinente, para delimitar o domínio e enquadrar o tema do nosso estudo, efectuar uma revisão prévia da bibliografia. Deste modo, podemos colocar os resultados no contexto do que já é conhecido, expondo como nele se enquadram (Streubert e Carpenter, 2002). Assim, apresentamos os contributos recolhidos e abordamos os riscos a que os doentes podem estar expostos e a sua segurança no BO e, posteriormente, a Enfermagem Perioperatória e a segurança de cuidados.

1 – SEGURANÇA DO DOENTE E RISCOS NO BLOCO OPERATÓRIO

Os cuidados de saúde destinam-se a beneficiar os doentes, no entanto, existe o risco inerente de ocorrência de erros e de EA, devido à complexidade dos processos, das tecnologias e dos factores humanos, que a prestação de cuidados envolve (ICN, 2006). Se, por um lado, as inovações e o desenvolvimento do conhecimento e da tecnologia, no âmbito da saúde, propiciam a sobrevivência dos doentes, por outro lado, aumentam o risco de complicações, devido ao seu carácter agressivo e invasivo (AESOP, 2005).

Da mesma forma, o ambiente do BO, as diferentes técnicas e os numerosos dispositivos médicos utilizados, implicam riscos potenciais, quer para os profissionais, quer para os doentes (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006).

Assim, a prestação de cuidados de saúde, incluindo os cuidados cirúrgicos, é uma actividade incerta no resultado e com potencial para causar danos colaterais nos doentes. É, portanto, uma actividade de risco, estimando-se que em cada cem internamentos hospitalares, dez se compliquem por um qualquer erro, com dano para os doentes (Fragata, 2010).

Os doentes cirúrgicos estão especialmente vulneráveis, não só pela sua situação clínica e pela experiência a que vão ser sujeitos, mas, também, por ficarem na total dependência de estranhos, em quem têm que confiar para cuidarem da sua pessoa e do seu corpo (Costa, 1990) e, como estão sedados ou anestesiados, ficam mais susceptíveis e vulneráveis à ocorrência a qualquer tipo de risco ou acidente (AESOP, 2006).

A este propósito, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a *European Operating Room Nurses Association*, a *Association of periOperative Registered Nurses* (AORN) e a *Operating Room Nurses Association of Canada* defendem que as pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos e/ou anestésicos têm o direito de ser cuidadas por profissionais devidamente qualificados, num ambiente perioperatório seguro (Pinheiro, 1996), constituindo a SD e a prevenção da ocorrência de erros, elementos chave no desempenho da Enfermagem de BO (Pereira *et al.*, 2011).

A SD resulta da interacção de diversos factores relacionados com o próprio doente e com a prestação de cuidados (Pina *et al.*, 2010) estando igualmente, relacionada com as tomadas de decisão e com o respeito pelos direitos das pessoas. Em 2000, o *Institute of Medicine* definiu-a como o doente estar livre de danos acidentais, dependendo da prevenção de EA resultantes da prestação de cuidados de saúde (Nunes, 2006) e, segundo Bedouch (2007), constitui a tomada de medidas para prevenir ou reduzir os riscos iatrogénicos, os acidentes e incidentes ligados aos tratamentos, aos actos de prevenção, de diagnóstico e de cuidados e à utilização de produtos médicos.

Pelo exposto, a SD é, então, a redução do risco de danos desnecessários, relacionados com a prestação de cuidados de saúde, a um mínimo aceitável, face ao conhecimento actual, aos recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados, em opção ao risco de não tratamento ou de outro tratamento. Por dano associado aos cuidados de saúde entende-se aquele que resulta ou está associado a planos ou acções tomadas durante a prestação de cuidados de saúde e não de uma doença ou lesão subjacente (DGS, 2011).

A SD é, pois, uma componente estruturante e uma variável incontornável da Qualidade em Saúde, pelo que deve ser uma estratégia global das organizações de saúde, ainda mais que vários estudos demonstram, como já referimos, que 10% dos doentes internados são vítimas de EA, dos quais, cerca de metade são evitáveis (Fernandes e Queirós, 2011). Assim, não surpreende que os que se relacionam com a prestação de cuidados cirúrgicos assumam particular relevância, dado o seu volume anual. De facto, cerca de 48% EA estão relacionados com a cirurgia e com a anestesia, ocorrendo em BO, dos quais, entre 30 a 50% seriam evitáveis (Fragata, 2010).

Um EA é definido como qualquer tipo de erro/engano, incidente, acidente ou desvio da norma, susceptível de causar dano ao doente, como uma lesão ou complicação não intencional, consequente da assistência e não da doença da pessoa e que pode resultar em morte, incapacidade ou prolongar a permanência no hospital (Ferraz, 2009; Vendramini *et al.*, 2010). Segundo a OMS, um erro é uma falha na execução de uma acção planeada, de acordo com o desejado, o desenvolvimento incorrecto de um plano ou um desvio de um processo nos cuidados que pode ou não causar dano ao doente (DGS, 2011).

Para Reason, citado por Alfredsdottir e Bjornsdottir (2008), todos os erros envolvem algum tipo de desvio, referenciando dois tipos de erros: latentes e activos. Os erros

latentes estão “adormecidos” no sistema por algum tempo e podem tornar-se activos sob determinadas circunstâncias, como pessoal insuficiente, carga excessiva de trabalho ou falha na manutenção dos equipamentos. Os erros activos estão directamente relacionados com as acções das pessoas (factores humanos) e são cometidos por quem executa os procedimentos e têm efeito visível quase imediato.

Na sua teoria multifactorial, conhecida como Modelo do Queijo Suíço, que se tornou o paradigma dominante na análise de erros médicos e incidentes na SD, Reason, considera que, para a ocorrência de erros, é necessária uma coincidência no alinhamento dos “buracos” na segurança, ou seja, dos diversos desvios (Fragata, 2010). De acordo com esta teoria, num sistema complexo, os riscos são prevenidos por uma série de barreiras, representadas pelas fatias do queijo, cada barreira tem falhas, representadas pelos buracos nas fatias. Estas falhas são inconstantes, ou seja, estes buracos abrem e fecham, aleatoriamente, e quando por acaso todos os buracos se alinham, o risco atinge o doente e causa-lhe danos (Perneger, 2005).

A actividade, num BO, é complexa, plena de variação e incerteza, interdisciplinar, com forte dependência da actuação individual e desenvolvida em condições ambientais dominadas pela pressão e pelo *stress*. Este ambiente de trabalho é caracterizado pela existência de erros latentes, que são, ameaças à SD relacionadas com o sistema e que se podem materializar em qualquer momento, existindo uma alta prevalência de erros e acidentes, que vão desde as interrupções do fluxo cirúrgico, sem perturbações para os doentes, a acidentes *minor* e até a eventos dramáticos, com danos irreversíveis para o doente ou mesmo a morte (Fragata, 2010).

Os EA sérios relacionados com a cirurgia são: cirurgia realizada no local errado, procedimento cirúrgico errado, cirurgia realizada no doente errado, Infecção do Local Cirúrgico (ILC), Trombo Embolia Venosa ou Trombo Embolia Pulmonar, morte no intra ou no pós-operatório imediato, em doentes ASA I (doentes sem patologias associadas, cujo risco é mínimo, segundo a *American Society of Anesthesiologists*), erros de diagnóstico (por exemplo, por extravio de produtos para análise) e retenção de objectos estranhos dentro dos doentes (AESOP, 2005). São ainda referidos outros acidentes ou erros que ocorrem no período perioperatório: quedas e avarias de equipamentos, posicionamentos incorrectos, queimaduras, lesões provocadas por garrotes pneumáticos, cirurgia não planeada de acordo com o consentimento expresso e quebra da técnica asséptica (AESOP, 2006).

Segurança do Doente no Bloco Operatório

Os EA sérios relacionados com a anestesia têm a ver com a própria prática anestésica, com a administração de fármacos e transfusões e com problemas na utilização de equipamentos. Muitos destes acidentes estão relacionados com procedimentos de anestesia deficientes ou negligentes ou falha na monitorização e vigilância dos doentes anestesiados. Assim, podem ocorrer erros técnicos, como as falhas com os equipamentos; erros por fadiga, como trocas de seringas e fármacos; erros por violação das regras de segurança do trabalho, como trabalhar muitas horas por dia; erros por incumprimento do estado da arte; erros por falta de experiência e erros por deficiência de organização (Fragata e Martins, 2004).

Os processos de segurança tiveram um grande avanço nos últimos trinta anos, após a ocorrência de acidentes nucleares e na aviação civil. Nos cuidados de saúde, os pioneiros foram os hemocentros e a área da anestesia (DGS, 2011). De facto, desde a primeira reunião sobre segurança anestésica em 1984, as práticas relacionadas com a anestesia foram sempre sendo melhoradas, tendo-se, esta, tornado na mais segura prática médica, resultado do seu investimento na profilaxia do erro e na SD. Algumas das medidas que contribuíram para esse efeito foram, por exemplo:

- ✓ A correspondência de rampas de gases por cores e tipo de conexão, aos respectivos conectores, não permitindo ligações erradas;
- ✓ A utilização do oxímetro de pulso nos doentes sedados ou anestesiados;
- ✓ A utilização da capnografia em todos os doentes ventilados;
- ✓ Melhoria da segurança dos ventiladores e máquinas de anestesia, redução da sua variabilidade no mesmo local, execução de manutenção e verificação do seu funcionamento;
- ✓ Treino de *staff* com simuladores e realização de conferências sobre os temas;
- ✓ Adopção de *guidelines* e protocolos e standardização de processos;
- ✓ Segurança com medicamentos, como o conhecimento dos fármacos, a sua etiquetagem, as diluições standardizadas, os programas informáticos de cálculo automático de dosagens e diluições com base nos parâmetros antropométricos dos doentes, a gestão de *stocks* e de antídotos e o despiste e registo de alergias;
- ✓ Sistema de reporte de erros, com registo voluntário de EA (Fragata, 2010).

No que respeita à segurança do acto cirúrgico, propriamente dito, existem, também, procedimentos que a promovem e asseguram, nomeadamente, a marcação do local a operar, a verificação da esterilização e do adequado funcionamento de materiais e equipamentos, a contagem de compressas, instrumentos e objectos corto-perfurantes (AESOP, 2005).

Ainda que muitas instituições de saúde já adoptem procedimentos para garantir a SD, este sector está, ainda, muito atrás de outros, que já introduziram processos sistemáticos de segurança. Neste sentido, devem ser introduzidos instrumentos destinados a reduzir o número e as consequências dos EA, para que se melhorem os procedimentos de segurança. A gestão do risco constitui um desses instrumentos e deve ser uma rotina da gestão em todo o sector da saúde (Nunes, 2007).

Assim sendo, é imperativo que os riscos sejam identificados, analisados, avaliados e controlados, através da implementação de medidas preventivas e correctivas. A gestão do risco é uma abordagem estruturada que resulta em sistemas de trabalho, premissas e práticas mais seguras e numa maior consciência do perigo e das responsabilidades por parte dos profissionais (Oliveira, 2007).

No BO, os enfermeiros têm um papel fundamental na gestão e prevenção dos riscos. Eles gerem os riscos ligados à sua actividade e ao ambiente cirúrgico, organizam e coordenam os seus cuidados, planeiam as actividades do BO e participam na elaboração, aplicação e controlo de protocolos (Bedouch, 2007a).

A prevenção dos riscos começa pelo seu reconhecimento pelos profissionais e a comunicação dos erros é um passo fundamental no processo da sua redução e na melhoria contínua da qualidade (OE, 2006). Assim, os profissionais e as instituições devem ser incentivados a participar em sistemas de comunicação voluntária de erros, como componente chave da SD. Para tal, uma condição essencial é a existência de um ambiente de trabalho aberto e de confiança, em que a aprendizagem a partir dos EA e das situações em que ocorreram falhas seja uma realidade, em vez da culpabilização e punição.

A gestão do risco tem, assim, como objectivos prevenir ou eliminar os riscos para os doentes e profissionais, promover a sua saúde e segurança, garantir condições de segurança para pessoas e bens, consciencializar os profissionais para a problemática do risco e reduzir os custos e produzir ganhos para a saúde. Neste sentido, os programas de

gestão de risco visam a determinação dos acontecimentos que podem provocar riscos, aferir a sua frequência, identificar medidas preventivas e correctivas e estabelecer os custos de prevenção e compará-los com os custos da incidência (AESOP, 2006).

Em contexto cirúrgico, os princípios da gestão de risco devem ser aplicados em todas as actividades, em especial, no respeitante ao consentimento expresso e informação do doente acerca do processo de cuidados; à sua preparação pré-operatória, incluindo avaliação e comunicação das suas necessidades; à sua identificação e verificação do processo; à sua monitorização, durante todo o período peri-operatório; à sua movimentação, mobilização e posicionamento; aos procedimentos que garantam a continuidade dos cuidados; à verificação dos factores ambientais; ao conhecimento, manutenção e utilização de equipamento e à técnica asséptica (AESOP, 2006).

Segundo a mesma fonte, os riscos a que os doentes estão sujeitos, no BO, são de natureza biológica, química, física e ambiental, que explicitamos em seguida. Focamos, ainda, os riscos de natureza psicossocial e os riscos de natureza física do doente, que não aparecem em rúbricas específicas na literatura, mas vão sendo abordados pelos autores, pelo que, no contexto deste estudo e pela sua importância para a SD, considerámos pertinente abordá-los em rúbricas próprias, e pelas quais iniciamos.

1.1 - RISCOS DE NATUREZA PSICOSSOCIAL

Para a pessoa doente, a sua doença e a sua dor parecem incompreensíveis, assim como a necessidade de uma intervenção cirúrgica, que a impressiona e aumenta a sua ansiedade, quer pelo acto cirúrgico em si, quer pelo conceito de “mundo misterioso” do BO (AESOP, 2006; Silva *et al.*, 2006).

Uma intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois tem uma carga emocional específica, despertando sensações e emoções muito particulares, uma vez que é um evento muitas vezes inesperado e que interrompe o ciclo normal de desenvolvimento e de vida da pessoa. Pode contribuir, assim, para um sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda de autonomia da pessoa e originar uma série de sentimentos de desconforto e despersonalização. Este período é vivido de forma intensa, independentemente do tipo de cirurgia a ser realizada, e o estado emocional do doente no pré-operatório e a forma como ele o vivencia actuam, directamente, sobre as suas reacções, quer durante a cirurgia, quer no pós-operatório (Fighera e Viero, 2005).

Cada doente reage de maneira única a esta situação e, também, o mesmo doente pode reagir de forma diferente a experiências cirúrgicas diferentes, dependendo dos factores psicossociais inerentes a cada experiência (AESOP, 2006). Resultados de alguns estudos revelaram que o período que antecede uma cirurgia é muito angustiante e que são várias as fontes de ansiedade, como a separação da sua casa, da sua família, do seu ambiente, das suas coisas; a interrupção do seu papel social e ser forçado a aceitar o papel de doente; o medo relacionado com a própria vida; o medo do desconhecido; o medo da anestesia e de não acordar; a representação pessoal do BO; a espera pelo momento da cirurgia; o antecipar questões relacionadas com o acto cirúrgico: a dor, a perda de controlo sobre si próprio e a vergonha pela exposição corporal (Fighera e Viero, 2005; AESOP, 2006).

Além dos receios, os doentes fantasiam acerca de determinadas situações, mais frequentemente com a anestesia, como acordar a meio da cirurgia e sentir tudo, e com a recuperação, pela possibilidade de não voltar a ser capaz de fazer as mesmas coisas e de não voltar a ser como era (Fighera e Viero, 2005) e podem, ainda, experienciar repercussões psicológicas por atraso ou adiamento da cirurgia.

Esses receios, associados ao sentimento de impotência e dependência, tornam o período perioperatório num dos mais preocupantes na vida de uma pessoa que se confronte com esta realidade, pelo que, ir ao BO constitui uma experiência geradora de ansiedade. No entanto, esta pode ser mitigada, se no acolhimento e durante toda a experiência cirúrgica, prevalecer a competência de pessoas qualificadas e capazes de lhe transmitir serenidade e segurança (Silva, *et al.*, 2006). Para isso, é fundamental, no período pré-operatório estabelecer uma relação enfermeiro-doente, em que este seja esclarecido e informado de forma a sentir-se apoiado na sua vivência (AESOP, 2006).

A VPOE constitui o início dos cuidados perioperatórios de enfermagem e proporciona um acolhimento personalizado e individualizado (Ferreira e Magalhães, 2002), uma vez que permite ao enfermeiro conhecer o doente e a sua história clínica e identificar problemas e, ainda, lhe possibilita prepará-lo psicologicamente para a cirurgia, diminuir a sua ansiedade e estabelecer uma relação de ajuda, sendo importante que este perceba que encontrará informação adequada, apoio ajustado, competência, dedicação, segurança e discrição na condução do seu processo de cuidados. Comprovadamente, um acolhimento adequado e a clareza na comunicação diminuem os sentimentos negativos do doente, tendo os estudos efectuados ao longo dos anos, neste âmbito, demonstrado a

Segurança do Doente no Bloco Operatório

importância desta visita na diminuição da dor, do grau de ansiedade e de eventuais complicações pós-operatórias (Silva *et al.*, 2006).

Na ausência da VPOE, o acolhimento do doente inicia-se na chegada ao BO, sendo, assim, o seu primeiro contacto com os profissionais deste serviço, pelo que constitui um momento de especial importância, devendo proporcionar-lhe segurança e conforto e constitui o ponto de partida para promover o seu bem-estar, durante a sua permanência no BO. O enfermeiro, como elemento responsável pelo acolhimento do doente tem um papel fundamental na diminuição da sua ansiedade. Neste sentido, deve apresentar-se sem máscara, informar o doente que será uma das pessoas que cuidarão de si e zelarão pela sua segurança e tratá-lo pelo nome da sua preferência, para que este se sinta respeitado (Lourenço, 2004; Silva *et al.*, 2006).

Devem ser evitados períodos de espera prolongados dentro do BO, porque aumenta a ansiedade do doente, mas se este tiver que aguardar para entrar para a sala de operações, deve ser proporcionado um ambiente calmo e seguro, num local onde seja preservada a sua intimidade. Por outro lado, os adiamentos e cancelamentos da cirurgia devem ser prevenidos, de modo a evitar mais repercussões psicossociais no doente.

O cancelamento de cirurgias ocorre, muitas vezes, devido a situações preveníveis. Segundo um estudo efectuado no Brasil, a taxa de cancelamento de cirurgias é de 4 a 6,3%, sendo 3,5% destas por recusa do doente, 75% por faltas de material ou equipamento e 10,9% por falta de documentação (Vendramini *et al.*, 2010).

A repercussão destes cancelamentos traz alterações na rotina e na vida dos doentes, prolongando ou repetindo o episódio de internamento, com consequente afastamento das actividades laborais e de família, pelo que gera angústia e frustração, no próprio e nos seus familiares. Em Portugal, num estudo realizado por Alves (2012), os resultados apontam para taxas de cancelamento de 13,45%, no hospital do estudo e os dados do Ministério da Saúde apontam para uma taxa global dos hospitais portugueses de 28,4% em 2008, 26% em 2009 e 26,6 % em 2010.

Nesta situação de vida em que a pessoa necessita de ajuda, o acolhimento minimiza o sentimento de inquietação em relação a um ambiente que não se conhece e à sua situação de doença. Ir ao encontro do doente compreendendo-o e clarificando os seus receios e as suas dúvidas é tornar possível que o doente sinta o ambiente do BO como familiar, de forma a encontrar no enfermeiro um parceiro no seu processo de cuidar. De

facto, a confiança referida pelos doentes face ao processo cirúrgico, no estudo de Ferreira e Magalhães (2002), deriva destes acreditarem na equipa que os cuida, nos seus conhecimentos e competências técnicas e relacionais para ir ao seu encontro.

1.2 - RISCOS DE NATUREZA FÍSICA DO DOENTE

O doente, em virtude da sua vulnerabilidade e dependência, derivadas da sua própria situação e da anestesia, está, como já mencionado, sujeito a vários riscos, nomeadamente, para a sua integridade física. Destes, abordamos os que nos pareceram mais pertinentes para a contextualização da problemática: lesões por posicionamento, retenção de objectos, alterações da temperatura e queimaduras. Existem outros mas, como estão incluídos noutro contexto, serão abordados oportunamente, para evitar que a informação se torne redundante.

Lesões por Posicionamento

O posicionamento do doente depende da técnica e da abordagem cirúrgica a efectuar e das características de cada doente e tem como objectivos dar resposta às exigências do acto cirúrgico, permitir a condução adequada da anestesia e, simultaneamente, respeitar a integridade física do doente. No entanto, é um procedimento com riscos, cujas consequências podem afectar o equilíbrio hemodinâmico, ventilatório e provocar lesões nervosas, vasculares e/ou cutâneas (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006).

As pessoas que permanecem durante muito tempo na mesa operatória submetidas aos efeitos dos anestésicos, analgésicos e relaxantes musculares ficam, assim, sujeitos ao risco potencial de lesões na pele e noutros tecidos, como no sistema nervoso, músculo-esquelético, cardiovascular e respiratório, decorrentes das alterações anatómicas e fisiológicas associadas ao posicionamento (Barbosa, Oliva e Neto, 2011).

Os factores de risco associados à ocorrência de lesão perioperatória por posicionamento podem ser intrínsecos e extrínsecos. Entre os factores intrínsecos estão a idade da pessoa, o seu estado nutricional, a existência de patologias associadas e a sua condição física e clínica. Dos factores extrínsecos fazem parte a humidade da pele, pelos produtos utilizados na desinfectação, a fricção e o estiramento da pele durante o posicionamento, a presença de materiais entre a pessoa e os dispositivos utilizados na redução das zonas de

pressão, o tempo de cirurgia, o tipo de posicionamento, o tipo de colchão, de dispositivos de posicionamento e de aquecimento utilizados, a sedação e os agentes anestésicos administrados (AESOP, 2006; Fonseca e Peniche, 2009; Barbosa, Oliva e Neto, 2011).

Nesta perspectiva, o correcto posicionamento do doente para a cirurgia é um factor chave no desempenho seguro e eficaz (Monteiro, Batista e Luz, 2002). Um pequeno erro no posicionamento do doente pode-lhe deixar sequelas permanentes, pelo que o conhecimento dos diversos factores de risco relacionados com o posicionamento é essencial para que se adoptem medidas eficazes da sua prevenção, contribuindo, para uma prestação de cuidados seguros e de qualidade (Barbosa, Oliva e Neto, 2011).

Para a prevenção destas lesões está indicando, entre outras medidas, o alívio da pressão durante a cirurgia, por mecanismos como o colchão de ar, cobertura do colchão da mesa operatória de polímero visco-elástico e almofadas de gel (Fonseca e Peniche, 2009). O enfermeiro deve, pois, ter conhecimentos sobre anatomia, fisiologia e alterações anátomo-fisiológicas decorrentes da anestesia, posicionamento e intervenção cirúrgica e, também, sobre o funcionamento dos equipamentos e dispositivos a utilizar (AESOP, 2006).

Alterações da Temperatura

O risco de hipotermia do doente, no BO é considerável e deriva de vários factores, como a exposição da superfície cutânea e/ou mucosa, o tempo de exposição, a imobilização, a temperatura ambiental, a administração de medicamentos e anestésicos e a perfusão de fluídos frios e ventilação com gases frios (Greig, 1995).

Assim, para evitar que esta ocorra, a temperatura do doente deve ser monitorizada no período perioperatório, deve ser feito o despiste de sinais e sintomas de hipotermia, limitar a exposição cutânea, utilizar sistemas de aquecimento com ar quente e aquecer as soluções de administração intravenosa e de irrigação, bem como os gases anestésicos, o que converge com as práticas dos nossos informantes (Poveda *et al.*, 2005).

Queimaduras

A passagem da corrente eléctrica pelo corpo do doente pode provocar queimaduras, nomeadamente, a corrente gerada pelo bisturi eléctrico (UNAIBODE, 2001), pelo que a colocação do eléctrodo neutro, segundo as normas de segurança é uma medida fundamental para a sua prevenção. Outras medidas essenciais para evitar situações de risco são limpar o excesso de anti-séptico, porque a humidade da pele aumenta o risco de queimadura, quando se usa o bisturi eléctrico; evitar o contacto de pele com pele do doente, porque aumenta a área de passagem da corrente, o que aumenta o risco de acidentes; evitar contacto da pele do doente com metais, pelo risco de queimadura na zona de contacto (AESOP, 2006).

Retenção de Objectos

Os acidentes relacionados com o controlo inadequado de objectos e instrumentos, ocorrem com alguma frequência e a sua retenção inadvertida no doente pode ser causa de lesões graves e conduzir à necessidade de nova intervenção cirúrgica (AESOP, 2005). Para evitar a sua ocorrência as compressas, agulhas e pequenos instrumentos devem ser contados antes do encerramento das incisões (Fragata, 2010).

Todas estas contagens devem envolver dois elementos da equipa, sendo, em casos de dotação de recursos humanos adequada, partilhada entre o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro circulante. Se a dotação não permitir a existência de enfermeiro instrumentista, a contagem deve ser efectuada pelo cirurgião, ou outro elemento da equipa estéril em quem ele delegue e pelo enfermeiro circulante. Preferencialmente, deve existir um protocolo de contagens que deve definir quem são os profissionais responsáveis pelas contagens, quais os procedimentos de contagem, o que fazer em caso de contagens incorrectas e os registos a efectuar (AESOP, 2005).

Uma forma de prevenir a retenção de compressas é humedecê-las em azul de metileno para contrastarem e serem visualizadas no fim da cirurgia ou prender pinças em fitas das compressas para facilitar a sua remoção (Schanaider e Manso, 2006). Também, algumas compressas possuem marcadores radiopacos para controlo radiológico, em caso de dúvida (Fragata, 2010).

1.3 - RISCOS DE NATUREZA BIOLÓGICA

Os riscos de natureza biológica a que os doentes estão expostos são as infecções, causadas por bactérias, vírus, fungos ou outros microorganismos.

As Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS) são complicações graves e constituem uma séria ameaça à SD hospitalizados: elevam as taxas de mortalidade e morbilidade, os custos com procedimentos diagnósticos e terapêuticos e o tempo de afastamento da pessoa do seu trabalho e família (Ercole *et al.*, 2011).

Constituem, actualmente, uma das complicações mais frequentes decorrentes da hospitalização, existindo uma percentagem que não é possível evitar, mesmo com os melhores cuidados, uma vez que estão dependentes do tempo de permanência de dispositivos invasivos, como as sondas vesicais, os cateteres vasculares e os tubos endotraqueais. A utilização destes dispositivos pode criar um curto-circuito nas defesas do organismo por constituírem uma porta de entrada artificial para os microorganismos e, conseqüentemente, associam-se ao aparecimento de infecções na corrente sanguínea, no aparelho urinário ou no respiratório. Os principais riscos de IACS associam-se, assim, à presença de dispositivos invasivos, mas, também, a infecções por microorganismos multirresistentes e a procedimentos cirúrgicos (Pina *et al.*, 2010).

O doente cirúrgico pode estar sujeito a todos estes riscos, uma vez que, além do risco de ILC, decorrente da sua cirurgia, do risco de infecção por microorganismos multirresistentes, decorrente da sua vulnerabilidade, pode, ainda, necessitar dos dispositivos invasivos supramencionados.

As ILC, definidas como infecções dos tecidos, órgãos incisados ou cavidades manipuladas durante um procedimento cirúrgico (Ercole *et al.*, 2011), são o segundo EA mais frequente no doente hospitalizado, estão relacionadas com a contaminação do local da intervenção e depende do número de microorganismos contaminantes, da sua virulência e da susceptibilidade do hospedeiro, sendo que, quanto mais invasivo o procedimento e mais susceptível for o doente, maior o risco (Pina *et al.*, 2010).

No Inquérito Nacional de Prevalência da Infecção realizado em 2010, as ILC representaram 13% das IACS no hospital. Os doentes que as adquirem têm 60% mais probabilidade de irem para uma unidade de cuidados intensivos, cinco vezes mais probabilidade de reinternamento e duas vezes mais probabilidade de morrer. De referir que a sua ocorrência depende de diversos factores relacionados com o doente, com os

procedimentos perioperatórios e, ainda, com factores ambientais e organizacionais e que estas infecções se incluem nas consideradas evitáveis, num número significativo de situações, uma vez que o risco pode ser diminuído com a adopção de boas práticas (Pina, Maia e Pereira, 2012).

Os factores associados ao risco de infecção podem, assim, ser intrínsecos ou extrínsecos. Dos intrínsecos, destacam-se a idade do doente e as suas condições clínicas, como o seu estado de nutrição, as suas defesas imunitárias e a existência de patologias associadas. Os factores extrínsecos incluem o tempo de internamento, a invasão mecânica para manobras anestésicas, o processamento de materiais, a preparação da pele e mucosas, a técnica de lavagem asséptica das mãos, as condições ambientais da sala de operações, a duração da cirurgia, a técnica e habilidade do cirurgião, a localização da ferida, a colocação de implantes e o número de pessoas na sala (Pinheiro, 1993; AESOP, 2006; Ercole *et al.*, 2011).

O número de pessoas presentes na sala tem implicação directa no risco de infecção, uma vez que, estas constituem a maior fonte de contaminação no BO, quer a equipa cirúrgica, quer o próprio doente (Pinheiro, 1993). A pele, as mucosas e os órgãos ocultos do doente são reconhecidos como constituindo uma das principais fontes de microorganismos e, de acordo com a exposição à flora do doente e consequente aumento do risco, as cirurgias classificam-se em: limpa, limpa-contaminada, contaminada ou suja. A contaminação pode, também, ser exógena, relacionada com a equipa cirúrgica e com o material ou equipamento utilizado. Assim, as infecções exógenas são evitáveis, uma vez que têm como origem a implantação de microorganismos do exterior através, por exemplo, das mãos dos profissionais ou do material e equipamento contaminado. As mãos contaminadas dos profissionais de saúde são, de facto, o veículo mais comum na transmissão cruzada de IACS (Pina *et al.*, 2010).

Por outro lado, também, o ar condicionado pode ser fonte de contaminação por desenvolvimento de microorganismos patogénicos, devida a falhas na manutenção, como limpeza das grelhas e condutas, substituição dos filtros e exames ambientais, como medição das partículas em suspensão e vigilância microbiológica (AESOP, 2006).

As bactérias podem, assim, chegar, à ferida cirúrgica por contacto e pelo ar. Em relação à contaminação pelo ar, há que ter em atenção que, o número de partículas em suspensão é proporcional ao número de pessoas presentes e ao ritmo do movimento e

esses movimentos favorecem, também, a deslocação do ar e, conseqüentemente, a dispersão das partículas e dos microorganismos em suspensão (Pinheiro, 1993).

A prevenção das IACS deve constituir uma das componentes críticas de qualquer programa de SD. Para o seu controlo e implementação de medidas de prevenção é essencial a identificação dos factores de risco. Estas medidas devem começar com a concepção e funcionamento do BO e abrangem o controlo ambiental, dos medicamentos, da preparação física do doente e dos cuidados com o local de incisão e passa pelos cuidados com a utilização dos materiais e tratamento de dispositivos médicos, pela assepsia e disciplina (Ercole *et al.*, 2011).

Todos os profissionais presentes na sala de cirurgia devem actuar no sentido de garantir um ambiente cirúrgico seguro, regendo-se por valores e normas que determinem um desempenho adequado, estejam ou não a ser observados, desenvolvendo, assim, a sua consciência cirúrgica (AESOP, 2005). O cumprimento dos princípios da técnica asséptica cirúrgica inclui a desinfecção cirúrgica das mãos, o uso de vestuário esterilizado e vestuário próprio para circulação, a utilização de luvas esterilizadas, a colocação de campos cirúrgicos esterilizados e a adequada movimentação da equipa cirúrgica e constituem um conjunto de barreiras à contaminação do campo operatório e da ferida cirúrgica (AESOP, 2006).

Sendo as ILC que geram mais complicações e elevação dos custos do tratamento, a OMS estabeleceu uma meta até 2020 de redução da sua taxa em 25% (Ferraz, 2009) e, de acordo com o *Institute of Health Improvement*, 40 a 60% das ILC são evitáveis, sendo intervenções, como as mencionadas, de eficácia comprovada na sua prevenção, nomeadamente:

- ✓ O uso apropriado de antibióticos profiláticos;
- ✓ A execução de tricotomia apenas quando necessária, o mais próximo possível do momento da cirurgia e com métodos que não lesem a pele;
- ✓ A descontaminação, lavagem, desinfecção e esterilização dos materiais e seu adequado armazenamento depois de esterilizado;
- ✓ O cumprimento de boas práticas relacionadas com as precauções básicas e o isolamento;
- ✓ O controlo ambiental (Pina *et al.*, 2010).

1.4 - RISCOS DE NATUREZA QUÍMICA E TÓXICA

Existem cerca de sete milhões de substâncias químicas registadas a nível mundial, todas são prejudiciais e a sua toxicidade está relacionada com a dose. O seu efeito depende de vários factores, como o tipo e concentração, a frequência, duração e exposição ao agente e a susceptibilidade individual e podem ocasionar efeitos irritantes, anestésicos, sistémicos, mutagénicos, cancerígenos, inflamáveis, explosivos ou corrosivos (Tipple *et al.*, citados por Perdigoto, 2012).

Estas substâncias podem apresentar-se sob a forma líquida, como os derivados do formol, sob a forma gasosa, como o azoto, ou sob a forma sólida, como a cal sodada, e a sua utilização estende-se da cirurgia à desinfecção de superfícies, materiais e equipamentos. Estes podem ser nocivos quando inalados, provocando irritação das mucosas, efeitos mutagénicos ou cancerígenos e por contacto cutâneo, levando à destruição da barreira cutânea (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006).

Os doentes podem ser intolerantes a determinados anti-sépticos ou apresentarem alergias ao látex, a medicamentos ou dispositivos médicos. Assim, neste âmbito, incluem-se, ainda, os riscos relacionados com a administração de medicamentos, fluídos intravenosos e de hemoderivados.

Os anti-sépticos, os desinfetantes e os esterilizantes, como o óxido de etileno, usado na esterilização de materiais termossensíveis, estão associados a reacções alérgicas (AESOP, citada por Perdigoto, 2012). Este último é um gás altamente tóxico e se entrar na corrente sanguínea pode provocar um choque anafilático, pelo que, após a esterilização, os materiais devem ser arejados, para que este seja reduzido a níveis seguros para a sua utilização nos doentes e manipulação pelos profissionais. Relativamente à prevenção dos riscos decorrentes da utilização de anti-sépticos e esterilizantes, deve ser assegurada a tolerância do doente ao anti-séptico, uma vez que a prevenção de reacções alérgicas é fundamental para a sua segurança.

Em relação aos problemas relacionados com a administração de medicamentos, segundo a DGS (2011) estes podem estar relacionados com falhas nos “cinco certos” que lhe são inerentes: doente certo, medicamento certo, dose (quantidade e frequência), hora e via certas. Mas, também, com forma ou apresentação farmacêutica errada, com rótulo ou instruções de administração erradas, contra-indicações, armazenamento desadequado, medicação fora do prazo de validade e ocorrência de reacção adversa medicamentosa.

Segurança do Doente no Bloco Operatório

Os relacionados com a administração de sangue e hemoderivados são basicamente os mesmos: doente errado, sangue ou hemoderivados errados, dose errada, quantidade errada, omissão da administração e efeitos adversos.

Também, o *International Council of Nurses* (ICN) refere que os três tipos mais comuns de erros de medicação são:

- ✓ Erros de omissão, por não administração da medicação prescrita;
- ✓ Dosagem imprópria, por administração do medicamento em dose, concentração ou quantidade diferente da prescrita;
- ✓ Medicação não autorizada, quando é administrada medicação que não está prescrita (OE, 2005a).

No que respeita aos riscos relacionados com os medicamentos, uma análise dos erros pode ajudar a detectar quais os mais propensos à sua ocorrência e introduzir alterações para os reduzir ou prevenir.

Um outro risco, embora raro, a que os doentes estão expostos é a possibilidade de ocorrência de Hipertermia Maligna. É, normalmente, iniciada pelos agentes anestésicos, em doentes com defeito hereditário na membrana do músculo esquelético e ocorrem diversas alterações químicas, que se não forem controladas podem provocar insuficiência renal, lesões neurológicas, coagulação vascular disseminada e enfarte agudo do miocárdio. Esta pode ocorrer na indução ou em qualquer altura da intervenção cirúrgica, apesar de geralmente ocorrer no período imediato à recuperação anestésica (Greig, 1995).

Relativamente aos riscos relacionados com a administração de hemoderivados, os enfermeiros têm um papel determinante na segurança transfusional, dado o seu envolvimento em todo o processo, desde a colheita das amostras para estudos pré-transfusional, passando pelo pedido, transporte e conservação dos componentes e até à sua administração e identificação de reacções adversas à transfusão. O objectivo da hemovigilância é a prevenção de todo o evento indesejável, seja qual for a sua gravidade, decorrente da administração de produtos sanguíneos.

A utilização de produtos químicos, no BO, pode, ainda, conduzir a uma explosão, por decomposição de substâncias ou mistura de gases inflamáveis, a um incêndio por presença de produtos inflamáveis junto de fontes de ignição ou a uma queimadura

química ou pelo frio (UNAIBODE, 2001). Assim, a preparação e a manipulação dos diferentes produtos devem ser efectuadas segundo as instruções do fabricante, em condições adequadas e devem evitar-se exposições desnecessárias e cumprir protocolos. Estes protocolos devem existir, também, para responder, por exemplo, a situações de alergias ao látex e outras já conhecidas, por exemplo a existência de carros equipados com todo o material isento de látex.

1.5 - RISCOS DE NATUREZA FÍSICA AMBIENTAL

Os riscos de natureza física ambiental, no BO, são o ruído, as radiações ionizantes e não ionizantes, as vibrações, a temperatura, a iluminação e a electricidade.

O ruído

O ruído presente no BO é provocado pelos equipamentos aí existentes, como, por exemplo, os alarmes sonoros dos monitores de sinais vitais, dos ventiladores e das bombas infusoras e o produzido pelos aparelhos de aspiração e de ar condicionado e pelos motores eléctricos ou pneumáticos. Também a conversação entre os vários profissionais da equipa e os toques do telefone são fonte importante de ruído.

Estes ruídos podem tornar-se desconfortáveis para doentes e profissionais, constituem uma distracção passível de interromper os cuidados aos doentes, podem ocasionar irritabilidade e fadiga, interferem na concentração e na qualidade da comunicação, reduzindo a sua efectividade e dificultando a compreensão do conteúdo da mensagem e podem potencializar a ocorrência de erros (AORN, 2009; Neto *et al.*, 2010; Pereira *et al.*, 2011).

A prevenção do ruído deve, então, ser iniciada ainda na aquisição e instalação dos equipamentos, devendo-se ter atenção à sua produção de ruído e à possibilidade de regulação do nível sonoro dos seus alarmes e sons de funcionamento. Alguns ruídos não podem ser mudados, mas os níveis sonoros dos alarmes e sons dos aparelhos podem ser regulados para níveis mais silenciosos, se estes o permitirem. Por outro lado, também um comportamento adequado da equipa, no que respeita às conversações entre os elementos, é um factor essencial para a diminuição do ruído, evitando-se o elevar do tom de voz ou a sobreposição de conversas (Neto *et al.*, 2010).

Segurança do Doente no Bloco Operatório

A AORN (2009) encontra-se empenhada em promover um ambiente com ruído controlado para minimizar as distrações e as interrupções e considera que para o conseguir é necessária a colaboração de toda a equipa, no sentido de reduzir o nível de ruído, para permitir um ambiente mais seguro para os doentes e para os elementos da equipa.

As radiações

As radiações ionizantes são geradas, por exemplo, pelo intensificador de imagem. Os principais efeitos são celulares e tecidulares, podendo ir desde uma simples vermelhidão da pele, uma alteração transitória da fórmula do sangue, até a efeitos carcinogénicos sobre alguns órgãos, como a tiróide ou os pulmões. As radiações não ionizantes, como a imagem por ressonância magnética ou o laser, sendo este, a radiação não ionizante mais utilizada em BO. Em consequência da má utilização dos aparelhos pode ocorrer a destruição dos alvos, com carbonização dos tecidos, electrizações ou electrocussões, queimaduras da retina, da córnea, do cristalino e na pele. E o seu mau funcionamento pode provocar um incêndio por sobreaquecimento. Para a prevenção de lesões, devem ser utilizados métodos de protecção dos doentes expostos, por exemplo dispositivos de protecção dos genitais (UNAIBODE, 2001).

As vibrações

As vibrações atingem os profissionais, as estruturas, os doentes e determinados equipamentos sensíveis impedindo o seu adequado funcionamento (Benavides, citado por Faria, 2008).

A temperatura

Deve existir um equilíbrio entre o conforto térmico para a equipa e o risco de hipotermia do doente e ainda a prevenção da proliferação de microorganismos. Para evitar o risco de hipotermia do doente, e para uma humidade de 50%, a temperatura devia estar entre os 24 e os 27° C. Abaixo dos 21° todos os doentes têm hipotermia e entre os 21 e os 24° C um terço destes apresentam hipotermia. Uma vez que a temperatura de conforto para a equipa se situa entre os 20 e os 24° C, pode-se recorrer a

alguns métodos para promover a normotermia do doente (AESOP, 2006). Estes métodos podem ser passivos, reduzindo a perda de calor ou activos, aquecendo a superfície cutânea. Dos métodos passivos fazem parte a utilização de cobertores de algodão, de edredões operatórios ou de invólucros isotérmicos, de campos cirúrgicos, de meias e de toucas, que impedem a exposição da pele à temperatura ambiente da sala. Os métodos activos incluem o uso de sistemas de ar quente forçado, como colchões ou cobertores de ar quente e o aquecimento de fluídos e gases anestésicos.

A iluminação

A má iluminação, em salas de cirurgia e no campo operatório, pode dar origem a consequências graves. Aumenta a fadiga visual e geral e dificulta a visualização do campo operatório pelo cirurgião, da coloração da pele do doente pelo anestesista e de procedimentos minuciosos, como preparação de medicação, pelos enfermeiros (Mendes, referido por Faria, 2008; Neto *et al.*, 2010).

Assim, uma boa iluminação no ambiente de trabalho propicia o aumento da produtividade, melhor qualidade do resultado final, diminuição do número de acidentes e da fadiga visual e geral. A luz da sala de cirurgia deve ser instalada no tecto e ser branca e fluorescente, semelhante à luz do dia, com distribuição uniforme e sem gerar sombras. Desta forma, proporciona-se uma fonte de luz semelhante à luz natural, que diminui a fadiga visual, e permite uma melhor visualização das actividades a efectuar: deve permitir ao cirurgião uma visualização adequada do campo operatório, mesmo em profundidade, e reproduzir fielmente a cor, para que este identifique correctamente os tecidos e o anestesista e os enfermeiros obtenham uma correcta avaliação da coloração da pele e mucosa do doente. Deve, também, ser à prova de faísca, produzir pouco calor e ser facilmente ajustável a qualquer ângulo e posição. Para manter uma boa iluminação deve proceder-se à manutenção das fontes de luz, nomeadamente, proceder à sua limpeza e substituição de lâmpadas danificadas (AESOP, 2006; Neto *et al.*, 2010).

A Electricidade

O principal risco relacionado com a electricidade é a passagem de uma corrente eléctrica pelo corpo, podendo provocar queimaduras, choques ou uma fibrilhação ventricular, que pode culminar numa paragem cardíaca (UNAIBODE, 2001). Por

exemplo, o bisturi eléctrico, transforma a corrente eléctrica numa corrente de alta frequência que percorre o corpo do doente desde o eléctrodo activo (a ponta de corte e coagulação) e um eléctrodo indiferente (placa dispersiva), que a devolve ao gerador (AESOP, 2005). O manuseamento incorrecto pode causar uma electrocussão ou perturbações noutros aparelhos, como no aparelho de monitorização cardio-respiratória (UNAIBODE, 2001).

Todas as salas de cirurgia devem dispor de um sistema de detecção de incidentes eléctricos. A prevenção destes passa pela inspecção e manutenção periódica dos equipamentos e instalações eléctricas, pela existência de tomadas em locais seguros e em número suficiente para evitar utilização de fichas triplas e extensões, pela formação e informação dos utilizadores, pela utilização correcta dos equipamentos e pelo armazenamento dos produtos potencialmente perigosos em locais seguros. Sempre que houver dúvida quanto à segurança de determinado dispositivo eléctrico, por sinais de queda, fios soltos, fichas partidas ou cheiro a queimado, por exemplo, esse não deve ser utilizado até que seja inspeccionado pelos técnicos. Por outro lado, os profissionais devem utilizar calçado próprio de BO, para diminuir a electricidade estática, uma vez que esta pode provocar gestos descontrolados que podem originar acidentes (AESOP, 2006).

O Incêndio

A ocorrência de um incêndio constitui um risco importante, na medida em que a dificuldade de evacuação dos doentes no decurso de uma cirurgia é um problema real. Mesmo num incêndio localizado, as consequências podem ser graves pela difusão do fumo que asfixia e dificulta a visibilidade e pelo pânico do pessoal.

Para a sua prevenção é essencial evitar a utilização de substâncias inflamáveis, porque funcionam como comburente, se forem atingidas por uma faísca de um eléctrodo activo do bisturi ou de uma descarga de electricidade estática. Assim, as soluções utilizadas na desinfeção da pele do doente não podem ser inflamáveis, quando se usam unidades de electrocirurgia. Algumas substâncias, como o éter e a acetona são mesmo proibidas neste contexto, por serem altamente voláteis. Deve ainda existir um programa de prevenção de incêndios, com alternativa para a continuação da intervenção cirúrgica, na impossibilidade desta prosseguir no mesmo local (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006).

2 - ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA E CUIDADOS SEGUROS NO BLOCO OPERATÓRIO

Os cuidados à pessoa, no BO, são prestados por uma equipa multidisciplinar, onde cada elemento desempenha funções específicas e definidas, contribuindo para um objectivo comum que é cuidar com qualidade. O enfermeiro, integrado nesta equipa, cuida da pessoa na sua globalidade, o que significa para essa pessoa, uma garantia de qualidade e segurança dos cuidados prestados (Lourenço, 2004).

Os enfermeiros de BO provinham, originalmente, da enfermaria e eram responsáveis por prestar assistência ao cirurgião. O avanço das técnicas cirúrgicas e o aumento do número de cirurgias efectuadas tornou cada vez mais evidente a necessidade da existência de um meio ambiente asséptico para a sua realização e que os enfermeiros, ao serem solicitados para o BO, ficavam afastados dos seus doentes durante períodos de tempo excessivos, o que se traduziu no aparecimento de um papel de enfermagem “especializada” em operações e a realização destas num recinto fechado (Barker, 1997).

Até há algumas décadas atrás, a função destes enfermeiros era, essencialmente, um papel subordinado ao cirurgião e incluía actividades, muitas vezes, pouco relacionadas com a enfermagem, sendo pouco ou nenhum o contacto com o doente e sua família, durante o período perioperatório (AESOP, 2006).

Desde então, a Enfermagem de BO tem evoluído e abandonou a tradicional intervenção, predominantemente técnica, para adoptar, progressivamente, uma abordagem holística da pessoa doente na satisfação das suas necessidades (Silva *et al.*, 2006), tendo a qualidade dos cuidados melhorado muito, nas últimas décadas, desde o momento em que centrou a sua actuação no doente (AESOP, 2006). A enfermagem desenvolveu, assim, um novo papel associado ao cuidar da pessoa com necessidade de cuidados cirúrgicos e anestésicos: a Enfermagem Perioperatória (Silva *et al.*, 2006).

Diversas organizações de enfermeiros de BO, como a AESOP e a AORN, defendem o conceito de Enfermagem Perioperatória, em substituição do tradicional conceito de Enfermagem de Sala de Operações. Este conceito é mais abrangente, advogando que o

Segurança do Doente no Bloco Operatório

Enfermeiro Perioperatório (EPO) deve cuidar da pessoa, nas três fases da sua experiência cirúrgica – no pré, no intra e no pós-operatório – e deve estar apto a desempenhar as funções de enfermeiro instrumentista, circulante ou de anestesia e na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) (Pinheiro, 1996; AESOP, 2006). No entanto, tendo em conta o contexto do estudo, optámos por focar as três primeiras funções mencionadas.

Segundo a AESOP (2006), a Enfermagem Perioperatória é o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro, que cuida do doente no BO, através de um processo programado, em que ele reconhece as necessidades do doente e lhe presta cuidados, com destreza e segurança e avalia os resultados com eles obtidos. Representa, assim, o conjunto dos conhecimentos, habilidades e atitudes por ele utilizados, correspondendo ao saber, saber fazer e saber estar da especificidade perioperatória, atravessando, transversalmente, as fases pré, intra e pós-operatória da experiência do doente. A aquisição destes saberes e o desenvolvimento de competências nas diferentes funções são fundamentais para a prestação de cuidados de qualidade ao doente, num ambiente seguro.

O BO é uma unidade complexa com grande dinamismo, pelo que lhe está associada a ideia de que é um serviço desgastante, de grande *stress*, quer pelas suas particularidades que exigem muito do enfermeiro, quer pela situação do doente, pelos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, quer, ainda, pelas tecnologias de ponta utilizadas. Além disso, a evolução científica e tecnológica da anestesia e da cirurgia, assim como dos equipamentos exigem que os enfermeiros estejam permanentemente actualizados (Cruz, 2004; AESOP, 2006).

Nos últimos anos, tem-se assistido a uma crescente preocupação dos enfermeiros em melhorar a qualidade dos cuidados que prestam, tendo-se reflectido muito sobre humanização e personalização do atendimento à pessoa cuidada, promovendo a sua segurança e a sua saúde (Silva *et al.*, 2006). Os EPO são, então, responsáveis pela prestação de cuidados individualizados no BO, abrangendo a promoção da saúde, a prevenção e a reabilitação, bem como a adopção de medidas que garantam um ambiente seguro (Ferreira e Magalhães, 2002). Das suas actividades do cuidar, podemos enumerar as relacionadas com a segurança, a prevenção da infecção, o controlo da dor a manutenção da temperatura corporal e a adequação dos posicionamentos cirúrgicos, mas, também, as que se reflectem no doente, na forma como são ajudados a lidar com a

situação que vivenciam, como o estabelecimento de uma relação de ajuda (AESOP, 2006).

Pelo exposto, percebe-se que cuidar no BO implica, necessariamente, uma vertente técnico-científica e uma vertente relacional (Lourenço, 2004). Assim, o EPO deve:

- ✓ Manter um ambiente físico, emocional e psicológico seguro, prevenindo a infecção, promovendo o conforto e prestando apoio à pessoa cuidada;
- ✓ Assegurar a segurança da pessoa a seu cuidado e da equipa;
- ✓ Aplicar os seus conhecimentos técnicos específicos;
- ✓ Avaliar a necessidade de cuidados e prestá-los, segundo o processo de enfermagem;
- ✓ Organizar e gerir os cuidados, tendo em conta os recursos disponíveis;
- ✓ Despistar e actuar em complicações, agindo de forma eficaz em situações inesperadas;
- ✓ Comunicar eficazmente com a pessoa cuidada, família e os outros membros da equipa de saúde;
- ✓ Promover uma abordagem conjunta, com os outros profissionais;
- ✓ Estar consciente das implicações técnicas e legais;
- ✓ Contribuir para padrões elevados de cuidados, em busca da excelência;
- ✓ Compreender a importância da formação e da investigação para o desenvolvimento da enfermagem (AESOP, 2006).

Como anteriormente referido, prestar cuidados perioperatórios é uma actividade de risco. No entanto, este pode ser atenuado com profissionais competentes e treinados, políticas claras de segurança, procedimentos standardizados e um efectivo trabalho de equipa (AESOP, 2006).

Neste sentido, OMS designou, em 2005, o Centro de Colaboração para as Soluções de Segurança do Doente, que operacionalizou os problemas e desafios para a segurança dos cuidados, identificando soluções que foram revistas por especialistas de diferentes áreas em mais de cem países.

Segurança do Doente no Bloco Operatório

São nove as soluções criadas para prevenir os erros em cuidados de saúde, que podem ser utilizadas para reforçar a segurança dos cuidados, em todos os contextos de cuidados, designadamente, no BO:

1. Denominação diferenciada para medicamentos com fonética semelhante e aparência visual;
2. Identificação do doente;
3. Comunicação durante a transferência/passagem do doente;
4. Execução do procedimento correcto no local correcto do corpo;
5. Controlo de soluções concentradas de electrólitos;
6. Assegurar a precisão na medicação na transição de cuidados;
7. Evitar erros nas conexões de cateteres e sondas;
8. Uso único de dispositivos injectáveis;
9. Melhorar a higiene das mãos para prevenir IACS (Fernandes, 2007).

Também, desde 2005, as questões da segurança dos cuidados têm recebido especial atenção da OE, tendo sido, no entanto, em 2006, que a reflexão sobre este assunto colocou no centro da discussão do ciclo de debates do Conselho Juridiscional, a problemática dos “Cuidados Seguros” (Nunes, 2006).

Assim, da adaptação das recomendações dos diversos organismos internacionais, o Conselho Directivo da OE, elencou alguns princípios para a elaboração de sistemas seguros de prestação de cuidados, como:

- ✓ Assumir a SD como prioridade institucional e a garantia de que esta é sentida como uma responsabilidade de todos, o fornecimento de recursos para análise dos erros e a reestruturação dos sistemas;
- ✓ O planeamento de trabalho seguro, o evitar a confiança na memória, a identificação e simplificação de processos-chave e a standardização dos processos de trabalho;
- ✓ A promoção do trabalho de equipa efectivo com treino em equipa, daqueles que devem intervir em equipa;
- ✓ A antecipação do inesperado com adopção de uma abordagem proactiva, analisando as novas tecnologias e os novos processos de prestação de cuidados para detectar

ameaças e adoptar medidas antes que os acidentes ocorram, o planeamento da resposta a acidentes e/ou catástrofes e a produção de indicadores e a melhoria do acesso à informação fiável, atempadamente

- ✓ A criação de um ambiente de aprendizagem permanente, com simulação de situações simuláveis, o encorajamento da participação de ocorrências de erros através de sistemas fiáveis e amigáveis, assegurando a ausência de represálias por essa participação e a implementação de mecanismos de *feedback* e aprendizagem com o erro (Oliveira, 2007).

A OE, enquanto garante da prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade, entendeu também ser relevante, no decurso da preparação e realização do referido ciclo de debates, “Cuidados Seguros”, a elaboração de um enunciado de tomada de posição relativo à perspectiva ética e deontológica da SD. Esta tomada de posição apresenta uma fundamentação assente no enquadramento internacional das preocupações na área da segurança, no princípio da responsabilidade ligada à prevenção e à precaução, nos fundamentos éticos e deontológicos, na reflexão sobre a prática profissional e, ainda, nos resultados desse ciclo de debates (Nunes, 2006; Bettencourt, 2008). Assim, salientou:

- ✓ A opinião da OMS de que a incidência de EA é um desafio para a qualidade dos cuidados, causa sofrimento humano evitável e é instrumento de perda financeira e de custos para os serviços de saúde, revelando-se que a sua prevenção e o desenvolvimento da SD e da qualidade dos cuidados é um importante incremento no desempenho dos sistemas de saúde;
- ✓ A emissão de um parecer conjunto do *European Fórum of National Nursing and Midwifery Association* e da OMS, em que reconhecem o papel crucial dos enfermeiros na segurança das pessoas e sinalizam a falta de cultura de responsabilização, a ausência de relatos de erros cometidos e de problemas encontrados, os riscos de infecção nosocomial e a falta de recursos humanos, como factores que contribuem para diminuir a segurança;
- ✓ O reconhecimento pelo ICN, pela *International Pharmaceutical Federation* e pela *World Medical Association*, da segurança como prioritária nas intervenções dos cuidados de saúde, embora também reconheçam a inevitabilidade do risco de ocorrência de EA, dada a sua complexidade;

Segurança do Doente no Bloco Operatório

- ✓ A opinião do ICN de que a segurança é essencial à qualidade na saúde e nos cuidados de enfermagem e que o seu desenvolvimento envolve medidas tão amplas como o recrutamento, integração e fixação dos profissionais, a melhoria contínua do desempenho, um corpo de conhecimentos focado na segurança da pessoa, as medidas de segurança ambiental e a gestão do risco, que envolve o controlo de infecções, uma prática clínica segura, segurança dos equipamentos e a manutenção de um ambiente de cuidados seguro;
- ✓ O reconhecimento da transmissão de informação pelos enfermeiros aos clientes e familiares, dos aspectos da complementaridade do papel dos enfermeiros, da segurança psicológica das pessoas doentes internadas, da importância da relação enfermeiro-pessoa cuidada e do cumprimento dos deveres na prestação e na gestão são fundamentais na promoção da segurança.

Com base nestes pressupostos, entre outros, a OE (2005), no enunciado de tomada de posição supramencionado, declara que:

1. Os clientes e família têm direito a cuidados seguros;
2. A segurança deve ser uma preocupação fundamental dos profissionais e das organizações de saúde;
3. O exercício de cuidados seguros requer o cumprimento das regras profissionais, técnicas e ético-deontológicas;
4. Os enfermeiros têm o dever de excelência e, consequentemente, de assegurar cuidados em segurança e promover um ambiente seguro. A excelência é uma exigência ética, no direito do melhor cuidado em que a confiança, a competência e a equidade se reforçam. Controlar os riscos que ameaçam a capacidade profissional promove a qualidade dos cuidados;
5. Os enfermeiros agem de acordo com as orientações e os referenciais de práticas recomendadas, participando activamente na identificação, análise e controlo de potenciais riscos;
6. Os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco e análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados;
7. A responsabilidade do enfermeiro associa a capacidade de responder pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, e o sentido projectivo,

por antecipação, acautelando no sentido de prevenir prejuízos futuros, num duplo imperativo a proteger a pessoa e garantir a excelência no exercício;

8. As organizações têm a obrigação ética de proteger a segurança dos clientes, na persecução da sua responsabilidade institucional e de desenvolver uma cultura de responsabilização e não punitiva, valorizando a dimensão formativa;
9. As organizações, os serviços e os profissionais têm a responsabilidade ética de promover e salvaguardar a segurança dos clientes, reduzindo os riscos e prevenindo os EA;
10. Devem ser desenvolvidos programas organizacionais que comuniquem claramente a importância da segurança, incluindo gestão e desenvolvimento dos profissionais, assim como sistemas e processos que promovam a segurança;
11. Deve promover-se um envolvimento activo em investigação, integrando evidências em recomendações para a prática clínica.

Também a Declaração do Luxemburgo sobre a SD, “Segurança Do Doente, Torná-la Uma Realidade”, realizada em Abril de 2005, espelha estas questões, afirmando que o sector da saúde é de alto risco e defendendo que os doentes têm direito a esperar que sejam efectuados todos os esforços para assegurar a sua segurança, enquanto utilizadores dos serviços de saúde (OE, 2005b).

A segurança dos cuidados é uma preocupação dos enfermeiros desde Florence Nightingale (Leite, 2007) e no Código Deontológico do Enfermeiro encontram-se múltiplas referências à SD e dos cuidados prestados ou a aspectos com ela relacionados, nomeadamente, a responsabilização pelas decisões que se toma e pelos actos que se pratica ou delega, o respeito pela integridade biopsicossocial, cultural e espiritual da pessoa, o respeito pela liberdade de opção e consentimento informado, o assegurar a continuidade dos cuidados, a análise regular do trabalho, o reconhecimento de eventuais falhas, a actualização contínua e o assegurar das condições de trabalho (Bettencourt, 2008).

As condições para o exercício profissional estão estreitamente ligadas à segurança dos cuidados de Enfermagem, daí entendermos ser pertinente fazer uma abordagem de algumas questões, como dotações seguras, delegação de funções, continuidade de cuidados, consentimento informado e a LVSC, porque, dos aspectos críticos para

garantir a segurança dos cuidados, são os que nos parecem ter maior relevância no âmbito do estudo efectuado.

2.1 - DOTAÇÕES SEGURAS

O sucesso das intervenções cirúrgicas, que se pode traduzir no alívio da dor dos doentes, na manutenção ou restabelecimento do normal funcionamento do seu organismo ou na eliminação de uma ameaça de vida, depende não só das capacidades da equipa cirúrgica, mas também da adequada afectação dos recursos: número necessário de salas, instalações de apoio adequadas e pessoal médico, de enfermagem e auxiliar, ajustado à organização funcional do trabalho (Serralheiro, 1990).

As práticas de dotações seguras, ou afectação adequada de recursos humanos, significam que está disponível, em todos os momentos, a quantidade adequada de profissionais, com a combinação adequada de níveis de competências, para assegurar que as necessidades de cuidados dos doentes são satisfeitas e que as condições de trabalho seguras estão garantidas, o que se traduz na diminuição da morbilidade e da mortalidade, da ocorrência de EA, menos tempo de permanência no hospital e maior satisfação dos doentes (ICN, 2006).

A gestão de recursos constitui um elemento crítico das organizações que privilegiam a segurança e a qualidade dos cuidados e dotações inadequadas de recursos humanos, nomeadamente de enfermeiros, não concorrem para as garantir (Oliveira, 2006). De facto, o relatório do *Institute of Medicine (To Err is Human: Building a Safer Health System*, de 1999) e alguns estudos em 2002, evidenciam a crescente relação entre a dotação inadequada de enfermeiros e a ocorrência de EA, como quedas, erros de terapêutica, infecções nosocomiais e readmissão de doentes (Bettencourt, 2008).

Por outro lado, a Associação de Enfermagem da Carolina do Norte, mencionada por Oliveira (2007), afirma que as práticas de dotações seguras reflectem a manutenção da qualidade dos cuidados aos doentes, da vida dos profissionais e dos resultados da organização e incorporam a complexidade e intensidade das actividades de enfermagem, os níveis variáveis de preparação, competência e experiência dos enfermeiros. Nas instituições em que se privilegiam as práticas de dotações seguras ficou comprovado que os enfermeiros têm maior satisfação profissional, menores níveis

de *stress* e *burnout*, o que significa um impacto positivo sobre a continuidade e qualidade dos cuidados.

Na realidade há, actualmente, uma melhor compreensão do impacto das dotações de enfermeiros na segurança, morbilidade e mortalidade dos doentes, tendo a investigação demonstrado uma relação positiva entre as dotações adequadas de enfermeiros e os resultados globais de cuidados dos doentes (ICN, 2006).

Neste sentido, a OE recomenda, para garantir a segurança e qualidade dos cuidados de enfermagem e, conseqüentemente, a satisfação dos doentes e profissionais que as equipas de enfermagem sejam dotadas com o número de elementos adequado (Oliveira, 2006). No seu parecer sobre dotação de enfermeiros no BO, a OE (2010) partilha o preconizado pela AESOP (2006), ou seja, em contexto de BO, a existência de três enfermeiros por sala, aptos a assumir qualquer uma das funções, enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista ou enfermeiro de anestesia, é essencial para garantir a segurança e qualidade dos cuidados.

As equipas de BO devem, pois, estar dotadas de enfermeiros suficientes e perfeitamente aptos a desempenhar qualquer uma das funções mencionadas, que abordaremos de seguida. Estas funções devem, no entanto, estar bem definidas, para que cada um saiba, em todo o momento, o que é esperado de si, mas salvaguardando o espírito de equipa e entre-ajuda (Pinto, 1990; AESOP, 2006).

O Enfermeiro Circulante

O enfermeiro circulante tem atribuições específicas de responsabilidade na SD, da equipa cirúrgica e do ambiente, na prevenção da infecção, na gestão organizacional da sala de operações e do risco inerente ao BO (AESOP, 2006).

Segundo as “Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante” da OE (2004), o seu foco de atenção são as necessidades do doente cirúrgico e tem atribuições próprias na redução dos riscos inerentes à natureza dos cuidados no BO, na promoção da SD e profissionais e no suporte necessário à qualidade da cirurgia, no que diz respeito ao ambiente.

A palavra circulante deriva de circular, ou seja, andar em volta. O enfermeiro circulante desenvolve, então, a sua actividade à volta do doente, cuidando dele de forma holística,

Segurança do Doente no Bloco Operatório

desde o seu acolhimento no BO e respondendo às suas necessidades de conforto, comunicação e segurança, mas também, à volta da equipa cirúrgica, prevendo e antecipando-se às suas necessidades, graças aos seus conhecimentos das técnicas cirúrgicas. Para isso, prevê, organiza, utiliza, gere e controla o material e o equipamento para que a cirurgia decorra em segurança, coordenando a actividade na sala e fazendo a ligação com o exterior. (Pinto, 1990; Pinheiro, 1993; AESOP, 2006).

Assim, o enfermeiro circulante zela pela manutenção da cirurgia dentro e fora da sala, numa perspectiva de bom funcionamento, para que nada falte ao enfermeiro instrumentista, ao cirurgião e ajudantes e à equipa de anestesia, assegurando, deste modo, a satisfação das necessidades do doente (Pinto, 1990).

O Enfermeiro de Anestesia

Na área da anestesia espera-se que o enfermeiro mantenha uma observação e vigilância intensivas do doente, despiste sinais e sintomas de complicações e actue em situações de urgência e emergência. A preparação, a experiência adquirida e os conhecimentos do enfermeiro de anestesia são factores de segurança anestésica, uma vez que conduzem a uma actuação atempada e adequada (AESOP, 2006).

De facto, a rápida evolução das técnicas anestésicas e de monitorização dos doentes, que apresentam uma idade média elevada, frequentemente têm patologias associadas e estão polimedicados, exige de toda a equipa, nomeadamente, do enfermeiro de anestesia, uma actuação eficaz e eficiente, proporcionada pela constante actualização dos seus conhecimentos e desenvolvimento de competências nesta área (AESOP, 2006).

O enfermeiro de anestesia acompanha o doente desde a sua entrada até à sua saída do BO e a sua actuação inicia-se na véspera da cirurgia, passa pela preparação de todo o material necessário à anestesia, pelo início e decorrer da anestesia, pelo momento após a cirurgia e pelo final do dia operatório (Pinto, 1990).

Os seus conhecimentos permitem-lhe despistar, evitar e actuar em caso de complicações anestésicas ou de reacções medicamentosas e as suas acções visam a manutenção da permeabilidade da via aérea e de uma adequada ventilação, a vigilância e interpretação dos sinais vitais, a integridade física do doente e o seu apoio psicológico (Pinheiro, 1993).

O Enfermeiro Instrumentista

O enfermeiro instrumentista colabora mais estreitamente com o cirurgião no acto operatório, esperando-se de si uma colaboração responsável e consciente da importância do seu papel (Pinto, 1990). Exerce as suas funções na área protegida da sala de operações e os seus conhecimentos técnicos e cirúrgicos devem permitir-lhe prever e antecipar as necessidades do doente e da equipa cirúrgica. Assim, deve prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação, para que a cirurgia decorra nas condições de segurança adequadas para o doente e para a equipa cirúrgica. Deve, igualmente, observar e transmitir informações e necessidades aos outros elementos e, ainda, manter e fazer manter a técnica asséptica cirúrgica (Pinheiro, 1993; AESOP, 2006).

No final do programa cirúrgico, a equipa de enfermagem, além de deixar a sala pronta a funcionar para o dia seguinte, verifica as condições de limpeza e funcionamento dos instrumentos cirúrgicos, acondiciona-os adequadamente e providencia a sua esterilização, segundo o método apropriado.

2.2 - DIVISÃO E DELEGAÇÃO DE FUNÇÕES

Na opinião de Johnson (1992) melhorar a eficácia da organização e da utilização dos recursos humanos passa pela correcta divisão de funções, o que implica associar as tarefas ao indivíduo melhor qualificado para as efectuar. Na enfermagem é necessária uma análise das actividades que precisam de ser ou não executadas por um enfermeiro, uma vez que, a acumulação de funções tem implicações nos cuidados prestados ao doente.

Esta questão vem já de longa data, por exemplo, um estudo, de Maio de 1990, mencionado pela autora, anteriormente mencionada, mostrou que os enfermeiros despendem uma parte significativa do seu tempo efectuando actividades extra-enfermagem, como por exemplo, repor *stocks* de roupa, limpar equipamentos no fim da cirurgia, trazer e levar equipamento não urgente, preparar material de rotina do BO e atender telefonemas. Também Barker (1997) é da opinião que a aceitação, pelos enfermeiros, de tarefas que podem ser efectuadas por outros elementos da equipa, pode dificultar a sua prestação de cuidados ao doente. No entanto, por vezes, torna-se difícil

Segurança do Doente no Bloco Operatório

identificar quais as actividades fora do âmbito da enfermagem, porque, muitas delas, apesar de não estarem no seu campo de exercício, são inseparáveis deste.

Desta forma, o enfermeiro deve avaliar as necessidades do doente, planear os cuidados e determinar quais as actividades que podem ser delegadas, sendo responsável por uma delegação apropriada e devendo agir no sentido de proteger o doente e tomar medidas adequadas para garantir cuidados seguros.

Entende-se por delegação a transferência para um indivíduo competente, funcionalmente dependente, da autoridade para realizar uma determinada tarefa de enfermagem. Assim, o enfermeiro deve orientar, acompanhar e avaliar a actividade delegada, sendo o responsável por ela, pela avaliação individualizada do doente e das circunstâncias da situação e por ajuizar a competência daquele a quem vai delegar. O enfermeiro delega, então, a tarefa certa, sob as circunstâncias certas, na pessoa certa, com a comunicação e orientação certas e sob supervisão adequada.

E porque os clientes têm direito a cuidados de enfermagem de acordo com os padrões de qualidade para eles preconizados, sempre que uma actividade é delegada, esta deve ser desempenhada de acordo com os mesmos e com os padrões de boas práticas estabelecidos. Nesta perspectiva, o enfermeiro é responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega e deve assegurar a qualidade e a continuidade das actividades que delegar. De salientar que o juízo clínico de enfermagem e o processo de cuidados não são passíveis de delegação (Martins, 2008).

Assim sendo, só dando prioridade às funções inerentes à enfermagem e delegando noutros as que não exigem as suas habilitações, o enfermeiro de BO pode ter disponibilidade para desenvolver o seu papel no cuidar do doente (Tudor, 1994).

2.3 - CONTINUIDADE DE CUIDADOS

Os EPO têm desenvolvido aptidões que lhe permitem garantir a continuidade de cuidados entre os períodos pré, intra e pós-operatório, tais como, a execução da VPOE, o acolhimento do doente no BO, os registos de enfermagem intra-operatórios e a Visita Pós-Operatória (Peixoto *et al.*, 2000).

Os registos de enfermagem são um veículo de comunicação entre enfermeiros, e entre estes e os demais elementos da equipa multidisciplinar, que devem ser elaborados de

modo a promover a individualização e a qualidade dos cuidados. São fundamentais para evidenciar os cuidados prestados, pelo que devem reflectir os cuidados intra-operatórios e proporcionar uma avaliação das respostas dos doentes a esses cuidados. Devem, pois, ser o reflexo da vigilância e monitorização intensiva a que o doente foi submetido e relatar todos os actos de enfermagem executados. Assim, registos ausentes ou insuficientes são um factor de menor qualidade da assistência aos doentes, uma vez que há perda de dados importantes para a elaboração dos Planos de Cuidados (PC) pós-operatórios (Pinheiro, 1991).

Para tal, durante a prestação de cuidados cirúrgicos devem existir instrumentos de registo adequados para os vários momentos, de modo a possibilitar a sua continuidade.

Já em 1990, Costa defendia que o EPO deve executar um PC com o objectivo geral de manter o doente em segurança, evitando perdas de tempo e assegurando que os objectivos e resultados esperados, face aos problemas reais e potenciais de cada doente, são atingidos. Na sua opinião o EPO deve avaliar o doente na VPOE, identificando os diagnósticos de enfermagem e planeando, então, os cuidados a executar de modo a atingir esses objectivos e resultados.

A VPOE é o primeiro elo no processo de cuidados perioperatórios e é essencial para a continuidade dos cuidados. É uma actividade autónoma do EPO e um pressuposto básico no seu desempenho, sendo evidentes os benefícios para o planeamento dos cuidados e para a satisfação das necessidades dos doentes, tendo em vista a humanização dos cuidados (AESOP, 2006). Sem o estabelecimento desta relação prévia à cirurgia, o enfermeiro é um estranho em quem o doente tem de confiar e de ficar à disposição durante o tempo de permanência no BO, pelo que é benéfico, para ambos, a execução da VPOE, pelo enfermeiro que o acolherá (Pinto, 1990).

Idealmente, esse enfermeiro deverá ser o que estará a desempenhar funções de enfermeiro de anestesia, durante a cirurgia desse doente e deve-o visitar antes da cirurgia, preferencialmente na véspera, para se dar a conhecer e para o conhecer, reunindo informação através dos registos no processo, dos colegas da enfermaria e do doente, quando tal for possível, para identificar os seus problemas e estabelecer os diagnósticos de enfermagem, após o que planeia, implementa e avalia os cuidados, concebidos especialmente para aquele doente nos períodos pré, intra e pós-operatório, assegurando a sua continuidade (Barker, 1997; Peixoto *et al.*, 2000; Silva *et al.*, 2006).

O enfermeiro que fez a visita, avaliou o doente e elaborou o PC, deve comunicar aos demais elementos da equipa as informações pertinentes acerca dele e o PC deve estar disponível para consulta durante a cirurgia e, idealmente, deveria, ainda, visitar o doente no pós-operatório, para avaliar os cuidados prestados (AESOP, 2006).

2.4 - INFORMAÇÃO E CONSENTIMENTO

Considera-se consentimento informado a autorização da pessoa para que lhe seja prestado determinado cuidado proposto, após lhe ter sido fornecida a informação necessária sobre o como, o porquê, os resultados pretendidos, para que a pessoa possa decidir com a informação e compreensão para a decisão (Martins, 2008).

De acordo com o Estatuto da OE, o enfermeiro assume o dever de informar o indivíduo (e a família), no que respeita aos cuidados de enfermagem, de respeitar, defender e promover o seu direito ao consentimento informado, de atender com responsabilidade e cuidado todos os seus pedidos de informação ou explicação, em matéria de cuidados de enfermagem e de informar sobre os recursos a que pode ter acesso e forma de os obter. Os enfermeiros têm, assim, o dever de informar os doentes e obter o seu consentimento para a realização de intervenções de enfermagem.

Qualquer intervenção no domínio da saúde apenas pode ser efectuada, após a pessoa ter dado o seu consentimento de forma livre e esclarecida, tendo sido previamente dada a informação adequada e podendo revogá-lo a todo o momento. O enfermeiro que, na sua intervenção interdependente, se aperceba que o doente não prestou o consentimento escrito deve abster-se de intervir, providenciando o cumprimento do processo de obtenção do mesmo, em respeito pelo direito de autodeterminação do doente ou seus representantes legais (Cerdeira, 2008).

2.5 - A LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

Os dados da OMS, relativos a 2008, revelaram a realização de uma cirurgia por cada vinte e cinco pessoas. Morreram dois milhões de pessoas nesses procedimentos e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que metade destas, foram consideradas evitáveis. São números inadmissíveis para o século XXI, pelo que a OMS

em parceria com a Universidade de Harvard, iniciou uma campanha mundial para os reduzir, a Cirurgia Segura Salva Vidas (Ferraz, 2009).

Neste sentido, e com o objectivo de reduzir as taxas de complicações e de mortalidade durante a prestação de cuidados anestésico-cirúrgicos, em Portugal, reforçando as práticas de segurança e promovendo uma melhor comunicação e o trabalho em equipa, a DGS aderiu, em 2010, ao referido programa, estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, da OMS, que consultou enfermeiros, cirurgiões, anestesistas e especialistas em SD e identificou dez objectivos essenciais para a segurança cirúrgica:

1. A equipa operará o doente correcto, no local correcto.
2. A equipa utilizará métodos conhecidos para prevenir danos decorrentes da administração de anestésicos e protegerá o doente da dor.
3. A equipa reconhecerá e preparar-se-á, efectivamente, para o risco de perda da via aérea ou da função respiratória.
4. A equipa reconhecerá e preparar-se-á, efectivamente, para o risco de perda elevada de sangue.
5. A equipa evitará induzir alergias ou reacções adversas a medicamentos conhecidos como sendo um risco significativo para o doente.
6. A equipa usará, consistentemente, métodos conhecidos para diminuir os riscos de infecção no local cirúrgico.
7. A equipa impedirá a retenção inadvertida de instrumentos ou compressas em feridas cirúrgicas.
8. A equipa garantirá a identificação precisa de todos os espécimes cirúrgicos.
9. A equipa comunicará efectivamente e trocará informações críticas sobre o doente, para garantir o decorrer seguro da cirurgia.
10. Os hospitais e sistemas de saúde pública estabelecerão uma rotina de vigilância quanto à capacidade, volume e resultados cirúrgicos.

Estes objectivos encontram-se compilados na LVSC e esta lista divide a cirurgia em três fases, cada uma correspondente a um período específico no seu fluxo normal:

- ✓ Antes da indução anestésica;
- ✓ Antes da incisão cirúrgica (e após a indução);

Segurança do Doente no Bloco Operatório

- ✓ Antes do doente sair da sala de operações (e durante o encerramento da ferida cirúrgica).

As recomendações para a execução da LVSC, expressas no Manual de Implementação (DGS, 2010a), incluem a existência de uma única pessoa responsável pela verificação da lista, designando-se “coordenador da lista de verificação”. Este, em cada fase, deve ter oportunidade de confirmar que a equipa completou as acções chave, antes de prosseguir para a fase seguinte. Se por um lado ter uma única pessoa a coordenar a execução da LVSC é essencial para o seu sucesso, assegurando que as medidas de segurança não são omitidas na pressa de avançar para a etapa seguinte, por outro pode-se estabelecer uma relação antagónica com outros membros da equipa, ao impedi-los de progredir para a fase seguinte, sem o cumprimento da anterior.

Assim, **antes da indução anestésica**, o enfermeiro deve confirmar com o anestesista e, se possível, com o doente, a identidade deste e o seu consentimento para a realização da cirurgia e que o local da cirurgia e o procedimento a realizar são os correctos. Quando a confirmação com o doente ou familiar/tutor é impossível, este passo é ignorado, devendo todos os elementos da equipa estar de acordo.

Nesta fase, deve também verificar se o cirurgião marcou o local da cirurgia, se for caso disso, como nos casos que envolvem lateralidade ou múltiplas estruturas, e rever com o anestesista o risco de aspiração e de hemorragia, a existência de alergias e de dificuldades previsíveis com a via aérea. Os equipamentos anestésicos devem ter sido testados, o oxímetro deve estar colocado no doente, a medicação necessária deve estar preparada e deve ser assegurada a disponibilidade de medicamentos e equipamento de emergência.

Num doente avaliado com via aérea difícil ou risco de aspiração a indução anestésica só se deve iniciar quando o anestesista confirmar que tem equipamento adequado e apoio na indução anestésica e em doentes em que é prevista uma perda de volume de sangue elevada deve existir uma adequada preparação do doente e da equipa para esse evento crítico de forma a atenuar as suas consequências. Nestes casos é altamente recomendável ter duas vias intravenosas asseguradas ou um catéter venoso central colocado e a disponibilidade de reserva de sangue e de fluídos para a ressuscitação. O ideal é o cirurgião também estar presente nesta fase, mas não é essencial para a completar.

Antes da incisão da pele, a equipa deve confirmar que está a realizar a cirurgia correcta, no doente e no local correctos e, quando se justifica, que a profilaxia antitrombótica e antibiótica foi administrada e que os exames imagiológicos e outros necessários estão disponíveis. O cirurgião deve explicitar a existência de passos críticos ou fora da rotina e a duração e perda de sangue previstas, o anestesista deve rever os planos e preocupações específicas para aquele doente e o enfermeiro instrumentista deve verificar o resultado da esterilização dos materiais e a existência de problemas ou preocupações com os equipamentos.

Durante a cirurgia deve existir uma adequada monitorização do doente, um trabalho de equipa eficiente, decisões anestésicas e cirúrgicas competentes, uma técnica cirúrgica meticulosa e uma boa comunicação entre enfermeiros, cirurgiões e anestesistas.

Antes do doente sair da sala e, preferencialmente, antes do encerramento da ferida devem ser contadas as compressas, os instrumentos e os corto-perfurantes. Deve ser verificada a correcta rotulagem dos produtos biológicos ou outros, obtidos na cirurgia e confirmado o procedimento realizado e, também, ser revista a existência de avarias ou problemas de equipamento, as principais necessidades e preocupações com o doente e a informação relevante a transmitir à equipa que vai dar continuidade aos cuidados.

De salientar que, a aplicação da LVSC permite a medição do impacto dos procedimentos cirúrgicos, não traz custos adicionais, melhora a segurança cirúrgica e evita complicações e mortes (DGS, 2010a).

A LVSC é semelhante ao Protocolo Universal (PU) para a prevenção do lado errado, procedimento errado e doente errado, anteriormente proposto pela *Joint Commission on Accreditation of Healthcare Organizations*, em 2003. Este protocolo também divide a cirurgia em três etapas, sendo estas: verificação pré-operatória, marcação do local cirúrgico e *Time Out*, ou seja, os procedimentos a verificar e efectuar antes do início da cirurgia. No entanto, não integra a etapa de conferência no pós-operatório imediato, antes do doente sair da sala, como a LVSC (Vendramini *et al.*, 2010).

PARTE II – ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

A investigação em Enfermagem é a pesquisa sistemática, delineada para desenvolver conhecimentos sobre assuntos de interesse para os enfermeiros, no âmbito da prática, do ensino e da administração. As suas finalidades incluem a identificação, a descrição, a exploração, a explicação, a previsão e o controlo. Dentro destas finalidades, diversos tipos de questões podem ser elaborados, sendo umas questões mais apropriadas à metodologia quantitativa, enquanto para outras, o mais adequado será a metodologia qualitativa (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Segundo os autores consultados, a metodologia de investigação é o acento sistemático do processo de investigação, pelo que se torna imperativo a sua escolha e definição, após estarem delimitados os objectivos do estudo. Através desta, é possível delinear as estratégias, procedimentos e técnicas utilizadas com o intuito de obter as respostas às questões previamente definidas. Apresentamos, em seguida, as escolhas que efectuámos, a nível metodológico.

3 – QUESTÕES DE INVESTIGAÇÃO E OBJECTIVOS DO ESTUDO

As questões de investigação surgem, em muitas situações, da história pessoal ou do contexto social do investigador. A decisão acerca de uma questão concreta depende, em grande medida, dos interesses práticos do investigador e do seu envolvimento em determinado contexto e está ligada à estruturação do campo de estudo. Ao formular as questões, o investigador delimita uma área de interesse específica, que considera essencial, dentro de um campo mais complexo, dirigindo o seu foco de atenção para determinados aspectos e deixando outros, que considera menos importantes, em segundo plano (Flick, 2005).

Do nosso contexto profissional surge-nos o interesse pela SD, que é, sem dúvida, uma preocupação constante para os enfermeiros, espelhando o que Polit, Beck e Hungler (2004) afirmam em relação aos estudos desenvolvidos no âmbito da enfermagem, ou seja, que os enfermeiros estão cada vez mais empenhados em desenvolver conhecimentos sobre problemáticas que beneficiem os doentes e a profissão. Pretendemos, então, com este estudo, obter elementos sobre uma problemática que constitui uma preocupação crescente no âmbito da Enfermagem, bem como da OMS e da população em geral: a SD no BO.

Tendo, então, em conta as nossas preocupações, da prática profissional, desenvolveram-se as seguintes questões de investigação:

- ✓ Quais as práticas de SD no BO que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC conhecem?
- ✓ Quais as práticas de SD no BO, adoptadas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC e quais estão consignadas na LVSC?
- ✓ Que outras práticas de SD, os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC consideram ser necessário implementar no serviço?
- ✓ Qual a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a LVSC?
- ✓ Qual a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC, sobre a segurança dos cuidados que prestam?

Os objectivos, segundo os autores consultados estabelecem as directrizes e as estratégias para o desenvolvimento da acção. Este estudo tem, como objectivos obter elementos que permitam:

- Identificar as práticas de SD no BO, conhecidas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC.
- Conhecer as práticas de SD no BO, adoptadas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC e quais estão consignadas na LVSC.
- Identificar outras práticas de SD que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC consideram ser necessário implementar no serviço.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a LVSC.
- Conhecer a opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a segurança dos cuidados que prestam.

4 – OPÇÕES METODOLÓGICAS

A escolha da metodologia depende das questões colocadas. Os investigadores precisam de identificar e clarificar o foco da pesquisa e, então, escolher o método mais eficaz para responder às perguntas (Streubert e Carpenter, 2002).

Este estudo enquadra-se no domínio da investigação qualitativa e é um estudo do tipo exploratório-descritivo, que, segundo Bogdan e Biklen (1994), permite a obtenção de dados descritivos, através do contacto directo do investigador com o ambiente estudado.

A investigação qualitativa está vocacionada para a análise de casos concretos, nas suas particularidades de tempo e espaço, partindo das manifestações e actividades das pessoas, nos seus contextos próprios, (Flick, 2005), como é o caso do nosso estudo.

São vários os autores que defendem que esta abordagem é a que utiliza métodos capazes de estudar os fenómenos de uma forma holística, contribuindo para a sua compreensão no seu contexto e, nalguns casos, pode ser necessária mais do que uma abordagem qualitativa para se compreender bem o fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002). Na nossa opinião, o nosso estudo reveste-se de características pertencentes a algumas das abordagens qualitativas, mas não se enquadra, especificamente, em nenhuma.

5 – RECOLHA E ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Para efectuar a recolha da informação optámos pelo BOCMF/CPR do CHUC, pela acessibilidade aos participantes e por ser nesse contexto que temos interesse em desenvolver o estudo, dado que lá desempenhamos funções e que a SD que cuidamos é uma nossa preocupação.

Assim, depois de seleccionado o local da recolha de informação realizámos uma série de procedimentos, que nos permitiram o acesso aos nossos informantes. A informação que nos facultaram foi, posteriormente, organizada. Os referidos procedimentos são apresentados em seguida.

5.1 – PROCEDIMENTOS FORMAIS E ÉTICOS

A realização de estudos de investigação pressupõe efectuar, previamente, determinados procedimentos formais e éticos que a possibilitem, pelo que, a 11 de Agosto de 2011 solicitámos, por escrito, autorização (Anexo I) ao Presidente do Conselho de Administração e aprovação da Comissão de Ética da instituição, para a realização do estudo, tendo esta sido recusada em 10 de Outubro de 2011, por falta de documentos, devida a uma informação desactualizada por parte da instituição. Pelo que, em 10 de Novembro de 2011, submetemos o estudo a reapreciação, já com os documentos em falta, tendo sido, então, dada autorização apenas em 19 de Março de 2012.

Após obtenção do parecer favorável da Comissão de Ética e da autorização do Conselho de Administração (Anexo II) e dos Directores de Serviço, contactámos, também, a Enfermeira-Chefe do serviço, a fim de a informar sobre o mesmo.

Antes de dar início a cada entrevista requeremos a participação voluntária e autorização, prestámos esclarecimento acerca do contexto, da natureza e dos objectivos do estudo e garantimos a confidencialidade da informação a cada participante.

Com estes procedimentos foram cumpridos os requisitos formais e éticos defendidos por vários autores, como Polit e Hungler (1995) que referem que o investigador deve evitar a violação dos direitos dos participantes e obter a sua participação voluntária, e

que estes devem ser informados da natureza do estudo e decidir, livremente, sobre a sua participação.

Também Streubert e Carpenter (2002) defendem que os investigadores devem ter em atenção certos princípios quando fazem investigação: os participantes não devem ser prejudicados, respeitando o princípio da **não maleficência**; os investigadores devem obter consentimento informado, sendo a participação do informante voluntária, respeitando o princípio da **autonomia** e devem garantir a confidencialidade e anonimato e tratar os participantes com dignidade e respeito, atendendo aos princípios da **beneficência** e da **justiça**.

No presente estudo, bem como na maioria dos estudos qualitativos, o anonimato não é possível, uma vez que, como relatam os autores acima mencionados, citando Polit e Hungler, conseguimos relacionar cada participante com a informação que este facultou, já que esta foi colhida em entrevista face-a-face, pelo que a fonte dessa informação é nossa conhecida. No entanto, o anonimato, em relação a partes que não as envolvidas na colheita e registo da informação, foi garantido.

5.2 - PARTICIPANTES NO ESTUDO

Os investigadores qualitativos subscrevem a posição de que não se age nas pessoas que integram a investigação, mas que estas são parte activa no estudo. A sua participação activa possibilita uma melhor compreensão das suas experiências e interacções sociais. Os participantes são, portanto, seleccionados, de acordo com a sua experiência, em primeira-mão, da cultura, da interacção social ou do fenómeno em estudo (Streubert e Carpenter, 2002).

A definição prévia da estrutura do grupo de participantes visa a selecção de casos relevantes. A precisão dessa estrutura, do seu conteúdo e da estratégia escolhida, só pode ser garantida pela sua relação com as questões de investigação: quais e quantos casos são precisos para responder às questões colocadas? (Flick, 2005).

Na decisão sobre quais e quantos os participantes a entrevistar, fundamentámo-nos em autores que defendem que, neste tipo de investigação, o número de participantes é uma preocupação menor porque, o que é, realmente, importante é a riqueza da informação e a abrangência e profundidade da realidade estudada.

No nosso estudo, entendemos estudar todos os casos disponíveis. A delimitação de todos os casos possíveis e relevantes, de modo a que todos sejam incluídos no estudo é, segundo Flick (2005), a estratégia de amostra total. Simultaneamente, dado que seleccionámos os participantes baseando-nos no seu conhecimento próprio sobre o fenómeno do nosso interesse, com o intuito de o partilhar, obtivemos uma amostra intencional.

Tendo em conta as questões orientadoras, os objectivos do estudo, a metodologia de investigação e a acessibilidade aos sujeitos, a selecção dos participantes incidiu sobre os enfermeiros que desempenham funções no BOCMF/CPR do CHUC, por esta ser a unidade em que nos é útil e importante estudar o fenómeno, como já referido.

O referido BO situa-se num edifício periférico, do CHUC - Pavilhões de Celas - integrado nos serviços de CMF e de CPR, situando-se no mesmo piso da enfermaria.

Esta unidade está vocacionada para a prestação de cuidados ao doente do foro da CMF e da CPR e está organizado em três salas de cirurgia, duas para intervenções cirúrgicas sob anestesia geral e uma para intervenções sob anestesia local, climatizadas segundo os critérios preconizados de luminosidade, temperatura e humidade e dotadas do equipamento inerente às unidades de cuidados desta natureza.

Entre o corredor da enfermaria e o BO situa-se o *transfer* de doentes, onde é efectuado o acolhimento e a transferência dos doentes a serem operados, para o interior do bloco, e a sua transferência para a enfermaria ou UCPA., após serem operados.

A equipa de enfermagem é, actualmente, constituída por sete elementos que prestam cuidados directos aos doentes e pela enfermeira chefe, que é comum aos serviços.

Após efectuarmos os procedimentos formais e éticos necessários para a realização do estudo, clarificámos os critérios de inclusão dos participantes, que se basearam nos seguintes aspectos: pertencerem a esta equipa de enfermagem e a aceitação livre e espontânea para participarem no estudo.

Deste modo, tendo a equipa de enfermagem sete elementos prestadores de cuidados, o grupo de participantes ficou constituído por cinco, dado que uma enfermeira preferiu não ser entrevistada, por não se sentir confortável a responder a questões sobre este tema. Efectuando uma breve caracterização das participantes, três são enfermeiras graduadas e duas enfermeiras especialistas, com idades compreendidas entre os 41 e os 60 anos. Quanto ao tempo de serviço, este varia entre os 18 e os 30 anos.

5.3 - TÉCNICAS E PROCEDIMENTOS DE COLHEITA DE INFORMAÇÃO

As questões da investigação são pontos de referência para avaliar a adequação dos métodos de colheita de dados. Da sua formulação depende a decisão sobre que métodos devem ser incluídos no estudo (Flick, 2005).

Segundo Streubert e Carpenter (2002) pode ser necessária a utilização de mais do que uma estratégia de colheita de dados, por exemplo, pode haver necessidade de observar os enfermeiros na prática e, também, iniciar entrevistas relacionadas com a prática observada.

Também Laperrière (2003) refere que a colheita de dados por observação pode ser completada, por um processo de questionamento dos agentes da situação observada, ou por qualquer outro método útil para o conhecimento dessa situação.

As técnicas por nós seleccionadas, procuraram não perder de vista os objectivos da investigação e o contexto da realização do estudo, razão pela qual optámos pela entrevista e pela observação directa das práticas, como sugerido pelos autores anteriormente citados, tendo em conta que as práticas só são acessíveis pela observação e que a entrevista apenas dá acesso à sua descrição (Flick, 2005).

A entrevista

A entrevista consiste numa conversa intencional, geralmente, entre duas pessoas com o objectivo de uma obter informações sobre a outra. Em investigação qualitativa, esta apresenta um formato específico, podendo ser utilizada como principal estratégia para colher dados ou, como já referimos, em simultâneo, com a observação participante e outras técnicas. É utilizada para colher dados descritivos, na linguagem do participante, permitindo ao investigador perceber como este interpreta certos aspectos do mundo (Bogdan e Biklen, 1994).

De acordo com estes autores, as entrevistas produzem uma riqueza de dados e palavras, que revelam a perspectiva dos respondentes e podem ser de vários tipos, sendo o seu grau de estruturação o meio mais usual de as diferenciar: estruturadas, semi-estruturadas e não-estruturadas.

Assim, para conhecer a perspectiva dos participantes, procedeu-se à recolha de informação através de entrevista semi-estruturada, tendo-se optado pelo registo escrito e

não pela gravação áudio, como planeado inicialmente, para evitar que se sentissem constrangidos.

A redacção de cada entrevista foi, posteriormente, submetida à leitura e validação do respectivo informante, a fim de garantir o seu rigor, uma vez que, em investigação qualitativa, o rigor é determinado pelos participantes. Estes devem reconhecer que o relatado pelo investigador corresponde à sua experiência (Streubert e Carpenter, 2002; Polit, Beck e Hungler, 2004).

Apesar da entrevista não estruturada ser a técnica mais comum para a colheita de dados em investigação qualitativa, entendemos que, dada a abrangência do tema e os objectivos do estudo, a entrevista semi-estruturada serviria melhor o nosso propósito, uma vez que, ao mesmo tempo que permitia que os participantes se expressassem livremente, delimitava os temas a abordar em cada questão, mantendo assim, o fio condutor da entrevista, de modo a abranger os tópicos a ser abordados e evitando a dispersão (Polit, Beck e Hungler, 2004).

Para facilitar a partilha da informação foi respeitado o momento e o local mais confortável para os participantes, tendo em consideração que, como aconselham Streubert e Carpenter (2002), quanto mais confortável estiver cada participante, mais facilmente revela a informação procurada.

As entrevistas foram, assim, realizadas individualmente, em ambiente calmo, tendo sido iniciadas a 10 de Dezembro de 2012 e concluídas a 6 de Fevereiro de 2013, com uma duração aproximada de 30 minutos, cada.

Para a realização das entrevistas elaborámos um guião (Anexo III) que, segundo Savoie-Zajc (2003) constitui um guia em que o investigador identifica os temas, sub-temas e questões de orientação, com a finalidade de recolher dados pertinentes para a investigação, funcionando como auxiliar de memória para assegurar que os temas pretendidos são abordados.

O nosso guião foi, então, organizado em sete blocos temáticos e foi submetido a um pré-teste a fim de assegurar que estava claro e que era imparcial e útil para colher as informações pretendidas (Polit, Beck e Hungler, 2004).

O primeiro bloco temático destinou-se à legitimação da entrevista e ao estabelecimento de uma relação aberta entre entrevistado e o entrevistador, imprescindível para qualquer entrevista que se queira fidedigna.

O segundo foi relativo a uma breve caracterização dos participantes, quanto à idade e percurso profissional.

No terceiro bloco pretendemos obter os elementos que permitam conhecer as práticas de SD no BO, conhecidas pelos participantes e quais as que adoptam, para a garantir.

No quarto visámos identificar a existência de outras práticas de SD, que os participantes consideram necessário implementar no serviço.

No quinto bloco temático pretendemos conhecer a opinião dos participantes sobre a LVSC.

No sexto bloco objectivámos conhecer a opinião dos participantes sobre a segurança dos cuidados que prestam.

Por último, no sétimo bloco temático, foi facultada a oportunidade dos participantes abordarem qualquer outro aspecto sobre os temas visados.

No final de cada entrevista expressámos os nossos agradecimentos aos participantes pela sua disponibilidade e colaboração.

A Observação Directa das Práticas

Na investigação qualitativa, o estudo deve ser desenvolvido de forma a não corromper o contexto do fenómeno, ou seja, de modo a alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre (Streubert e Carpenter, 2002).

Na pesquisa em enfermagem, a observação tem uma vasta aplicação e os pesquisadores encontram-se numa posição vantajosa para observar, sem reprimir, as actividades e comportamentos da equipa de saúde e dos doentes (Polit, Beck e Hungler, 2004).

O método adequado para a colheita de dados visuais deve ser escolhido de acordo com a questão de investigação, o campo a observar e as pessoas que nele são decisivas (Flick, 2005).

O método por nós adoptado foi **observação participante**, uma vez que o nosso papel de investigador foi combinado com o nosso papel de elemento da equipa do serviço, o que nos fez participar, na vida das pessoas observadas (Carmo e Ferreira, 2002). Por este facto, no que respeita ao acesso ao campo e à negociação do papel a desempenhar, esta questão foi naturalmente ultrapassada, uma vez que pertencemos à equipa.

Deste modo, a nossa familiaridade com a situação em estudo cumpre o objectivo de tornar a nossa presença o menos perturbante possível, prevenindo a alteração do normal desenrolar das acções observadas (Laperrière, 2003).

Dos quatro tipos de observação participante apresentados por Streubert e Carpenter (2002): observador completo, observador como participante, participante como observador e participante completo, identificamos a postura que adoptámos como mais próxima de **observador como participante**, uma vez que, apesar de sermos parte integrante do grupo, em relação ao fenómeno em estudo, a nossa actividade predominante foi observar.

Por outro lado, se tivermos em conta o que Carmo e Ferreira (2002) defendem sobre observação participante, podemos ter-nos aproximado da **observação participante despercebida pelos observados**, uma vez que, para evitar influenciar o comportamento normal dos participantes, estes foram informados e autorizaram ser observados, mas não sabiam quais os momentos em que o estavam a ser, de modo a actuarem o mais próximo do habitual, quanto possível, evitando o efeito de reactividade, descrito por Polit, Beck e Hungler (2004) como a existência de distorções comportamentais devida à presença conhecida do observador. Segundo estes autores, os investigadores nem sempre informam as pessoas que estão a ser observadas, porque o facto de saberem pode gerar comportamentos diferentes, o que prejudicaria a validade das observações.

Na opinião de Laperrière (2003), a observação dissimulada leva uma partilha e compreensão mais intensas do vivido pelos participantes, mas pode levantar problemas éticos, porque os participantes não são informados de que o que fazem ou dizem é colhido para investigação.

Apesar do desconhecimento dos momentos exactos de observação, o facto dos participantes estarem informados de que assim iria ser e tendo-o autorizado, anula a eventual questão deontológica inerente ao estatuto de infiltrado do investigador, resultante do facto de nos encontrarmos num ambiente de acesso condicionado e não num ambiente aberto (Carmo e Ferreira, 2002).

Para evitar influenciar o normal decorrer das actividades, as observações foram, então, efectuadas em situações, em que não estávamos destacados como elementos da equipa da sala em que iriam decorrer, mas em que a nossa presença não denunciasses o nosso objectivo. Este pressuposto acontecia, quando estávamos destacados na sala de cirurgia

com anestesia local, sendo a nossa circulação e presença nas outras salas, uma situação que, normalmente, já ocorria.

A nossa observação foi uma **observação estruturada** e, segundo Polit, Beck e Hungler (2004), uma abordagem para efectuar observação estruturada é a construção de um sistema de categorias, de uma listagem dos comportamentos ou características que devem ser observados e registados. Após o desenvolvimento desse sistema de categorias, o investigador elabora uma lista de verificação, onde regista os fenómenos observados. Assim, na observação das práticas dos participantes utilizou-se uma grelha de observação (Anexo IV) construída com base na LVSC (Anexo V), da qual se extraiu a parte relativa à enfermagem.

A **amostragem de evento** foi o método de amostragem de observação que utilizámos, de modo a obter exemplos representativos dos comportamentos observados. Assim, foram efectuadas cinquenta observações, tendo sido estas executadas de forma aleatória, sendo o único critério de selecção do momento, a oportunidade de serem realizadas, segundo os preceitos antes mencionados, ou seja, não estarmos destacados como elementos da equipa da sala onde se iria efectuar a observação, mas em que a nossa presença não denunciase o nosso objectivo.

5.4. ORGANIZAÇÃO DA INFORMAÇÃO

Uma vez colhida a informação é necessário conferir-lhe uma certa ordem, de modo a facilitar a compreensão do seu significado (Landry, 2003).

Neste sentido, após a realização de todas as entrevistas, procedemos à transcrição das informações obtidas, de modo a não perder dados que mais tarde pudessem ser úteis. No início deste processo optámos por atribuir um número a cada entrevista (de acordo com a ordem de realização) e uma letra - E (de entrevistado). Assim, cada entrevista, foi identificada através do código: E1, E2, E3, E4..., utilizado nas referências de discurso.

Na posse deste material foi, então, necessário organizá-lo de modo a ser possível a sua análise. Para Polit e Hungler (1995) a principal tarefa na organização dos dados é a de elaborar um método de codificação (indexação) do conteúdo, isto é, um mecanismo de ter acesso a partes dos dados, sem que se tenha que reler a totalidade desse conjunto de dados.

Para isso procedemos a uma primeira leitura, seguida de novas leituras mais acuradas, onde destacámos, sublinhando a cores diferentes, as respostas referentes a cada questão. Na fase seguinte efectuámos um processo de codificação das informações contidas nas entrevistas, com base no enquadramento teórico e nos objectivos definidos.

PARTE III – ANÁLISE, APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

As experiências dos participantes são os achados da investigação qualitativa, pelo que é fundamental que essas experiências sejam relatadas segundo a perspectiva de quem as viveu (Streubert e Carpenter, 2002).

A investigação qualitativa trata, fundamentalmente, de dois tipos de dados: os verbais, colhidos em entrevistas ou narrativas e os dados visuais que resultam da aplicação dos métodos de observação. Estes dados são transformados em textos, através da sua transcrição ou registo, e é sobre estes textos que a investigação qualitativa trabalha (Flick, 2005).

Nos capítulos que se seguem expomos os procedimentos de análise que efectuámos e apresentamos e discutimos os nossos achados.

6 - ANÁLISE DOS ACHADOS

O método de análise da informação que utilizámos foi a análise de conteúdo, que consiste num conjunto de técnicas de análise das comunicações, utilizando procedimentos sistemáticos e objectivos de descrição do conteúdo das mensagens (Bardin, 2004). A análise de conteúdo é um procedimento clássico de analisar material textual e uma das suas características é a utilização de categorias, que são aplicadas ao material empírico, tendo como objectivo a redução desse material (Flick, 2005).

Para Bardin (2004) o método das categorias ou análise categorial consiste em classificar os diferentes elementos de significação constitutivos da mensagem (unidades de codificação ou registo) em rubricas significativas, segundo critérios susceptíveis de fazer surgir um sentido e, de modo, a introduzir uma certa ordem na confusão inicial. As unidades de codificação ou registo podem ser a palavra, a frase, etc.

Assim sendo, efectuámos, posteriormente, uma leitura das respostas por questão, tendo sido identificados os elementos do texto que nos permitiram realizar o processo de categorização. Assim, emergiram, *a posteriori*, as categorias, as sub-categorias e as unidades de registo, que foram identificadas com o número de entrevista correspondente.

A construção das nossas unidades de registo foi ditada, não só pelos nossos objectivos mas, sobretudo, pelo material analisado, correspondendo à identificação dos elementos do texto que possuem um sentido completo em si próprios. No presente estudo as unidades de registo são unidades temáticas, pois equivalem a núcleos de sentido, cuja presença e frequência nos permitirão fazer inferências.

Segundo Landry (2003), a análise da significação pode incidir sobre dois tipos de conteúdo, o manifesto e o latente. O primeiro corresponde ao que é dito ou escrito explicitamente no texto, sendo o segundo referente ao implícito, ao não expresso, ao sentido oculto, ou seja, aos elementos simbólicos do material analisado.

O enfoque do presente trabalho incide na análise do conteúdo manifesto, uma vez que, tal como os adeptos deste tipo de análise, consideramos que o material explícito nos veicula a totalidade da significação.

7 - APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS ACHADOS

Uma vez terminada a análise da informação obtida, chegámos à fase de apresentação dos resultados e da sua discussão, à luz das questões de investigação.

De acordo com o preconizado por Fortin (2003), na apresentação dos resultados expomos os que considerámos pertinentes, face às questões de investigação formuladas. Na sua discussão interpretamo-los, de acordo com o tipo de estudo e o enquadramento teórico efectuado, relacionando-os com os resultados de outros trabalhos e respeitando os limites da nossa investigação.

Neste capítulo são apresentados e discutidas as categorias, subcategorias e unidades de registo que emergiram da análise de conteúdo efectuada.

7.1 - PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE CONHECIDAS E ADOPTADAS PELOS ENFERMEIROS

Garantir a SD no BO e prevenir a ocorrência de erros são considerados elementos chave na actuação do EPO (Alfredsdottir e Bjornsdottir, 2008). Também no nosso estudo, os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC assumem esse aspecto como fundamental nos seus cuidados.

Relativamente às práticas de segurança conhecidas pelos entrevistados, foram identificadas as categorias e subcategorias do quadro 1. Pela sua análise podemos identificar que as categorias emergentes se reportam à **segurança psicossocial**, à **segurança física do doente**, à **segurança biológica**, à **segurança química e tóxica** e à **segurança física ambiental**. Os enfermeiros referiram, ainda, como prática para garantir a SD, a LVSC, sendo esta inerente à **segurança cirúrgica**.

Quadro 1 – Práticas de SD conhecidas pelos enfermeiros

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Segurança Psicossocial	✓ A VPOE ✓ Relação com o doente
Segurança Física do Doente	✓ Prevenção de lesões por posicionamento ✓ Prevenção da retenção de objectos no doente ✓ Prevenção de alterações de temperatura do doente ✓ Prevenção de queimaduras ✓ Prevenção de outros riscos físicos
Segurança Biológica	✓ Cuidados com o material cirúrgico ✓ Cuidados com o doente ✓ Comportamento dos profissionais ✓ Controlo ambiental
Segurança Química e Tóxica	✓ Cuidados com o doente ✓ Cuidados com os medicamentos ✓ Cuidados com os hemoderivados
Segurança Física Ambiental	✓ Segurança térmica ✓ Segurança eléctrica ✓ Medidas de controlo ambiental
Segurança Cirúrgica	✓ A LVSC

7.1.1 - Segurança Psicossocial

A qualidade da assistência perioperatória é medida, entre outros aspectos, pela satisfação do doente em relação a diversas situações, como a atenção durante o seu acolhimento no BO, as orientações prestadas, o apoio recebido da equipa de enfermagem, desde a sua chegada ao BO até adormecer, o tempo que os enfermeiros permaneceram ao seu lado na sala de operações e a segurança que demonstram na prestação dos cuidados perioperatórios (Fonseca e Peniche, 2009).

Neste âmbito, os colaboradores referiram, a realização da VPOE e o estabelecimento de relação com o doente, como práticas que se relacionam com a segurança psicossocial deste.

A VPOE

Os colaboradores consideram, a VPOE uma actividade importante para a SD, pois permite conhecer, antecipadamente o doente, colher informação importante para o planeamento e prestação de cuidados, nomeadamente a existência de alergias ou de patologias associadas, bem como para prestar informações claras e objectivas, efectuar ensinamentos oportunos e esclarecer as dúvidas e os receios do doente. Constitui, assim, um instrumento para a SD, a vários níveis, inclusivamente, para a sua segurança psicossocial:

“...E a realização da VPOE, que permite, antecipadamente, conhecer o doente e colher informação, como por exemplo, se tem alergias e/ou patologias associadas.” (E1)

“A realização da VPOE, fornecendo informações claras e objectivas, de forma a esclarecer dúvidas e receios do doente e planejar, da melhor forma, os cuidados a prestar. E realizar ensinamentos oportunos.” (E2)

“...a VPOE, (...) é, sem dúvida, uma medida crucial na segurança do doente!” (E3)

“...Outra coisa (...) é a VPOE.” (E5)

A literatura evidencia que os doentes que recebem orientações sobre o procedimento anestésico-cirúrgico, assimilam melhor a informação quando a terminologia utilizada é acessível, assegurando-lhe tranquilidade e sucesso no tratamento. (Fonseca e Peniche, 2009)

Em diversos estudos, como o de Peixoto *et al.* (2000), o de Ferreira e Magalhães (2002) ou o de Ramos, Almeida e Pinheiro (2003), as opiniões manifestadas quer pelos doentes, quer pelos enfermeiros em relação à VPOE, corroboram as dos colaboradores

no nosso estudo, evidenciando a sua importância para a continuidade, humanização e segurança dos cuidados, bem como os benefícios para o doente, contribuindo para a diminuição da sua ansiedade face à cirurgia, à anestesia e ao contacto com o BO, ajudando a tornar a experiência cirúrgica mais agradável. No estudo de Ramos, Almeida e Pinheiro (2003), os doentes referiram que a visita do EPO os fez sentir mais confiantes face à anestesia e à intervenção cirúrgica e no de Peixoto *et al.* (2000), os enfermeiros identificaram, nos doentes, atitudes e comportamentos positivos face à VPOE, nomeadamente calma e confiança. Assim, a não execução da mesma condiciona o acolhimento do doente no BO e a sua capacidade de resposta à situação que está a viver (Ferreira e Magalhães, 2002).

De salientar que a ocorrência de complicações pós-operatórias acarreta prejuízos físicos e emocionais irreparáveis para o doente (Gebrim *et al.*, 2013) e aumenta o tempo de afastamento do seu trabalho e da sua família (Ercole *et al.*, 2011).

Relação com o doente

Os colaboradores aludiram ao estabelecimento de relação com o doente, mencionando ser importante a empatia, na transmissão de tranquilidade, segurança e confiança no curso da cirurgia. Evidenciaram, também, aspectos como o acolhimento e a prestação de informação e, ainda, a importância desta na diminuição do risco psicológico e emocional do doente.

“Também é importante iniciar uma relação empática com ele, para lhe transmitir segurança e confiança de que tudo vai correr bem. (...) Acolher o doente, observá-lo e conversar com ele (...) e tranquilizá-lo.” (E4)

“A informação prestada ao doente contribui para diminuir o risco psicológico e emocional.” (E5)

Também Fonseca e Peniche (2009) fazem referência a artigos que abordam a importância da humanização da assistência ao doente cirúrgico e sua família, mencionando estratégias como a interação, a orientação e a comunicação, dado que além da competência técnica eles necessitam de apoio emocional. Neste sentido, o enfermeiro, pelo tempo que passa junto do doente, está em condições de observar e intervir para diminuir a sua sensação de medo e ansiedade (alterações emocionais que estão sempre presentes) e estimular e orientar a família quanto à sua participação no restabelecimento do doente. Por outro lado, a visita pós operatória permite avaliar esta

orientação e preparação e, conseqüentemente, a qualidade da assistência de enfermagem.

7.1.2 - Segurança Física do Doente

Os participantes do nosso estudo falaram em práticas relacionadas com a segurança física do doente, nomeadamente a prevenção de lesões por posicionamento (e mobilização), de retenção de objectos no doente, de alterações da temperatura do doente e de queimaduras. Identificaram, ainda, algumas práticas que se enquadram na prevenção de outros riscos físicos, nomeadamente, a vigilância das perdas de fluídos corporais, a verificação da identificação do doente, do local a operar e do procedimento previsto para ele e do seu consentimento, da identificação dos espécimes para análise e do respectivo encaminhamento e, ainda, dos problemas com os materiais e equipamentos necessários aos procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Prevenção de lesões por posicionamento

Em relação à prevenção das lesões por posicionamento, os enfermeiros alertaram para a importância da correcta instalação e do correcto posicionamento do doente na mesa operatória, com especial atenção às zonas de pressão, à segurança dos membros e cabeça e ver a sua condição física e necessidade de ajuda na mobilização, para uma transferência segura para a mesa operatória e para a prevenção de quedas:

“...devidamente instalado e posicionado na mesa operatória...” (E1)

“Assegurar o posicionamento adequado do doente, tendo especial atenção em relação a zonas de pressão e à segurança dos membros e cabeça.” (E2)

“...prevenção de quedas e de zonas de pressão, (...) posicionamentos seguros...” (E3)

“Ver a sua condição física, se necessita de ajuda para a transferência em segurança, para a mesa operatória e ter atenção ao respectivo posicionamento (...).” (E4)

“...atenção às condições físicas e posicionamento do doente no transfer e na mesa operatória, para evitar quedas, por exemplo.” (E5)

Num estudo, de Matos e Piccoli (2004), efectuado em 30 doentes, com a finalidade de verificar a ocorrência do risco para lesão perioperatória por posicionamento, no período transoperatório, este foi identificado em 100% da amostra e Barbosa, Oliva e Neto (2011) no estudo que realizaram, com o objectivo de identificar os factores de risco de lesão por posicionamento em doentes operados, 74% destes apresentaram lesões

cutâneas no final da intervenção cirúrgica. Os factores de risco que identificam foram: escassa utilização de protecções e apoios para o posicionamento, não utilização de equipamento de manutenção da temperatura, tempo de cirurgia prolongado e obesidade.

Vários autores salientam que a diminuição da temperatura corporal, aliada à pressão causada pelo posicionamento, conduzem a hipóxia tecidual, o que favorece o aparecimento de lesões e, diversos estudos sobre diagnósticos de enfermagem no doente cirúrgico, mencionados pelas mesmas autoras, identificaram o risco de lesão por posicionamento como o mais frequente nos doentes avaliados.

Prevenção da retenção de objectos no doente

A contagem de compressas, instrumentos e objectos corto-perfurantes é essencial para evitar a sua retenção dentro do doente e, consequentemente, para a sua segurança. A boa prática implica o envolvimento de toda a equipa, disciplina, colaboração e respeito pela interdependência do desempenho dos vários elementos (AESOP, 2005). A contagem desses *itens*, antes do encerramento das incisões, para que estes não fiquem retidos no doente, foi mencionada pelos participantes:

“Antes do encerramento das incisões, a contagem dos instrumentos cirúrgicos e das agulhas e, quando for pertinente, das compressas também...” (E1)

“Contagem do material usado durante a cirurgia, de preferência antes do encerramento da ferida cirúrgica, por exemplo, compressas, agulhas e pinças.” (E2)

“Assegurar que não ficam objectos estranhos no doente, como instrumentos cirúrgicos de menor dimensão, compressas, agulhas, brocas, parafusos...” (E3)

“Contar as compressas e outros objectos, para que não fiquem no doente, por esquecimento ou distração.” (E4)

A LVSC, também contempla a confirmação de contagens correctas de *itens*, nomeadamente, agulhas, compressas e instrumentos, para cumprir o objectivo preconizado pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente, já mencionado, de impedir a retenção inadvertida de objectos em feridas cirúrgicas.

Prevenção de alterações de temperatura do doente

A prevenção da hipotermia é muito importante para evitar os efeitos nocivos da sua ocorrência na recuperação pós-operatória dos doentes (Poveda *et al.*, 2005). O controlo da temperatura do doente, com a utilização de mantas térmicas de ar quente, a avaliação

da sua temperatura e o controlo da temperatura dos fluídos administrados, foram práticas referidas pelos entrevistados:

“...fazemos o controlo da temperatura do doente (...), mantendo o doente aquecido com mantas de ar quente. (...) avaliamos a temperatura do doente, quando há suspeita de hipo ou hipertermia e, também, o controlo da temperatura dos fluídos administrados, quando se justifica.” (E3)

“Manter o doente aquecido, através do uso de mantas térmicas, por exemplo, as de ar quente.” (E4)

No estudo efectuado por Poveda *et al.* (2005), sobre as evidências disponíveis acerca de métodos de aquecimento utilizados na prevenção da hipotermia no perioperatório, os resultados demonstram que o método mais eficaz é a utilização do cobertor de ar quente, tal como o referido pelos participantes do nosso estudo.

Segundo um estudo de Borms, referido por essas autoras, a hipotermia atinge entre 50 a 90% dos doentes e, segundo a literatura que consultaram, as causas residem na necessidade de manter a sala a uma temperatura confortável para a equipa, conjugada com a nudez dos doentes, a exposição de grande superfície cutânea/mucosa, a duração e o tipo de procedimento cirúrgico, a abertura da cavidade torácica ou abdominal, a perda significativa de fluídos, a utilização de soluções anti-sépticas e de irrigação frias e a inalação de gases anestésicos frios, além do efeito vasodilatador dos anestésicos.

Também, num outro estudo, de Poveda, Galvão e Dantas (2009), com o objectivo de analisar a temperatura intra-operatória dos doentes submetidos a cirurgia electiva, observou-se uma temperatura média dos doentes, à chegada ao BO de 36, 4° C e no final da cirurgia, de 33, 6° C; uma temperatura média da sala, à chegada dos doentes, de 24,6° C e na quarta hora do procedimento, de 22,4° C, tendo ficado demonstrada a correlação entre a temperatura da sala e a ocorrência de hipotermia no doente. Estas autoras relataram que a hipotermia ocorre em 70% dos doentes no período perioperatório, sendo, assim, um EA frequente. Estes resultados apontaram para a necessidade de implementar medidas para a sua prevenção, sendo a actuação do EPO crucial neste campo, a fim de melhorar os cuidados prestados ao doente cirúrgico.

Prevenção de queimaduras

Para prevenir queimaduras no doente, decorrentes da utilização da unidade de electrocirurgia, devem ser seguidas as recomendações, no que diz respeito às características dos equipamentos e à sua utilização, bem como dos eléctrodos activos e

neutros e as normas de verificação e manutenção dos equipamentos e instalações eléctricas, já anteriormente mencionadas (AESOP, 2005). Assim, ainda para a promoção da segurança física do doente, os enfermeiros citaram a colocação do eléctrodo neutro, para evitar o risco de queimaduras, aquando do uso do bisturi eléctrico:

“...a colocação do eléctrodo neutro.” (E1)

“...colocar o elemento neutro.” (E2)

“A colocação do eléctrodo neutro para evitar riscos de queimadura, quando se usa o bisturi eléctrico.” (E4)

“...os cuidados com a colocação da placa neutra e sua adequação ao equipamento a utilizar: mono ou bipolar.” (E3)

O cumprimento das indicações para a colocação do eléctrodo neutro é a principal medida de prevenção de queimaduras. É recomendada a utilização de eléctrodos auto-adesivos de uso único, uma vez que, além de conterem gel condutor, a sua flexibilidade e adesividade, permitem uma melhor aderência à pele e, portanto, conferem maior segurança. Os seus prazos de validade devem ser respeitados, porque as características do gel condutor podem estar alteradas, se fora da validade, o que pode provocar queimaduras no doente. A colocação do eléctrodo neutro deve ser numa zona musculada e bem vascularizada, com a pele íntegra, seca e liberta de pêlos, o mais próxima do local da incisão, quanto possível e, preferencialmente, do lado direito do doente para evitar passagem de corrente pelo músculo cardíaco.

Além da colocação do eléctrodo neutro, existem outras medidas recomendadas para limitar o risco de queimaduras no doente, como a existência de ligação à terra da unidade de electrocirurgia, a sua utilização na potência mínima eficaz e a verificação dos seus alarmes e, também, cuidados com o próprio doente, como evitar o contacto de pele com pele, com metais ou superfícies molhadas (AESOP, 2005).

No estudo que realizaram, Barbosa, Oliva e Neto (2011) evidenciaram um achado que consideraram importante, a ausência de lesões (queimaduras) por colocação incorrecta da placa neutra ou instalações eléctricas desadequadas.

Prevenção de outros riscos físicos

Os inquiridos fizeram referência à prevenção de outros riscos, enquadrados nos riscos físicos, como a prevenção de perda de fluidos corporais, de ocorrência de cirurgia errada, no lado errado, no doente errado, de falta de consentimento informado ou de falhas com espécimes e amostras para análise e nos materiais e equipamentos.

Prevenção de perda de fluídos corporais

A perda de volume sanguíneo é um dos perigos mais comuns dos doentes cirúrgicos, com risco de choque hipovolémico, se a perda for superior a 500 ml (7ml/kg se for uma criança) A fim de prevenir esta ocorrência devem ser tomadas algumas medidas, como a correcção de distúrbios da coagulação conhecidos, a minimização das perdas com uma adequada hemostase (pois diminui o tempo cirúrgico e de recuperação) e estar preparado para a sua possibilidade, em função do volume estimado de perda (OMS, 2009). Os enfermeiros incluíram a vigilância de perda de fluídos corporais nas práticas de SD:

“...vigiar as perdas de fluídos corporais...” (E3)

“...Esta vigilância deve incluir a perda de fluídos corporais.” (E4)

A perda de grande volume de sangue, especialmente, se associada a instabilidade hemodinâmica, tem sido relacionada com maus resultados cirúrgicos, pelo que o controlo da hemorragia e atenuação dos seus efeitos, com fluidoterapia adequada, são componentes importantes dos cuidados intra-operatórios (OMS, 2009). Assim, a vigilância da perda de fluídos, em simultâneo, com a monitorização dos sinais vitais e a existência de acessos venosos permeáveis, ajudam a prevenir a ocorrência de perdas excessivas e das suas consequências. Estas foram, também, práticas de segurança mencionadas pelos inquiridos:

“...a monitorização do doente...” (E1)

“A monitorização do doente... Muito importante! Assegurar acessos venosos permeáveis...” (E2)

“Certificar que os acessos venosos estão permeáveis e fazer a monitorização dos sinais vitais...” (E4)

No Manual de Implementação da LVSC é recomendada uma apropriada monitorização do doente durante a cirurgia e que, em doentes cujo risco de perda de sangue seja

superior à referida, sejam assegurados acessos venosos adequados à situação, o que reflecte a informação prestada pelos inquiridos. Deve igualmente ser confirmada a disponibilidade de hemoderivados e planear o momento da reposição (DGS, 2010a).

Prevenção de erros de identificação do doente, da cirurgia e do local a operar

Os enfermeiros apontaram a identificação correcta do doente, do local cirúrgico e do procedimento e mencionaram a verificação da existência de consentimento informado, como práticas de prevenção de riscos:

“Começando pela identificação do doente, para se saber quem é, pela confirmação da cirurgia para garantir que é a prevista para aquele doente e pela verificação do seu consentimento, se o assinou...” (E1)

“...A confirmação da identidade do doente, do procedimento cirúrgico e do local... e do conhecimento por parte do doente e do seu consentimento informado.” (E2)

“...assegurar a identificação correcta do doente, confirmando com o doente e no processo, o local cirúrgico e o procedimento.” (E3)

“...Proceder à sua identificação, confirmando com ele e no processo para ver se está tudo correcto. Ah! E verificar se o doente foi informado e tem conhecimento sobre o procedimento a que vai ser submetido e se consentiu no mesmo.” (E4)

“Identificação do doente e do local e problema do doente (...) e a intervenção cirúrgica prevista para ele. (...) anula-se o risco de operar algo errado. (...) O consentimento informado, porque há casos em que antes se propunha uma coisa e depois fazia-se tudo” (E5)

A execução da cirurgia no doente errado ou no local errado são dos erros mais típicos no BO, pelo que a correcta identificação do doente, do local e do procedimento são fundamentais para os evitar. Neste sentido, os protocolos para reduzir estes eventos (como o PU e a LVSC) incluem a confirmação da identificação do doente, do tipo e do lado/nível de cirurgia, seguida da sua marcação com tinta estável, quando aplicável (Fragata, 2010). Há relatos internacionais de frequentes ocorrências de cirurgias em locais errados, em órgãos vitais, como o cérebro e o pulmão, além de situações em que foram removidos os órgãos sãos, como rim ou mama, ao doente. Estima-se que, nos Estados Unidos da América, ocorram entre 1500 a 2500 cirurgias no local e/ou no doente errado por ano, tendo sido identificado, numa análise de eventos sentinela, efectuada entre 1995 e 2006, que 13% dos EA se relacionavam com cirurgias em locais errados (OMS, 2009).

Num estudo referenciado por Vendramini *et al.* (2010), efectuado em 28 hospitais americanos com o PU implementado, verificou-se que 62% dos erros estavam

relacionados com o local cirúrgico incorrecto, tendo sido detectados erros de agendamento da sala cirúrgica, múltiplas lesões que não foram todas identificadas ou documentadas e não constavam do termo de consentimento, impressão incorrecta da imagem de ressonância magnética, sendo a imagem impressa para um doente com o mesmo nome do doente a ser operado e anotação incorrecta do local da cirurgia no processo e no termo de consentimento.

A confirmação do conhecimento e do consentimento do doente para a cirurgia é, por isso, essencial para a SD e é um dever inerente à prática deontológica do EPO, bem como um dos *itens* a ser verificado na LVSC.

Prevenção de falhas com espécimes e amostras para análise

Os inquiridos mencionaram, ainda, o acondicionamento, identificação e encaminhamento adequado dos espécimes e amostras:

“O correcto acondicionamento dos espécimes, sua identificação e envio aos respectivos laboratórios.” (E2)

“E também, rotular devidamente as amostras operatórias...”

“A identificação correcta de amostras (...) para estudos anatomo-patológicos e o seu encaminhamento para os respectivos laboratórios.” (E1)

A verificação da correcta identificação e rotulagem dos produtos obtidos na cirurgia, incluindo o nome do doente, a descrição da amostra e as marcas de orientação, é uma das preocupações incluídas na LVSC, uma vez que a rotulagem incorrecta destes é potencialmente calamitosa para o doente e tem sido uma fonte frequente de erros nos laboratórios. Também Fragata (2010) relata que, nos BO, se podem originar erros de diagnóstico por má etiquetagem ou extravio dos produtos para análise.

Existem dados importantes sobre tratamentos e diagnósticos errados relacionados com as amostras cirúrgicas. No entanto há pouca informação sobre a incidência e a natureza dos erros devidos a rotulagem insuficiente ou errada, falta ou insuficiência de informação sobre as amostras, que podem prejudicar os cuidados e a SD. Numa análise de reclamações médico-legais por erros em patologia cirúrgica, 8% eram devidos a erros de rotulagem das amostras. Também num estudo, sobre erros de identificação de amostras, efectuado em 417 instituições, nos Estados Unidos da América, se detectou que 50% eram devidos à rotulagem. Assim, a melhoria da identificação do doente é fundamental para prevenir estes erros, pelo que a equipa deve confirmar que todas as

amostras estão correctamente rotuladas com a identificação do doente e o nome e localização da amostra, local e lado onde foi obtida (OMS, 2009).

Prevenção de falhas com os materiais e equipamentos

Para garantir a SD, também, todos os equipamentos necessários aos cuidados a prestar devem estar disponíveis e em condições de ser utilizados. Neste sentido, os entrevistados mencionaram as suas práticas neste campo:

“Claro que previamente se deve preparar a sala, verificando o funcionamento do equipamento de anestesia e dos equipamentos necessários à cirurgia, como os bisturis eléctricos ou os motores...” (E1)

“Fazer os testes de funcionamento do equipamento de anestesia e dos outros aparelhos e materiais da sala operatória e que são necessários à cirurgia.” (E2)

“A comprovação de que todo o material e equipamento necessário está disponível, preparado e em condições de ser utilizado.” (E4)

“Verifico as condições de segurança dos equipamentos (...) e testo os equipamentos, nomeadamente o ventilador.” (E5)

Segundo as recomendações da AESOP (2005) a verificação do equipamento antes de cada utilização é fundamental para evitar acidentes intra-operatórios. A garantia da inexistência de problemas ou de preocupações com os materiais e equipamentos é, também, abrangida pela LVSC, devendo ser confirmado que os equipamentos estão adequados, disponíveis e funcionantes.

Os equipamentos ou materiais que apresentem falhas ou avarias devem ser identificados e encaminhados aos serviços técnicos para serem reparados antes de se voltarem a utilizar (Grigoletto, Gimenes e Avelar, 2011)

Também Gebrim *et al.* (2013a) relatam que as falhas nas etapas de planeamento e controlo do trabalho da equipa de enfermagem, quanto à previsão, provisão e manutenção de equipamentos, bem como na sua verificação, interferem na SD durante a cirurgia e Ferraz (2009) refere, igualmente, que a falta de manutenção dos equipamentos pode conduzir à ocorrência de erros e de EA.

7.1.3 - Segurança Biológica

Devido à importância da prevenção e controlo da infecção no BO, a AESOP (2005), elaborou e divulgou uma série de “Práticas Recomendadas”, aprovadas pela Comissão

Nacional de Controlo de Infecção e por outras entidades e que foram sendo actualizadas, de acordo com os novos conhecimentos. Essas práticas são relativas à desinfecção cirúrgica das mãos, ao vestuário de BO, ao uso de luvas, à técnica asséptica cirúrgica, à desinfecção do campo operatório, ao tratamento de instrumentos cirúrgicos (e dispositivos médicos), ao uso de desinfectantes e anti-sépticos no BO e ao tratamento de resíduos.

Neste âmbito, os entrevistados referiram práticas que promovem a segurança biológica do doente e constatámos que conhecem várias das preconizadas, tendo mencionado práticas relativas aos cuidados com o material cirúrgico e com os doentes, ao controlo ambiental e ao comportamento dos profissionais.

No estudo que efectuaram com o objectivo de descrever a prática da equipa multidisciplinar na prevenção e controlo da infecção no BO, realizado em 2011 e 2012, Gebrim *et al.* (2013a) consideraram, tal como os participantes do nosso estudo, os aspectos relacionados com o ambiente da sala, com a preparação do doente, com a equipa e com a manutenção da técnica asséptica.

Cuidados com o material cirúrgico

Para prevenir o risco de infecção cirúrgica é fundamental minimizar ou eliminar a contaminação microbiana dos materiais e dispositivos que entram em contacto com os doentes (AESOP, 2005). No que diz respeito aos cuidados com o material cirúrgico, constatámos que os enfermeiros estão familiarizados com eles, tendo abordado a verificação da lavagem, descontaminação, acondicionamento e esterilização dos materiais, como exposto nos seus relatos:

“...e depois de usado e lavado, a verificação dos instrumentos, o seu acondicionamento e esterilização.” (E1)

“E verificar a qualidade da lavagem do material e respectivo acondicionamento para posterior esterilização.” (E2)

“ (...) medidas biológicas para prevenir a infecção (...) limpeza, descontaminação e esterilização de materiais.” (E3)

Segundo a AESOP (2005), a eficácia da desinfecção, térmica ou química, dos materiais depende da conformidade dos procedimentos e é essencial para minimizar o risco de contaminação e infecção. Assim, recomenda que, antes de submeter os materiais a uma desinfecção, estes devem ser rigorosamente limpos e secos, preferencialmente por

processos de lavagem mecânica, constituindo a primeira etapa dos procedimentos de desinfecção e esterilização, convergindo com a informação dos colaboradores do nosso estudo.

Além dos cuidados supramencionados, também, estava presente no discurso dos inquiridos a certificação da adequação da esterilização dos materiais, verificando os indicadores de esterilização, a data de validade e a integridade das embalagens:

“No que diz respeito ao material cirúrgico, a verificação dos indicadores de esterilização antes da sua utilização, para certificar que a esterilização está correcta...”
(E1)

“Confirmação do resultado dos indicadores de esterilização e da data de validade da esterilização dos materiais.” (E2)

“Nos materiais esterilizados deve ser garantida a integridade da embalagem e que os indicadores de esterilização estão bem, antes de serem utilizados no doente.” (E4)

“...verificação dos indicadores de esterilização.” (E5)

Os cuidados mencionados estão de acordo, com a prática recomendada pela AESOP (2005), relativa à manipulação de material esterilizado, que indica que as embalagens devem ser manuseadas cuidadosamente e apenas quando necessário, com mãos limpas e secas, pois a manipulação excessiva e a humidade podem provocar a quebra da sua integridade e, antes de abrir qualquer material para o campo operatório, deve ser verificado o testemunho de esterilização, o prazo de validade e a integridade da embalagem. A abertura das embalagens deve respeitar a técnica asséptica, devendo os materiais ser entregues em mão à instrumentista, evitando a proximidade excessiva da mesa de instrumentos e do campo operatório. A adequação da esterilização dos materiais, incluindo a verificação dos indicadores, é, igualmente, um dos procedimentos a verificar na LVSC.

De salientar que os participantes não fizeram referência aos cuidados com a manipulação e abertura das embalagens.

Cuidados com o doente

Num estudo efectuado por Gebrim *et al.* (2013) em doentes submetidos a cirurgia limpa entre 2008 e 2010, foram avaliados indicadores de processo de prevenção da ILC, com o objectivo de identificar a sua conformidade. Alguns desses indicadores contemplam cuidados com o doente, como o tempo de internamento pré-operatório, o *timing* e o

método de tricotomia utilizado, a assépsia do campo operatório, a toma pré-operatória da profilaxia antibiótica, o controlo térmico e o controlo glicémico em diabéticos.

Também, os cuidados relacionados com o doente, foram mencionados pelos enfermeiros, mas estes apenas evidenciaram a profilaxia antibiótica, indicando que se deve proceder à verificação da administração do antibiótico prescrito/protocolado antes da chegada ao BO e, em caso negativo, fazê-lo no BO:

“A verificação da administração da profilaxia antibiótica...” (E1)

“A profilaxia antibiótica... Verificar se foi executada.” (E2)

“E administrar os antibióticos protocolados.” (E3)

“...Verificar se foi cumprida a profilaxia antibiótica e, no caso de não ter sido e ser necessária, providenciar que seja efectuada.” (E4)

De facto, a administração da dose inicial de antibiótico profilático, por via endovenosa, até 60 minutos antes da incisão é considerada, pelo *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), uma recomendação de categoria IB, o que significa que é uma medida fortemente recomendada, apoiada por estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais e por uma forte fundamentação teórica (Mangram *et al.*, 1999). No entanto, Bratzler *et al.*, mencionados por Pina *et al.* (2010), concluíram, no seu estudo, que apesar da selecção do antibiótico adequado, é difícil conseguir que ele seja administrado dentro do tempo previsto.

De igual modo, a DGS (2010a) salienta que, apesar da forte evidência e vasto consenso de que a profilaxia das ILC com antibiótico é mais eficaz se estes forem administrados até uma hora antes da cirurgia, as equipas cirúrgicas não são consistentes no que respeita à sua administração dentro do período previsto. Assim, a indicação é administrar os antibióticos no BO antes da incisão, nos casos em que não tenham sido, conforme, também, indicaram os nossos inquiridos, e nos casos em que tiverem sido administrados há mais de 60 minutos, a equipa deve considerar a administração de nova dose.

Estas indicações são corroboradas pelos resultados de uma pesquisa realizada nos Países Baixos, mencionada por Gebrim *et al.* (2013a), em que ficou demonstrado que nas artroplastias do joelho, a taxa mais baixa de infecção se associava à administração da antibioterapia profilática, dentro dos 30 minutos antes da incisão. Também, na LVSC, a profilaxia antibiótica, efectuada nos últimos 60 minutos, é um dos *itens* a verificar.

Importa realçar que nenhum dos participantes relatou outros cuidados com o doente, nomeadamente, os cuidados com a higiene do doente ou com o local a operar, como a desinfeção da pele e mucosas do doente ou os cuidados com a execução da tricotomia, sendo estes considerados recomendações 1A, pelo CDC, ou seja, medidas fortemente recomendadas e apoiadas em estudos epidemiológicos, clínicos e experimentais, correspondendo à melhor qualidade de evidência possível (Mangram *et al.*, 1999), nomeadamente, a sua execução apenas quando os pêlos interfiram com o procedimento, o mais próximo possível deste e sem utilizar lâminas. Esta medida é, igualmente, defendida pela AESOP (2005), nas suas práticas recomendadas.

No estudo de Gebrim *et al.* (2013a), cujo objectivo era descrever a prática da equipa multidisciplinar em relação à prevenção e ao controlo da infecção, anteriormente mencionado, a tricotomia foi realizada com lâmina de barbear em todos os doentes observados, o que contraria a prática recomendada. Similarmente, no outro estudo de Gebrim *et al.* (2013), já citado, realizado em 700 doentes, esta inconformidade tinha, também, sido detectada em 100% dos doentes.

Quanto à preparação da pele/mucosas do doente antes da intervenção cirúrgica e à desinfeção adequada do campo operatório, a AESOP (2005) refere que estas têm como objectivo minimizar o risco de infecção, pelo que o rigoroso cumprimento da prática recomendada é fundamental para a sua prevenção. Assim, recomenda uma limpeza da pele/mucosas prévia à aplicação pré-operatória do anti-séptico, para remover sujidades e reduzir a flora transitória, de modo a garantir a eficácia deste. Essa limpeza inclui o banho, na véspera e até duas horas antes da cirurgia.

No estudo de Gebrim *et al.* (2013a), o banho pré-operatório foi realizado em 85% dos doentes e a desinfeção da pele só foi realizada com a técnica preconizada em 23,1% dos casos.

Comportamento dos profissionais

Relativamente aos profissionais, a lavagem e desinfeção das mãos e a utilização de indumentárias apropriadas, incluindo toucas e máscaras e roupa esterilizada pela equipa cirúrgica, todas recomendações de categoria IB, segundo o CDC (Mangram, 1999), foram apontadas pelos entrevistados:

“Lavar e/ou desinfectar as mãos. O uso de vestuário adequado, incluindo toucas e máscaras e roupa esterilizada por parte da equipa cirúrgica.” (E2)

“ Outra medida é a utilização de indumentárias correctas... A lavagem das mãos...” (E5)

A correcta higiene das mãos, no momento apropriado, previne as IACS e promove a SD (Côrte-Real *et al.*, 2013) No que concerne à lavagem das mãos, a recomendação da AESOP (2005) determina que sejam removidos todos os adornos e que as unhas sejam mantidas curtas, limpas e sem verniz. Na desinfecção cirúrgica, e a fim de remover os microorganismos que se alojam na região sub-ungueal, deve proceder-se à escovagem das unhas, com uma escova esterilizada e sob água corrente, na primeira lavagem do dia. É aconselhada a lavagem com sabão simples, para remover sujidades, a flora transitória e parte da flora residente, por acção mecânica, seguida de uma aplicação de uma solução alcoólica, para inibir a proliferação da flora residente, por acção química.

Segundo o CDC as recomendações em relação às unhas e à desinfecção cirúrgica das mãos são de categoria IB e em relação aos adornos e à escovagem são de categoria II, ou seja, medidas de adopção sugeridas e apoiadas em estudos epidemiológicos ou clínicos sugestivos ou numa fundamentação teórica (Mangram *et al.*, 1999).

Num estudo efectuado por Côrte-Real *et al.* (2013), foram observadas 566 práticas de higienização das mãos dos elementos da equipa multidisciplinar, nos cinco momentos preconizados (antes do contacto com o doente, antes de procedimentos assépticos, após risco de exposição a sangue e outros fluídos orgânicos, após o contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente do doente). Os resultados obtidos revelaram uma taxa de adesão à higiene das mãos de 70,1% em 2011 e de 65% em 2012, tendo-se verificado uma maior adesão nos momentos após o risco de exposição a sangue e outros fluídos orgânicos e após o contacto com o doente e uma desvalorização dos momentos antes do contacto com o doente e após contacto com o ambiente envolvente. Estes resultados evidenciaram que os momentos que se relacionam com a protecção dos profissionais foram os que tiveram maior adesão, em detrimento dos que protegem o doente.

Também, Pina *et al.* (2010) relatam que a higienização das mãos é uma acção simples, acessível e rápida e uma das principais medidas para reduzir as IACS. No entanto, e apesar das campanhas mundiais para a sua promoção, a adesão a estas práticas é baixa e, habitualmente, médicos e enfermeiros lavam as mãos menos de metade das vezes que deviam e, quando o tempo é mais restrito e a carga de trabalho maior, a adesão às boas

práticas podem atingir apenas os 10%. Esta situação é corroborada pelo estudo de Gebrim *et al.* (2013a), já citado, em que em 88% das cirurgias havia pelo menos um profissional com adornos, houve baixa adesão dos profissionais à higienização das mãos e falhas na técnica recomendada.

Em relação ao vestuário, este constitui um factor importante no controlo da contaminação do ambiente cirúrgico e a prática recomendada pela AESOP (2005), neste campo, estabelece a utilização de fatos (que não libertem algodão, de 100% algodão ou de tecido não tecido) e calçado específicos e de uso exclusivo em ambiente cirúrgico, toucas ou barretes e máscaras faciais, correctamente colocadas. Qualquer destas peças deve ser mudada, sempre que se encontrem sujas ou molhadas, pois deixam de constituir barreira de protecção. A equipa cirúrgica deve usar batas e luvas esterilizadas para a realização dos procedimentos cirúrgicos, pois constitui uma barreira que evita a transferência de microorganismos entre zonas não estéreis e estéreis.

No estudo de Gebrim *et al.* (2013a), acima referido, em 8,8% dos casos o calçado era inadequado e em 67,6%, a utilização da máscara na área restrita do BO não foi devidamente cumprida. Segundo Pina *et al.* (2010), a utilização de máscara tem o objectivo de proteger os doentes da libertação de partículas com microorganismos, mas também, de proteger o profissional da exposição a gotículas e salpicos.

Controlo ambiental

Segundo a AESOP (2005) todos os presentes na sala de operações têm obrigação de garantir um ambiente cirúrgico seguro. Em termos de controlo ambiental, foi indicado o respeito pelos circuitos de limpos e sujos e a redução do número de pessoas presentes na sala, de modo a diminuir o movimento na sala:

“...Para a prevenção da infecção hospitalar devem ser identificados e respeitados os circuitos de limpos e de sujos. (...) O número de pessoas no BO deve ser reduzido ao necessário para diminuir o movimento na sala.” (E5)

O respeito pelos circuitos de limpos e sujos no BO tem inerente a noção da assépsia progressiva na circulação de pessoas e materiais, separando as áreas restritas e mais limpas, das semi-restritas e mais sujas e, também, a remoção e o tratamento de resíduos, devendo ser efectuada triagem entre os não contaminados, os contaminados e os corto-perfurantes. (UNAIBODE, 2001; AESOP, 2006). No que diz respeito ao número de pessoas presentes na sala, está comprovado que limitar a circulação de pessoas, apenas

às necessárias ao desenrolar da cirurgia, diminui a libertação de partículas portadoras de microrganismos, o que reduz o nível de contaminação do ambiente durante as intervenções cirúrgicas (AESOP, 2005), sendo classificada como recomendação de categoria II, pelo CDC (Mangram *et al.*, 1999).

Os enfermeiros mencionaram, ainda, a limpeza, desinfecção e descontaminação das superfícies e da sala de cirurgia:

“... fazemos controlo ambiental, quer dizer...Adoptamos medidas de desinfecção e limpeza (...)” (E3)

“...que as condições de limpeza e descontaminação das superfícies e da sala de operações são adequadas.” (E4)

O BO é um local onde a limpeza deve ter uma atenção e controlo elevados, devendo ser garantido o respeito pelas normas e técnicas de tratamento de locais e material (UNAIBODE, 2001). A prática recomendada pela AESOP (2005) em relação à higienização das salas de cirurgia inclui o estabelecimento de um protocolo de modo a favorecer a sua execução adequada. Este protocolo deve considerar os diversos momentos aconselhados: antes do início do programa cirúrgico, durante e entre as cirurgias, no final do programa cirúrgico, semanalmente e periodicamente e adequar as manobras de limpeza a cada momento, uma vez que o grau de contaminação é diferente, de acordo com a fase de funcionamento.

O CDC recomenda a limpeza de rotina, entre as cirurgias, das superfícies e equipamentos utilizados na cirurgia, mas não recomenda a sua desinfecção, defendendo que esta apenas seja efectuada na presença de sujidade visível ou contaminação por fluídos orgânicos. Nestes casos, deve ser utilizado um desinfectante aprovado pela Comissão de Controlo da Infecção (Mangram *et al.*, 1999).

7.1.4 - Segurança Química e Tóxica

As práticas inerentes à segurança química e tóxica foram relatadas pelos entrevistados, evidenciando práticas relacionadas com os cuidados com o doente, com os medicamentos e com os hemoderivados.

Cuidados com o doente

Em relação ao doente, os colaboradores focaram o despiste da existência de alergias, nomeadamente, com execução de testes sub-cutâneos:

“Verificar se existem (...) alergias que o doente saiba que tem.” (E2)

“...despiste de alergias, inclusivamente, com testes subcutâneos...” (E3)

“...Saber se o doente tem alergias.” (E4)

A administração de um fármaco ao qual o doente é hipersensível é especialmente perigosa. Esta situação pode ocorrer quando se administra o medicamento correcto a um doente que não tem história prévia de alergias e, nestes casos, a reacção é inevitável. No entanto, também pode envolver erros de administração, apesar da hipersensibilidade ser conhecida, o que pode ser evitado com uma história completa do doente, documentação adequada de registos, boa comunicação entre os elementos da equipa e utilização de listas de verificação para assegurar que as medidas de segurança são efectuadas.

Podem, ainda, ocorrer reacções cruzadas, como por exemplo, um doente que desencadeou uma reacção anafiláctica à penicilina pode reagir de forma semelhante às cefalosporinas ou ao imipenem. Normalmente, a maioria destas reacções são imediatamente evidentes, após a introdução do fármaco por via intravenosa. As causas mais comuns de alergias no período perioperatório são os bloqueantes neuromusculares, os antibióticos, os hipnóticos, os opiáceos e o látex. Por tudo isto, a obtenção da história de alergia e hipersensibilidade deve ser prévia à administração de qualquer medicamento (OMS, 2009).

Também, nos casos de hipersensibilidade/alergia ao látex, a obtenção da história do doente é essencial, salientando-se a necessidade de rastreio pré-operatório em doentes com factores de risco, como os profissionais de saúde ou da indústria do látex, pessoas com alergias alimentares ou reacções em cirurgias anteriores, com o objectivo de confirmar a sensibilização, implementar medidas de evicção e, se indicado, iniciar imunoterapia específica (Gaspar e Faria, 2012). É, também, importante instituir um protocolo perioperatório para prestar assistência a estes doentes, contemplando um ambiente, o mais possível livre de látex e a utilização, sempre que possível, de materiais e equipamentos isentos (Santos, 2008).

A existência de alergias conhecidas é um *item* de verificação da LVSC, no sentido de cumprir um dos objectivos da Aliança Mundial para a Segurança do Doente, no que

respeita à segurança cirúrgica: que a equipa evite a indução de alergias ou reacções adversas a medicamentos conhecidos como sendo um risco significativo para o doente (OMS, 2009).

Cuidados com os medicamentos

Do ponto de vista clínico, os erros medicamentosos podem ser designados pela etapa do processo da utilização do medicamento em que ocorrem. A taxonomia da OMS considera erros de prescrição, dispensa/preparação, administração, armazenamento e monitorização (Júnior *et al.*, 2010).

Em relação aos cuidados com os medicamentos, os enfermeiros indicaram o seu acondicionamento adequado, em níveis apropriados de *stock*, a sua confirmação e dos prazos de validade antes da administração, a sua preparação e identificação correcta nas seringas, respeitando os tempos de exposição e as normas de administração e efectuar os registos e transmitir a informação sobre a medicação administrada, aos colegas:

“Efectuar registos correctos, em especial da medicação administrada. E a transmissão, aos colegas do internamento, das informações sobre os procedimentos efectuados e medicação administrada.” (E1)

“A confirmação de todos os medicamentos (...) E, também, do prazo de validade dos medicamentos. (...) Efectuar os registos (...) e transmitir a terapêutica administrada ao doente, ao enfermeiro do internamento que o acolhe.” (E2)

“...acondicionar adequadamente os medicamentos, com respeito pelos prazos de validade. (...) identificar os fármacos nas seringas, respeitar os tempos de exposição e as normas de administração.” (E3)

“Ter toda a medicação necessária preparada e devidamente identificada.” (E4)

“Verificar o prazo de validade dos medicamentos e se não há falta de fármacos essenciais no BO.” (E5)

Estes cuidados enquadram-se no previsto na LVSC, devendo ser verificado que a preparação da medicação está concluída. De facto, segundo a OMS (2009), citando Cooper e col., a causa mais comum de incidentes no BO é a substituição inadvertida de uma medicação numa seringa cheia, por outra. Assim os incidentes mais comuns são a troca de seringas, mas também ocorrem trocas de ampolas. A existência de ampolas de aparência semelhante, contendo drogas diferentes, armazenadas conjuntamente, aumenta a hipótese de erros. Para evitar estas ocorrências, deve existir um código de cores, evitar rotulagens similares das ampolas e as inscrições nas rotulagens de seringas e ampolas devem ser legíveis.

Os sujeitos do estudo de Fernandes, Silva e Semião (2013) apontam, tal como os nossos colaboradores, as indicações de preparação de medicação e de soluções para administração em perfusão contínua (definição de concentrações *standard*), a identificação dos fármacos, a definição de *stocks* adequados às necessidades dos serviços, o armazenamento e o controlo dos prazos de validade, como algumas medidas que contribuem para a SD.

Têm sido efectuados diversos estudos hospitalares para determinar a frequência dos erros de medicação, a sua natureza e as suas causas (Júnior *et al.*, 2010). No entanto, o estigma relacionado com os erros de medicação e a complexidade dos relatórios e procedimentos foram apontados por Bohomol e Ramos, mencionados por Fernandes e Queirós (2011), como causa para que 40% destes não fossem notificados.

Também Fernandes, Silva e Simeão (2013) relatam que os estudos demonstram que os erros de medicação não são reportados, ou são pouco reportados, por receio de punição e, também, porque colocam em causa a reputação dos serviços. No seu estudo identificaram uma grande valorização dos erros de prescrição, com 82% e de preparação, com 91%, tendo os colaboradores valorizado menos os erros de horário (atrasos nas tomas) e os erros de omissão de tomas.

Noutros estudos mencionados por Júnior *et al.* (2010), os resultados apontaram para que 1% destes erros resultam em dano para os doentes, sendo que 7% dos erros são de prescrição e o mais comum é a prescrição incorrecta da dosagem e os fármacos mais, frequentemente, envolvidos são os antibióticos. Os resultados revelaram, também, que 1 a 2% dos erros ocorridos em doentes internados são de administração, sendo os erros de horário, de omissão de tomas e a administração de medicamentos não autorizados, os mais frequentes. Apontam, ainda a falta de conhecimento sobre o doente e sobre os medicamentos como a causa mais citada dos erros de prescrição e indicam outras condições favorecedoras do erro, como a falta de formação e de experiência dos prescritores, condições inadequadas de trabalho, fadiga e falta de comunicação entre os profissionais de saúde.

Cuidados com os hemoderivados

Como já mencionado, o enfermeiro tem um papel fundamental na segurança transfusional, devendo ter conhecimentos sobre as suas indicações, verificar dados

importantes na prevenção de erros, orientar os doentes sobre a transfusão e detectar, comunicar e actuar em caso de reacções transfusionais (Silva, Sabiá e Brasileiro, 2011).

Em termos de segurança na administração de hemoderivados, os colaboradores relataram que esta deve ser efectuada segundo as normas previstas, nomeadamente: efectuar colheitas de sangue para análises de compatibilidade e classificação, verificar a existência e adequação da reserva de sangue ao doente, confirmando também com o seu processo, confirmar a integridade das embalagens, evitando manipulações desnecessárias, para as proteger das variações de temperatura, administrar os componentes nos *timings* e via adequados e fazer despiste de reacções, com avaliação de sinais vitais no início, durante e no final da transfusão.

“A identificação correcta de amostras de sangue. (...) A verificação (...) da existência de reserva de sangue, quando necessária, e da sua adequação ao doente.” (E1)

“A confirmação de (...) fluidos sanguíneos.” (E2)

“...Confirmar os componentes com o processo do doente, efectuar colheitas de sangue para análises de compatibilidade e classificação, administrar os componentes nos timings e via adequados. Confirmar a integridade das embalagens e evitar que haja manipulações desnecessárias, para evitar que haja variações de temperatura. Fazer despiste de reacções, executando medidas como avaliação de sinais vitais, antes, no meio e após a transfusão.” (E3)

“...Na administração de hemoderivados cumprir as normas previstas, porque é outro factor de risco.” (E5)

No estudo efectuado por Condeço *et al.* (2013), do Sistema Português de Hemovigilância, com o objectivo de identificar a evolução das notificações de reacções adversas, erros e quase erros, relacionados com os hemoderivados, entre 2007 e 2011, detectou-se que houve 55 casos de administração do componente incorrecto, tendo sido a identificação e colheita da amostra pré-transfusional, a fase do processo em que ocorreram mais erros.

Num outro estudo realizado por Escoval *et al.* (2013) com o objectivo de analisar os erros e quase erros dos serviços de sangue dos hospitais e identificar áreas críticas na cadeia transfusional, a fim de definir medidas preventivas e correctivas adequadas, detectaram que em 2010 e 2011 foram notificados 211 quase erros e 72 erros, tendo sido a área clínica, a mais crítica na sua ocorrência. Na maioria dos casos os eventos estavam associados à incorrecta identificação do doente.

Em 47,3% dos casos, os quase erros decorreram durante a colheita e identificação da amostra e 4,0% durante o processo de transfusão. Os erros ocorreram, em 38,5% dos doentes, nas áreas clínicas, durante o processo de transfusão. Os erros mais prevalentes

nas áreas clínicas foram: transfusão da unidade errada no doente errado, administração do grupo ABO errado e colheita incorrecta da amostra. Os quase erros mais prevalentes foram: nome errado no tubo da amostra, colheita incorrecta da amostra e decisão inapropriada de transfusão. Os erros e quase erros sucedidos nos serviços de sangue dos hospitais foram erros de transcrição e etiquetagem e processamento do componente errado. Em 15,3% dos eventos notificados houve consequências para o doente. A maioria destes eventos é prevenível, sendo a formação, o treino e a competência de todos os profissionais envolvidos na cadeia transfusional, uma questão chave na SD, bem como a utilização das novas tecnologias de identificação do doente.

7.1.5 - Segurança Física Ambiental

Uma parte fundamental do desempenho do EPO é, como já mencionado, acautelar a SD e promover as condições ideais do ambiente cirúrgico (AESOP, 2005). Em relação à segurança física ambiental, os enfermeiros citaram práticas relacionadas com a segurança térmica, a segurança eléctrica e medidas de controlo ambiental, no que respeita aos riscos físicos.

Segurança térmica

No contexto dos cuidados cirúrgicos, o controlo da temperatura ambiente é essencial para a SD (AESOP, 2006). Também, os enfermeiros, do nosso estudo, referiram a segurança térmica, tendo mencionado o controlo da temperatura da sala:

“...controlo da temperatura (...) da sala...” (E3)

“ (...) a temperatura da sala seja adequada, porque numas cirurgias deve estar mais frio e noutras não.” (E5)

Como mencionado anteriormente, deve ser encontrada uma temperatura que respeite o equilíbrio entre a prevenção do risco de hipotermia dos doentes e da proliferação de microorganismos e o conforto da equipa cirúrgica (AESOP, 2006).

Segurança eléctrica

No que concerne à segurança eléctrica, os colaboradores identificaram algumas medidas, tendo apontado a verificação eléctrica dos equipamentos e a manutenção e

reparação de equipamentos e acessórios e lembraram, ainda, que se devem evitar sobrecargas eléctricas, ter atenção à ventilação dos aparelhos e evitar a sua colocação sobre outros:

“...a verificação do equipamento do ponto de vista eléctrico...” (E5)

“...ter atenção para evitar sobrecargas. (...) atenção à ventilação dos aparelhos e evitar a colocação de equipamentos em cima de outros. (...) manutenção e reparação de equipamentos e acessórios.” (E3)

De facto, a prevenção de problemas eléctricos relacionados com os aparelhos e equipamentos baseia-se na sua inspecção e manutenção periódica, mas também no cuidado na sua manipulação e utilização, conforme recomendado pela AESOP (2006). Alguns dos cuidados a respeitar na utilização desses equipamentos são, além dos descritos pelos colaboradores, a atenção com os cabos de ligação à fonte de alimentação, que não podem apresentar danos e devem ter comprimento e flexibilidade suficientes para não se utilizarem extensões nem serem conectados com tensão, torções ou nós (AESOP, 2005).

Medidas de controlo ambiental

E em relação ao controlo ambiental, a manutenção de determinadas áreas, como o ar condicionado, candeeiros e outros aspectos ligados à estrutura física, e que possam estar em risco, foi apontada pelos participantes:

“ (...) manutenção do ar condicionado, do ambiente da sala. (...) cuidado com a manutenção de determinadas áreas, por exemplo, os candeeiros e esses aspectos ligados à estrutura física (...) a manutenção das estruturas em risco.” (E3)

“ (...) Manutenção do BO: dos filtros, do ar condicionado.” (E5)

A manutenção de todos os aparelhos, locais e instalações (eléctricas, de gases) tem particular importância, pois estes podem expor os doentes e/ou os profissionais a riscos. Os EPO têm formação que lhes confere capacidade para dar resposta a estas exigências em colaboração com os serviços técnicos das instituições. Também, o tratamento do ar é uma área muito importante no BO pois pode originar uma contaminação, expondo os presentes a problemas de saúde (UNAIBODE, 2001).

Assim, deve existir um controlo da qualidade do ar e este deve ser filtrado, renovado, direccionado e com diferenças de pressão, de acordo com a estrutura física do BO e a humidade deve rondar os 50-55% para evitar que os tecidos expostos do doente

desidratem e para diminuir a electricidade estática das superfícies e do ar (AESOP, 2006).

Foi, ainda, indicada a exaustão dos gases anestésicos e a prevenção da poluição sonora:

“A exaustão de gases (...). Prevenção da poluição sonora, porque quanto mais ruído, maior o risco. (...) o barulho (...) é factor de distracção.” (E5)

No que diz respeito aos gases anestésicos, a AESOP (2005) recomenda que todas as salas operatórias devem possuir um sistema que garanta a sua exaustão, para evitar a sua acumulação no ambiente, diminuindo o nível de toxicidade a que os presentes estão sujeitos. E, embora haja estudos que revelam que são nocivos, em casos de exposição crónica, como no caso dos profissionais do BO, a exposição passageira e de curta duração a que o doente está submetido, durante as cirurgias, não representa um risco à sua segurança.

Em relação à poluição sonora (ruído), derivada de toques de telefone, alarmes e sons próprios dos aparelhos, música de fundo e conversas paralelas, esta dificulta a comunicação e é considerada um factor de distracção, constituindo uma importante ameaça à SD (Pereira *et al.*, 2011). Também a AORN (2009), na sua tomada de posição relativamente ao ruído nos “cenários” perioperatórios, refere que o ruído é uma distracção que interrompe os cuidados e potencializa o risco de ocorrência de erros, sendo o nível deste, nestes locais, segundo estudos efectuados, superior ao recomendado (45 decibéis durante o dia e 35 de noite), tendo aumentado ao longo dos anos, de 57 decibéis em 1960, para 72 em 2005.

7.1.6 - Segurança Cirúrgica

Além das práticas anteriormente indicadas para assegurar a SD, os colaboradores referiram, ainda, a LVSC:

A LVSC

“A utilização da check list...” (E2)

“A implementação da check list...” (E3)

“Ah! E claro! A utilização da check list.” (E4)

“A utilização da check list...” (E5)

Como descrito, a LVSC compila muitas das práticas de SD que os colaboradores mencionaram.

No estudo de Valido (2011) 58,4 % dos participantes conheciam a LVSC. Destes, 57% tinham tomado conhecimento da sua existência através de colegas ou de outros profissionais, 37,2% em reuniões científicas, como congressos, jornadas, seminários ou cursos e apenas 3,5% por documentos oficiais da DGS.

Já no estudo que Maziero (2013) desenvolveu, com o objectivo de analisar a efectivação do Protocolo de Cirurgia Segura no BO de um hospital de ensino no Paraná, apenas 36,4% dos participantes conheciam a LVSC, antes da sua implementação.

Em relação aos conhecimentos sobre as práticas de SD em contexto cirúrgico, os enfermeiros demonstraram ter um conhecimento global das práticas preconizadas e, das que referiram conhecer, afirmam adoptar a generalidade das mencionadas. No entanto, reconhecem que algumas ficam por executar de forma sistemática e que abordaremos em seguida.

7.2 PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE NÃO ADOPTADAS PELOS ENFERMEIROS

Como anteriormente mencionámos, os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC referiram adoptar a generalidade das práticas que declararam conhecer.

De igual modo, no estudo de Valido (2011), sobre a opinião dos profissionais do BO, acerca da SD e da LVSC, anteriormente mencionado, os respondentes, tal como os nossos colaboradores, concordaram, que a SD é de importância vital em ambiente de BO e identificaram vários procedimentos que realizam diariamente com a finalidade de garantir a SD: a confirmação da sua identidade e dos seus dados no processo clínico, a verificação do preenchimento do consentimento informado, a manutenção da técnica asséptica pelos profissionais, o cuidado na mobilização e posicionamento do doente no período intra-operatório, a sua monitorização durante o período perioperatório para despistar complicações, a verificação dos factores ambientais, como temperatura e o controlo do ar, a avaliação e preparação pré-operatória e a transmissão das necessidades do doente a toda a equipa cirúrgica e de informação sobre os procedimentos ou intercorrências na sala de cirurgia aos profissionais, que vão cuidar do doente no pós-operatório. São ainda de opinião que os instrumentos e equipamentos anestésico-

cirúrgicos devem ser manipulados por profissionais qualificados, com conhecimento e formação sobre os mesmos e que deve ser verificada a sua disponibilidade e funcionamento adequado antes da cirurgia.

Contudo, os enfermeiros do nosso estudo assumem que há algumas práticas que não adoptam, de forma sistemática. Assim, da análise dos seus relatos emergiram as categorias e sub-categorias relativas a essas práticas e que constam do quadro 2.

Quadro 2 - Práticas de SD não adoptadas pelos enfermeiros

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Segurança Psicossocial	✓ VPOE
Segurança Física do Doente	✓ Contagem de <i>itens</i> ✓ Verificação do consentimento
Segurança Biológica	✓ Verificação dos indicadores de esterilização
Segurança Cirúrgica	✓ LVSC

7.2.1 - Segurança Psicossocial

Os entrevistados apontaram a execução da VPOE, como uma prática que não adoptam, como evidenciado nos relatos:

“As medidas que referi, (...) excepto a realização da VPOE.” (E1)

“Faço tudo o que referi anteriormente, com algumas excepções. Por exemplo, a VPOE... Ultimamente não se tem realizado.” (E2)

“...a VPOE, isto é, costumávamos realizar, mas ultimamente, não temos disponibilidade de tempo para isso...” (E3)

Relativamente à execução da VPOE, numa revisão da literatura sobre cuidados perioperatórios de enfermagem, efectuada por Fonseca e Peniche (2009), ficaram evidentes, nos artigos que descreviam estudos sobre a VPOE, as dificuldades para a sua realização, nomeadamente, falta de tempo por sobrecarga de atribuições administrativas

e assistenciais, número elevado de doentes para operar e número reduzido de enfermeiros, bem como internamentos de doentes efectuados no próprio dia da cirurgia.

Também, Lourenço (2004) aponta a falta de pessoal e de tempo como limitações para a execução da VPOE e indica, ainda, outras limitações, como o receio de não a efectuar adequadamente, de chocar o doente ou que este recuse a visita.

Analogamente, no serviço onde se realizou o nosso estudo, a falta de tempo é um constrangimento que impede a realização da VPOE, pelo que, os resultados de ambos os estudos convergem com as informações dos nossos entrevistados.

7.2.2 - Segurança Física do Doente

Relativamente à segurança física do doente, os colaboradores referiram não efectuar sempre a contagem de *itens*, nem verificar o consentimento de todos os doentes, para a realização da cirurgia:

“As medidas que referi, (...) excepto a verificação da assinatura do consentimento, (...) a contagem de agulhas no final da cirurgia...” (E1)

“... Não verifico o consentimento do doente. (...) Não faço contagem de compressas nem de agulhas, em cirurgias que penso não se justificar... Nas de maior risco de esquecimento de compressas, como no esvaziamento cervical, são sempre contadas...” (E2)

“Faço grande parte das medidas que referi antes, com algumas excepções... a verificação do conhecimento e consentimento, que nem sempre é feito. (...) Também nem sempre é feita a contagem de compressas e de outros objectos, como agulhas e cortantes, mas nas que consideramos ser mesmo, mesmo indispensável, fazemos...” (E4)

Contagem de *itens*

Segundo Fragata (2010), o esquecimento de corpos estranhos nos doentes são dos erros mais típicos no BO, estimando-se que ocorra 1 evento destes por cada 10 000 cirurgias.

No que respeita à contagem de *itens*, o instrumentista deve controlar todo o material utilizado e alertar a equipa se detectar alguma falta e, esta deve procurar, cuidadosamente, quando o *timing* cirúrgico permitir. Em situações de dúvida, pode-se efectuar uma radiografia de controlo (Schanaider e Manso, 2006). Estes autores referiram a existência de subnotificação de objectos retidos nos doentes, pela exposição do desempenho ineficaz da equipa cirúrgica. Referiram, também, que este evento ocorre em 0,15 a 0,2% dos doentes e que os objectos retidos com mais frequência são

instrumentos cirúrgicos, como tesouras ou pinças; drenos ou tubos; agulhas; fios monofilamentares e compressas, que quando ficam embebidas em sangue se tornam invisíveis.

Análises multivariadas efectuadas, mencionadas por esses autores, revelaram que os factores que aumentam o risco são, por exemplo, as cirurgias de urgência, ocorrência de hemorragias, ajudantes inexperientes e controlo inadequado de material por parte do enfermeiro instrumentista e do circulante.

Verificação do Consentimento

Apesar de se presumir que, quando há procura de cuidados de saúde, existe um consentimento tácito e implícito, decorrente da relação de confiança estabelecida, é defendido que qualquer intervenção de um profissional de saúde só pode ser realizada se a pessoa a quem esta se destina o permitir, através do seu consentimento livre e esclarecido. Este consentimento deve ser voluntário, livre de manipulação ou coação, baseado em informação correcta e que o doente compreenda, e este deve ser competente para tomar decisões e ter capacidade de comunicar o seu desejo.

Assim, para qualquer acto deve ser obtido o consentimento. No entanto, existem situações em que a presunção do consentimento se equipara, legalmente, ao consentimento efectivo, como nas situações de emergência, em que se verifica a incompetência do doente, não se podendo obter o seu consentimento explícito, ou nas situações em que há agravamento da situação do doente, que exige procedimentos sobre os quais não se manifestou, permitindo supor, razoavelmente, que consentiria se conhecesse as circunstâncias em que este é praticado (OE, 2005; Martins, 2008).

7.2.3 - Segurança Biológica

Em relação à segurança biológica, os entrevistados referiram não verificar os indicadores de esterilização, em todas as ocasiões:

“As medidas que referi, excepto (...) a verificação dos indicadores de esterilização... Não verifico os das trouxas de roupa cirúrgica...” (E1)

“...E nem sempre verifico os indicadores de esterilização.” (E2)

A não verificação dos indicadores de esterilização pode conduzir à utilização inadvertida de materiais ou dispositivos, cuja esterilização pode não estar em

conformidade e contraria as recomendações da AESOP (2005) de, antes de ser introduzido qualquer objecto num campo estéril, os testemunhos indicadores do processo de esterilização serem observados.

7.2.4 - Segurança Cirúrgica

No âmbito da segurança cirúrgica, os enfermeiros referiram não utilizar a LVSC, o que contraria as orientações da OMS, da DGS e do Conselho de Administração da instituição:

“ (...) *Também não utilizamos a LVSC...*” (E2)

“...*E não usamos a check list, ou seja, a Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica.*”
(E4)

Também, no estudo de Valido (2011), dos quatro hospitais em que este decorreu, três não tinham a LVSC implementada, tendo um deles iniciado a sua implementação no decurso do estudo, mantendo-se os outros dois sem indicação de data a iniciar.

7.3. PRÁTICAS DE SEGURANÇA DO DOENTE QUE OS ENFERMEIROS CONSIDERAM NECESSÁRIO IMPLEMENTAR NO SERVIÇO

Além das práticas que já adoptam para garantir a SD a quem prestam cuidados, os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC consideraram ser necessário implementar outras práticas no seu serviço.

Na opinião de Sousa (2006), a implementação de soluções para prevenir a ocorrência de situações passíveis de provocar danos nos doentes, através de alterações nas práticas, nos processos e na estrutura da organização é um dos sete passos, anteriormente enumerados, que, segundo a *National Patient Safety Health Agency* do Reino Unido, as organizações deveriam adoptar para melhorar a SD e, consequentemente, a qualidade dos cuidados prestados. De facto, a preocupação dos profissionais e das instituições em minimizar os riscos e a ocorrência de erros em contexto cirúrgico, através da implementação de medidas de prevenção e de normas e protocolos de actuação, tem demonstrado benefícios, nomeadamente, a redução das taxas de complicações e de mortalidade dos doentes operados (DGS, 2010; Valido, 2011).

O CHUC, tal como o hospital mencionado no estudo de Vendramini *et al.* (2010), é um hospital-escola, o que na sua opinião, e na de outros autores, implica uma maior susceptibilidade à ocorrência de erros, sendo necessária a adopção e implementação de medidas para a sua prevenção.

A implementação de medidas visa, entre outros propósitos, interpor barreiras de segurança entre os riscos e os potenciais danos em pessoas e equipamentos e fornecer uma clara orientação de como funcionar de modo seguro (Valido, 2011).

As práticas, que os participantes consideram necessário implementar, podem agrupar-se em **medidas organizacionais** e **medidas individuais**, conforme mostrado no quadro 3, sendo que as primeiras derivam da decisão dos gestores da instituição e outras da sua própria decisão e actuação.

Quadro 3 – Práticas de SD que os enfermeiros consideram necessário implementar no serviço

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Medidas Organizacionais	✓ Dotação segura de recursos humanos ✓ Prevenção da sobrecarga horária e laboral ✓ Adequação das pessoas ao cargo ✓ Formação adequada às necessidades ✓ Implementação da LVSC
Medidas Individuais	✓ Evitar a delegação de funções ✓ Retomar a execução da VPOE ✓ Diminuir distrações, interrupções e ruído ✓ Verificar os indicadores de esterilização ✓ Verificar o consentimento informado ✓ Contar os <i>itens</i> no final da cirurgia

7.3.1 - Medidas Organizacionais

Segundo França, mencionado por Valido (2011), os factores mais frequentes do aumento do risco inerente à prestação de cuidados de saúde são práticas clínicas frágeis, deficiente comunicação entre profissionais, formação insuficiente ou desadequada, insuficiência de protocolos e falta de consideração pela fadiga dos profissionais.

O erro é assim, frequentemente, consequência de organização desadequada, condições inadequadas de trabalho e ausência de apoios tecnológicos, de informação e de recursos humanos (Serranheira, Uva e Sousa, 2010).

Como medidas organizacionais, também, os inquiridos focaram a dotação segura de recursos humanos, a prevenção da sobrecarga horária e laboral, a adequação das pessoas ao cargo, a formação adaptada às necessidades do serviço e dos profissionais e a implementação da LVSC:

“...Ter uma dotação segura, que não temos, é uma medida urgente a implementar... E adequação das pessoas ao cargo. Implementação efectiva da LVSC. Outro aspecto que não depende de nós, mas dos enfermeiros gestores, é evitar sobrecarga de horários, porque não temos substituição, se for necessário prolongar o turno, porque a cirurgia é demorada ou se complica. Ter formação adaptada às necessidades do serviço e individuais...” (E3)

“Ter atenção aos ritmos de trabalho e às pressas, porque o importante é fazer as coisas em segurança.” (E5)

“Sim. (...) adoptar a LVSC...” (E2)

“As que mencionei que não são feitas (...) a aplicação da LVSC...” (E4)

Dotação segura de recursos humanos e prevenção da sobrecarga horária e laboral

A sugestão dos nossos colaboradores de implementar uma dotação segura de recursos humanos e prevenir a sobrecarga horária e laboral enquadra-se no descrito por diversos autores, como Serranheira, Uva e Sousa (2010), que relatam que diversos factores das condições de trabalho, dos quais se destaca a carga de trabalho, contribuem para o aparecimento de fadiga nos profissionais de saúde e que a fadiga resultante de longos períodos de trabalho foi identificada, já há muito tempo, como um problema na prática clínica, sendo que diversos estudos a apontam como uma importante causa de falhas, lapsos, enganos e erros.

Similarmente, no estudo de Alfredsdottir e Bjornsdottir (2008) a fadiga acumulada foi apontada como uma ameaça à SD e estas autoras referem que, no que respeita à enfermagem, a elevada carga de trabalho associada ao aumento das solicitações e redução e/ou incorrecta distribuição dos recursos humanos pelos serviços, conduz, frequentemente, ao aumento da fadiga e da probabilidade de erro.

As condições inadequadas de trabalho, a sobrecarga laboral e a fadiga são, também, apontadas por Ferraz (2009) como factores que aumentam a probabilidade de ocorrência de erros e por Fernandes, Silva e Semião (2013) que indicam o excesso de trabalho como um factor precursor de erros, nomeadamente, de erros de medicação.

Num estudo que Needleman *et al.*, citado por Fernandes e Queirós (2011), efectuaram em 799 hospitais norte-americanos, concluíram que um melhor atendimento e melhores resultados obtidos estavam associados a um maior número de horas de cuidados de enfermagem prestados, o que se relaciona com a existência de uma adequada dotação.

Também no estudo de Alfredsdottir e Bjornsdottir (2008) os participantes referiram que as equipas estão, muitas vezes, desigualmente ou insuficientemente dotadas e apontaram a dotação suficiente e adequada de recursos humanos como essencial à SD e, no estudo de Valido (2011), os enfermeiros referiram que a qualidade dos cuidados depende do seu desempenho que, por sua vez, depende das dotações existentes e que a aquisição e melhoria das suas competências só são possíveis se as dotações forem adequadas.

Também o estudo de Fernandes e Queirós (2011) corrobora estas informações, dado que apenas 41% dos participantes consideraram que a dotação é adequada para dar resposta ao trabalho necessário, sendo que 59% afirma trabalhar em tensão, tentando fazer muito, demasiado depressa e 57% considera que os profissionais trabalham mais horas por turno do que seria desejável. Dos enfermeiros desse estudo, 88% mencionaram a existência de entreaajuda, de respeito, de apoio e de cooperação entre os elementos da equipa, para fazerem face ao excesso de trabalho.

Adequação das pessoas ao cargo

Ao pressuposto da adequação das pessoas ao cargo está inerente o dever de complementaridade e colaboração, sendo que, por vezes, esta é confundida com substituição, o que pode originar um perfil de usurpação de funções (Nunes, 2007).

Segundo Rocha, mencionado por Cordeiro (2009), a adequação das pessoas às funções, de forma a fazer coincidir as actividades a desenvolver com as preferências e características individuais, aumenta o interesse do profissional pelo trabalho e a OMS entende que dar orientações sobre a função de cada profissional e do padrão de uma cirurgia segura às equipas e aos administradores contribui para o seu objectivo de diminuir a mortalidade e a morbilidade cirúrgica (Pancieri *et al.*, 2013).

Um dos exemplos de adequação das pessoas ao cargo é a organização das equipas de enfermagem do BO, em equipas especializadas, que desempenham a sua função, em colaboração estreita com os cirurgiões em cada especialidade. Este tipo de organização é considerada benéfica para a SD, uma vez que os enfermeiros têm capacidades e experiência em cirurgias específicas e detêm conhecimentos avançados em determinada área. Existem determinadas cirurgias que precisam de pessoal especializado e, quando isto acontece, é necessário que esses recursos estejam disponíveis, porque devem estar presentes os enfermeiros com experiência nessas cirurgias (Alfredsdottir e Bjornsdottir, 2008).

Formação adequada às necessidades

Relativamente à formação, esta constitui um elemento determinante da qualidade, dadas as constantes mudanças na saúde, nomeadamente na evolução tecnológica e nos conhecimentos científicos resultantes da investigação (Valido, 2011). De facto, a evolução científica e tecnológica da anestesia e da técnica cirúrgica, assim como dos equipamentos, exige que os EPO se mantenham permanentemente actualizados (Cruz, 2004).

Segundo Figueiredo, citado por Cordeiro (2009), a formação tem como finalidade a preparação de uma pessoa para uma função específica ou o desenvolvimento de competências e qualidades, tendo em vista um determinado propósito e, de acordo com Hesbeen, mencionada pela mesma autora, proporciona a aquisição de novos conhecimentos e o domínio de certas técnicas. No estudo de Valido (2011), as modalidades privilegiadas pelos enfermeiros para actualização de conhecimentos são consultar a literatura especializada em enfermagem, frequentar cursos de formação e partilhar ideias com os colegas.

Na opinião de Pina *et al.* (2010), também, os programas de controlo de infecção devem englobar a formação contínua definida em função das necessidades identificadas, sendo aconselhados programas de formação baseados na evidência científica, que melhorem a adesão dos profissionais às recomendações.

Implementação da LVSC

No Manual de Implementação da LVSC é referido que muitos dos seus passos já são prática de rotina em serviços de todo o mundo, embora, muitas vezes, esta não seja seguida na sua totalidade ou de forma sistemática (DGS, 2010a). Na opinião de Grigoletto, Gimenes e Avelar (2011), cada BO deve praticar com a LVSC e integrar os passos essenciais nela constantes, no seu fluxo normal de trabalho, no sentido de, nele, incorporar a sua utilização, com eficiência e mínima perturbação. Esta lista guia a interacção da equipa, com base na comunicação verbal, com a finalidade de assegurar os padrões de boas práticas em todos os doentes.

Os colaboradores do nosso estudo consideraram que o facto da LVSC não estar implementada constitui uma das fragilidades do serviço em relação à SD, pelo que entendem ser necessária a sua implementação. Similarmente, no estudo de Pancieri *et al.* (2013) 100% dos participantes, afirmaram que gostariam que a LVSC fosse utilizada no BO onde desempenhassem funções e, no estudo de Maziero (2013), 81,8% dos participantes consideram a LVSC extremamente importante, mas 75% manifestaram dificuldade no seu preenchimento. Dos restantes colaboradores, 22, 7% discordam da LVSC.

Não obstante as opiniões contrárias, o facto é que a diminuição da morbilidade e da mortalidade, relacionada com a utilização da LVSC, ficou demonstrada num estudo com 3955 doentes submetidos a intervenções cirúrgicas, realizado em oito hospitais, em oito países de contextos sócio-económicos diferentes, o que demonstra que as normas podem ser implementadas em qualquer parte, em instituições no mundo todo. Este estudo ocorreu entre Outubro de 2007 e Setembro de 2008, no Canadá, Índia, Jordânia, Nova Zelândia, Filipinas, Tanzânia, Inglaterra e Estados Unidos da América e os resultados evidenciaram uma diminuição da taxa de complicações de 11% para 7% e de mortalidade pós-operatória de grandes cirurgias de 1,5% para 0,8% (Ferraz, 2009; Grigoletto, Gimenes e Avelar, 2011; Pancieri *et al.*, 2013)

7.3.2 - Medidas Individuais

Em relação às medidas individuais, os participantes mencionaram que se deve evitar a delegação de funções, retomar a execução da VPOE e diminuir as distrações, interrupções e ruído e foram apontadas a verificação dos indicadores de esterilização e do consentimento informado e a execução de contagem dos *itens*, de forma sistemática:

“Evitar a delegação de aspectos que dizem respeito aos enfermeiros, nas auxiliares de acção médica. Diminuir as interrupções, as distrações e o ruído (...) retomar a VPOE.” (E3)

“Sim, sim... As que não pratico, porque acho que são bastante importantes (verificar consentimento e os indicadores de esterilização, efectuar a contagem de itens e realizar a VPOE).” (E1)

“Sim. Reconheço que deveria cumprir todas as medidas necessárias à segurança do doente, em contexto cirúrgico (a VPOE, a verificação do consentimento e dos indicadores de esterilização, contar agulhas e compressas). Se possível todas, para segurança do doente e dos profissionais de saúde.” (E2)

“As que mencionei que não são feitas (verificação do consentimento, contagem de agulhas e compressas) e outras que, de acordo com cada situação e com cada doente, nos pareçam oportunas.” (E4)

Evitar a delegação de funções

As orientações da OE acerca da delegação não suportam a posição manifestada pelos colaboradores, de evitar a delegação de aspectos relacionados com a enfermagem nas auxiliares de acção médica. Pelo contrário, a OE (2007) defende, na sua Tomada de Posição Sobre Delegação que, sob as apropriadas condições os enfermeiros podem e, até devem, delegar tarefas em profissionais deles dependentes, quando disso dependa a maximização da utilização dos recursos disponíveis, incluindo os recursos humanos.

Neste sentido e, sendo responsável pelas decisões que toma e pelos actos que pratica ou delega, o enfermeiro avalia as necessidades do doente e planeia os cuidados, determinando as tarefas que podem ser delegadas, assegurando a continuidade, a segurança e a qualidade do desempenho dessas tarefas, de modo a não comprometer a qualidade dos cuidados a que o doente tem direito. Assim, o enfermeiro transfere a autoridade de realizar essa tarefa concreta, para um colaborador competente e preparado para a desempenhar e para o assistir (não para o substituir), orientando, avaliando e acompanhando a sua execução.

De salientar que, a delegação é relativa a componentes dos cuidados, isto é, a tarefas, e não ao processo de cuidados ou ao juízo clínico de enfermagem. A inaceitabilidade da

delegação apenas se verifica quando não se sabe se a pessoa a quem se ia delegar tem a preparação necessária (ou quando se sabe que não tem), quando, pela sua natureza, a tarefa não é apropriada para delegação ou quando a delegação é desajustada do nível de dependência do doente, em cuidados de enfermagem.

Retomar a execução da VPOE

Os nossos entrevistados referiram o propósito de retomar a VPOE, dada a sua importância para a SD e para qualidade e adequação dos cuidados prestados, de acordo com as necessidades do doente. Também, na revisão da literatura efectuada por Fonseca e Peniche (2009), já mencionada, ficou evidente a importância da execução da VPOE, nomeadamente, na continuidade dos cuidados, na diminuição da ansiedade do doente e na orientação sobre o processo anestésico-cirúrgico e período pós-operatório, facultada pelo enfermeiro.

À mesma conclusão chegaram Peixoto *et al.* (2000), no estudo que efectuaram para conhecer a concepção de continuidade de cuidados, dos enfermeiros do BO, tendo estes enfatizado a importância da VPOE, para conhecer o doente, identificar problemas e fazer o planeamento individualizado dos cuidados, promovendo a sua continuidade em todo o período perioperatório e, tal como os inquiridos do nosso estudo, valorizam o estabelecimento de uma relação empática, sendo a VPOE, o momento para a iniciar e a sua utilidade para a diminuição da ansiedade do doente e para a transmissão de sentimentos positivos. Da mesma forma Ferreira e Magalhães (2002), na pesquisa que efectuaram, identificaram que os enfermeiros consideram que a implementação da VPOE traz melhorias significativas para a prática de enfermagem e Ramos, Almeida e Pinheiro (2003), concluíram que, apesar das dificuldades com que se deparam para efectuar a VPOE, esta constitui um contributo importante para a humanização e individualização dos cuidados, proporcionando a continuidade dos cuidados perioperatórios.

No entanto, segundo Lourenço (2004), a implementação da VPOE tem dividido as opiniões, enquanto alguns a consideram um estímulo para melhorar a relação entre o enfermeiro e a pessoa cuidada e factor de maior satisfação profissional, para outros é considerada um acréscimo de trabalho. Os colaboradores do nosso estudo consideram-na essencial para a SD, sendo seu objectivo retomar a sua execução, como já indicado.

Dos oito hospitais onde Silva *et al.* (2006) desenvolveram um estudo, com o objectivo de verificar as práticas da equipa de enfermagem dos BO, no que diz respeito ao acolhimento e à VPOE, esta também não era efectuada em cinco deles, estando apenas implementada nos outros três.

Diminuir distrações, interrupções e ruído

No que diz respeito às distrações, interrupções e ruído, Pereira *et al.* (2011) efectuaram um estudo, em salas de cirurgia, com o objectivo de determinar a frequência e identificar as fontes de distrações e/interrupções e avaliar a intensidade de ruído, neste ambiente específico. A distração foi considerada como qualquer desvio de atenção da execução de uma tarefa e/ou responder verbalmente a outra, relacionada ou não com a actividade em execução (por exemplo, responder a uma pergunta do ajudante ou desviar o olhar, brevemente, para ver quem entra ou sai da sala) e a interrupção foi encarada como uma distração que resultou em ruptura na execução da tarefa em curso.

Estes pesquisadores detectaram uma ocorrência elevada de distrações e interrupções, em média 60 durante a cirurgia e o nível de ruído detectado foi elevado. Os factores envolvidos, mais vezes, foram as entradas e saídas da sala de cirurgia, os alarmes dos equipamentos, as conversas paralelas e os toques de telefones. Durante a avaliação dos resultados, observaram que, apesar desses factores serem muito frequentes, não provocam interrupções na actividade da equipa cirúrgica, enquanto outros, menos comuns, como falhas no equipamento ou falta de material necessário, geram muitas interrupções, algumas prolongadas. No que respeita ao ruído, para que haja uma boa inteligibilidade da fala foi determinado que o nível de ruído aceitável deve ser de 56 decibéis, tendo sido, no entanto, detectada uma média de 85 decibéis, na sala de cirurgia, o que pode causar dificuldades de comunicação na equipa cirúrgica.

Os autores desse estudo referem que os resultados são consistentes com os dos estudos que consultaram mas, no entanto, não existem directrizes para gerir estes factores, que têm uma forte influência na ocorrência de erros nas salas de cirurgia. A distração, como factor humano, não pode ser eliminado da sala de cirurgia, mas algumas distrações e interrupções podem ser minimizadas e, até, eliminadas, pelo que aconselham a adopção de estratégias para a sua prevenção, como o reconhecimento das potenciais fontes, a compreensão dos seus efeitos, a prevenção da sua ocorrência e a diminuição das suas consequências.

Também Fernandes, Silva e Semião (2013) indicam as distrações e sucessivas interrupções dos enfermeiros, pelos doentes ou pelos colegas, durante a preparação e/ou administração de terapêutica, como alguns dos factores que contribuem para os erros, neste caso, para os erros de medicação.

Em relação a este assunto, a AORN (2009) faz menção à tomada de posição da *American Society of PeriAnesthesia Nurses* sobre segurança na administração de medicação, em que se defende o princípio de que as distrações e o ruído ambiental desnecessários, em áreas de preparação da medicação, devem ser restringidos e advoga, que uma abordagem em equipa é fundamental a fim de reduzir o ruído, com a finalidade de obter um ambiente mais seguro para doentes e profissionais.

Verificar os indicadores de esterilização

Cada unidade deve ter um processo de rotina de verificação da esterilização dos instrumentos cirúrgicos, dispositivos e materiais. Devem ser utilizados indicadores para determinar a esterilidade dos materiais e estes devem ser verificados antes de serem introduzidos no campo estéril. Os indicadores químicos devem ser utilizados rotineiramente para monitorizar o desempenho do equipamento de esterilização: os indicadores de processo, como o indicador em fita, são colocados fora da embalagem para mostrar se os dispositivos no interior foram processados e os indicadores paramétricos são colocados dentro de cada pacote para demonstrar se a esterilização foi eficaz. Antes da indução anestésica, o enfermeiro circulante e o instrumentista devem conferir a esterilização através da validação dos indicadores de esterilização e comunicar qualquer problema ao cirurgião e ao anestesista (OMS, 2009).

A LVSC também contempla a verificação da esterilização dos materiais e instrumentos, para que no caso desta não estar adequada, se poder corrigir a situação antes da incisão da pele e/ou mucosa ser efectuada (Grigoletto, Gimenes e Avelar, 2011). No Manual de Implementação da LVSC é recomendado que o enfermeiro instrumentista confirme que a esterilização foi realizada e que, para os materiais/instrumentos esterilizados a vapor saturado, um indicador de esterilização confirma o seu sucesso. Qualquer discrepância entre o resultado esperado e os indicadores verificados deve ser comunicada antes da incisão (DGS, 2010a).

No estudo de Gebrim *et al.* (2013) para identificar a conformidade dos indicadores de processo de prevenção da ILC, registou-se 100% de inconformidade no registo de verificação das caixas de material cirúrgico, o que não reflecte o que se passa no serviço do nosso estudo, uma vez que os enfermeiros verificam os indicadores de esterilização, apesar de não o fazerem em todas as ocasiões.

Verificar o consentimento informado

O enfermeiro assume o dever de respeitar, defender e promover o direito ao consentimento informado, pelo que, a sua verificação constitui uma obrigação deontológica do enfermeiro. O consentimento informado do doente é um aspecto basilar da relação entre a pessoa que cuida e a que é cuidada, defendendo o respeito pela autonomia da pessoa na promoção do seu bem-estar e pressupõe a prestação de informação necessária sobre o como, o porquê, os resultados pretendidos, os riscos e as possíveis consequências de determinado cuidado proposto, para que este possa decidir e consentir, na posse da informação e da compreensão para a decisão. Os enfermeiros estão obrigados a assegurar-se que os doentes recebem informação adequada e compreensível podendo, assim, consentir os cuidados propostos e/ou a participação em investigação.

O consentimento dado para determinada intervenção pode, em qualquer momento ser revogado livremente. Assim, o consentimento ou a recusa do doente devem ser respeitados, sendo considerada violação da deontologia profissional e da *legis artis* se o prestador de cuidados agir contra a vontade esclarecida e expressa do doente, competente para decidir (OE, 2005; Martins, 2008).

Segundo a lei penal portuguesa, o consentimento pode ser expresso por qualquer meio que traduza a vontade séria, livre e esclarecida da pessoa cujo interesse está protegido juridicamente, podendo ser explícito ou implícito, oral ou escrito pelo que não tem, obrigatoriamente, que se traduzir na assinatura de um documento. No entanto, segundo a OMS (2009), o consentimento deve incluir uma descrição clara do procedimento a efectuar e o local da cirurgia, incluindo lateralidade ou nível, o que protege o doente e o cirurgião. O primeiro não pode ser operado sem ter consentido e o segundo fica protegido contra eventuais reclamações de cirurgias não autorizadas.

Assim, implementando na sua prática, a verificação do consentimento informado do doente, os colaboradores defendem o doente e cumprem o previsto no seu código deontológico.

Contar os *itens* no final da cirurgia

A contagem de compressas, instrumentos e materiais corto-perfurantes é essencial à segurança, não só dos doentes mas, também, dos profissionais. Com alguma regularidade existem EA relacionados com o controlo inadequado destes objectos, podendo causar lesões graves ao doente e obrigar a um novo procedimento cirúrgico (AESOP, 2005).

Deve ser prestada especial atenção às cirurgias de cavidade aberta (Grigoletto, Gimenes e Avelar, 2011), sendo, segundo a DGS (2010), obrigatória a contagem em todas as cirurgias da região peritoneal, retroperitoneal pélvica e torácica, bem como em qualquer outra em que se corra o risco de retenção de objectos no doente, como é o caso das cirurgias para esvaziamento ganglionar cervical, apontadas pelos nossos colaboradores.

No entanto, mesmo com contagens concordantes, acontece ficarem corpos estranhos esquecidos nos doentes, o que sugere a necessidade de rotinizar a execução do Rx de controlo, pelo menos em cirurgias de urgência ou que tenham sido atribuladas, sendo nessas mais provável o descontrolo nas contagens (Fragata, 2010).

Este aspecto encontra-se apenas salvaguardado, pelos enfermeiros do nosso estudo, nas cirurgias de maior risco de retenção inadvertida de objectos no doente, sendo de sua intenção fazê-lo em todas as cirurgias.

No seu estudo Schanaider e Manso (2006) referem que este tipo de eventos atrai os meios de comunicação social. De facto, também nós constatámos, que apesar de quase não se terem encontrado estudos sobre esta problemática, são frequentes as notícias sobre objectos deixados inadvertidamente no doente, durante a cirurgia. Um dos exemplos é o caso de um doente, em Leiria, a quem, em 2008, foi deixada uma compressa na sua cavidade abdominal, onde permaneceu durante dois meses.

7.4. OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A LVSC

Pelos relatos dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC percebemos que existem opiniões mais favoráveis e outras menos favoráveis acerca da LVSC, pelo que, da sua análise, emergiram as categorias e sub-categorias constantes do quadro 4.

Quadro 4 - Opinião dos enfermeiros sobre a LVSC

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Favorável	✓ Útil ✓ Importante ✓ Eficaz
Parcialmente favorável	✓ Redutora ✓ Melhorada

7.4.1 - Opinião Favorável

Na opinião dos participantes, a LVSC é um instrumento útil para a redução dos riscos, importante para a reflexão, certificação, rotinização e sistematização da execução de procedimentos essenciais para a SD, sendo, assim, eficaz na sua promoção:

“É um instrumento útil na diminuição dos riscos.” (E1)

“...é eficaz na promoção da segurança do doente cirúrgico.” (E2)

“Acho que é importante, porque permite a certificação de que certos procedimentos, considerados essenciais para a segurança do doente, são executados (...). E que, também, nos ajudaria a rotinizar e sistematizar a prática dos outros procedimentos, que não fazemos.” (E4)

“... Muito importante fazer-se e passar para o papel o que já se faz habitualmente. Faz as pessoas reflectirem no que fazem e não fazem.” (E5)

No estudo de Pancieri *et al.* (2013) sobre a aplicação da LVSC e a sua contribuição para a segurança e comunicação na equipa, as opiniões dos inquiridos é semelhante à dos participantes no nosso estudo, com 80% deles a considerarem que proporciona segurança ao processo cirúrgico e à equipa, pois diminui os riscos, padroniza as condutas, revê os passos de segurança, previne complicações e evita o erro, constituindo

um meio de organização do acto cirúrgico. Estes pesquisadores obtiveram resultados que demonstram que a LVSC é viável para garantir cirurgias seguras e melhorar a comunicação das equipas.

Também Maziero (2013) desenvolveu um estudo para analisar a efectivação do Programa de Cultura de Segurança num BO, identificar o conhecimento e opinião dos profissionais em relação à LVSC, a qualidade do seu preenchimento e a adesão dos profissionais à sua execução, tendo concluído que 81,8% dos sujeitos a considera extremamente importante para a SD. Também, 97,3% dos participantes no estudo de Valido (2011) consideram a LVSC de extrema importância na melhoria da SD.

Analogamente, Vendramini *et al.* (2010) defendem que a implementação do PU é simples e que este é útil na prevenção de erros e EA no BO e, no estudo que efectuaram, concluíram que o objectivo de garantir a SD através da prevenção e redução dos riscos, preconizado com a implementação do PU no serviço onde decorreu o estudo, foi alcançado, uma vez que não foi identificado nenhum erro ou EA desde o início da sua utilização. Advogam, ainda, que os procedimentos incluídos no PU, além de acautelarem a SD, ajudam a equipa de enfermagem no planeamento, previsão e provisão das cirurgias.

A menção, dos entrevistados, da rotinização e sistematização da prática de procedimentos que não efectuem e facilitadas com a utilização da LVSC, converge com o que a OMS (2009) constatou, que a falta de sistematização conduz à não realização, de forma consistente, de medidas de comprovada eficácia, nomeadamente na prevenção da ILC, como a profilaxia antibiótica oportuna e a confirmação da esterilização dos materiais, pelo que afirma que a utilização da LVSC tem várias vantagens, designadamente, ajudar a sistematizar e recordar questões de rotina, facilmente esquecidas em doentes graves, que exigem toda a atenção.

Da mesma forma, Grigoletto, Gimenes e Avelar (2011) partilham da opinião dos nossos entrevistados, pois indicam que a LVSC sistematiza as acções que integram os três grandes momentos do procedimento anestésico-cirúrgico: *Sign In*, *Time Out* e *Sign Out*.

Neste âmbito, também, Fragata (2010) explica que a compreensão de que grande parte dos erros se deve a falta de standardização adequada de procedimentos e equipamentos, conduziu a melhorias no sistema que, por sua vez, influenciaram a prática, tornando-a mais segura. Assim, a existência de *checklists* é essencial para a

execução de tarefas de complexidade e repetição reconhecida, como a certificação das condições necessárias para a entrada do doente no BO, a verificação dos equipamentos e fármacos ou a montagem de um circuito de circulação extra-corporal. Por seu lado, também, Nunes (2007) alega que a utilização de *checklists* e protocolos validados, a marcação do local da incisão ou sinalização de procedimentos não habituais (como alteração do membro a puncionar por rotina), reduzem a necessidade de confiar na memória.

7.4.2 – Opinião Parcialmente Favorável

Além das qualidades reconhecidas à LVSC, pelos participantes do nosso estudo, estes apontaram-lhe, igualmente, alguns defeitos, como ser redutora, não contemplando aspectos que consideram necessários, e precisar de ser melhorada, como se percebe nos seus relatos:

“É um pouco redutora. Claro que não podia ser muito longa, para as pessoas não desistirem, mas há aspectos da segurança que não estão contemplados. (E3)

“Acho que podia ser melhorada, já foi, mas podia ser mais...” (E5)

De facto, a fim de assegurar rapidez na sua aplicação e, assim, facilitar a adesão dos profissionais, a LVSC não se destina a ser abrangente. Esta lista foi projectada para ser simples e curta, no entanto, pode ser modificada de acordo com as diferenças entre as organizações e adaptada às circunstâncias próprias de cada uma, sendo, contudo, desencorajada a eliminação de qualquer uma das etapas de segurança, uma vez que cada *item* de verificação foi incluído com base na evidência e/ou na opinião de especialistas, garantindo que a sua inclusão reduz a probabilidade de ocorrerem danos graves evitáveis.

Cada serviço/instituição é incentivado a rever, reordenar e reformatar a lista, de modo a integrá-la nas suas práticas, assegurando a conclusão eficiente dos passos críticos de segurança. As equipas podem acrescentar outros *itens* de verificação de segurança para procedimentos específicos, principalmente, se já integram um processo de rotina do serviço, como por exemplo, a confirmação da profilaxia tromboembólica por meios mecânicos (sistemas de compressão sequencial ou meias elásticas) ou farmacológicos (heparina), a disponibilidade de implantes (redes ou próteses) ou necessidade de outros

materiais e equipamentos críticos ou os resultados de biópsia pré-operatória, de análises ou tipagem de sangue.

Não obstante, qualquer modificação deve ser executada criticamente e envolver enfermeiros, anestesistas e cirurgiões e a lista resultante dessa modificação deve ser testada e avaliada em situações de simulação e reais, para garantir a sua funcionalidade antes de ser implementada (DGS, 2010a).

Da mesma forma, Grigoletto, Gimenes e Avelar (2011) recomendam que, de acordo com o levantamento dos riscos e erros através de estudos locais, se adequa a LVSC à realidade de cada instituição e Pancieri *et al.* (2013) referem que a adequação deste instrumento à realidade de cada serviço/instituição está prevista e é incentivada pela OMS, devendo, porém, prevalecer a sensatez e coerência na integração dos passos essenciais desta estratégia de segurança. Neste sentido, apresentaram sugestões de alterações à LVSC, nomeadamente: assinalar qual o antibiótico profilático administrado e o horário da administração, em vez de apenas indicar se foi administrado na última hora; no que diz respeito às perdas hemáticas, registar quais os hemoderivados planeados e reservados no serviço de sangue para aquele doente e em relação às amostras para estudos anatomo-patológicos, anotar qual foi a amostra colhida e se o cirurgião efectuou o respectivo pedido de exame e não apenas se está devidamente identificada.

Também Vendramini *et al.* (2010) consideram que, apesar de ser amplamente utilizado, o PU não permite a prevenção de todos os erros e EA inerentes aos procedimentos cirúrgicos, sendo necessário adoptar outros procedimentos de SD. O seu propósito, neste âmbito, é acrescentar a etapa de conferência no pós-operatório imediato, como recomenda a OMS na LVSC.

Assim, a opinião dos autores corrobora a dos enfermeiros do nosso estudo, defendendo que os protocolos de segurança devem ser adaptados às características e necessidades dos serviços.

Como já referido anteriormente, pelos nossos entrevistados, a LVSC não está implementada no seu serviço. Contudo, estes relataram ter havido já uma tentativa de implementação, mas que não teve sucesso. As causas que apontaram para esse facto, prendem-se, em parte, com motivos organizacionais, como falta de diálogo entre os

responsáveis pela sua implementação e a equipa, não tendo motivado e envolvido os profissionais no projecto:

“Falta de responsabilização dos elementos da equipa, a não definição do coordenador. As pessoas chave não foram envolvidas na implementação. Foi tentada a implementação por imposição e não por motivação da equipa.” (E3)

“Não se motivou toda a equipa, nem envolveu as pessoas todas no projecto. Mas se as pessoas acham que é útil para o doente devem aceitar.” (E5)

Esta convicção dos entrevistados é, também, o preconizado pela DGS (2010), que salienta a dinamização e o envolvimento activo de todos os profissionais que constituem a equipa cirúrgica, na implementação da LVSC e no Manual de Implementação é defendida a colaboração dos profissionais nas modificações que se entenderem pertinentes, de modo a promover o seu envolvimento e sentido de posse, questões essenciais para a adopção e utilização da lista (DGS, 2010a).

Também Grigoletto, Gimenes e Avelar (2011) defendem que os elementos da equipa devem trabalhar em conjunto na aplicação da LVSC, dado que todos são responsáveis, no desempenho das suas funções, por prestarem cuidados seguros ao doente, promovendo o sucesso do procedimento cirúrgico.

Por seu lado, Vendramini *et al.* (2010) referiram que para ultrapassar a resistência dos profissionais é fundamental a sua formação e supervisão e a adopção destes instrumentos como integrantes da política de segurança institucional. Aconselham, também, a criar sentido de equipa nos profissionais, distribuir responsabilidades e aumentar a atenção ao doente e, assim, a sua segurança e defendem que o processo de verificação da segurança deve ser interdisciplinar, com a participação de todos os elementos da equipa, sendo essencial uma comunicação activa entre si.

O sucesso na implementação da LVSC requer, pois, a sua adaptação às rotinas e expectativas de cada local, o que só será possível com o empenho dos dirigentes, assumindo que a SD é uma prioridade e que a utilização da lista contribui para torná-la realidade (DGS, 2010a).

Os nossos entrevistados referiram, ainda, motivos individuais, como falta de receptividade e, conseqüentemente, de adesão dos profissionais, como se depreende dos seus relatos:

“Pela questão da receptividade dos cirurgiões e pela falta de diálogo, por parte dos responsáveis pela sua implementação, com a equipa.” (E4)

“Apesar de ter havido uma tentativa de implementação, esta não teve sucesso, por falta de adesão de alguns intervenientes... alguns cirurgiões...” (E1)

“Por falta de receptividade de alguns elementos da equipa médica... de alguns cirurgiões, na altura em que foi tentada a sua implementação.” (E2)

De igual modo, no estudo que efectuaram, Pancieri *et al.* (2013) alegam que a dificuldade da aplicação da LVSC reside na sua aceitação pela equipa cirúrgica e, também, Vendramini *et al.* (2010), no seu estudo, concluíram que esta pode enfrentar barreiras organizacionais e culturais, pelos profissionais do BO, como a falta de formação da equipa, não adesão dos profissionais e a falta de comprometimento da instituição.

E, tal como os colaboradores do nosso estudo, os sujeitos do estudo de Maziero (2013) identificaram algumas fragilidades, como a falta de definição do coordenador, a falta de envolvimento dos profissionais e a comunicação deficiente, que condicionam a implementação da LVSC.

Também no Manual de Implementação da LVSC da DGS (2010a) se alerta para o facto de algumas pessoas poderem considerar a sua implementação como uma imposição ou um desperdício de tempo. Assim, não basta que as instituições imponham os protocolos, é necessário que os profissionais utilizem os instrumentos inerentes, o que acontece quando compreendem a sua necessidade e importância e os integram na sua prática diária (Pancieri *et al.*, 2013).

De salientar que, pelos achados do nosso estudo, concluímos que os enfermeiros cumprem, na sua actividade diária, muitos dos pressupostos inerentes aos cuidados de enfermagem contemplados na LVSC, como sejam:

- ✓ A verificação da identificação do doente, do procedimento e do local e a certificação da informação e dos dados, nomeadamente com o doente e com o processo.
- ✓ A verificação do equipamento de anestesia e outro necessário à cirurgia, certificando-se que não existem problemas com nenhum e monitorizam a saturação de oxigénio (entre outros parâmetros) do doente, colocando-lhe o oxímetro.
- ✓ A preparação da medicação necessária e verificação da sua adequação.
- ✓ O despiste de existência de alergias, inclusivamente, com testes sub-cutâneos.

- ✓ A certificação da administração da profilaxia antibiótica ou a sua administração em caso de não o ter sido previamente.
- ✓ A confirmação da esterilização dos materiais a utilizar na cirurgia, para evitar utilização de material potencialmente contaminado, exceptuando algumas vezes, a verificação dos indicadores de esterilização.
- ✓ A identificação das amostras e o seu encaminhamento ao respectivo laboratório, evitando erros de diagnóstico por extravio das mesmas.
- ✓ A transferência do doente para o internamento ou para a UCPA, em segurança, após o doente estar em condições de ter alta do BO e transmitindo toda a informação pertinente para os cuidados pós-operatórios.

Os cuidados que os participantes não prestam de forma sistemática são: a verificação do consentimento informado, dos indicadores de esterilização e a contagem de *itens* que, no entanto, nas cirurgias em que é necessário, a contagem é efectuada.

Estes achados corroboram a informação da DGS (2010a), já mencionada, de que, em muitos BO, a LVSC já foi adoptada, mas noutros são efectuados muitos dos seus passos, mas não a sua totalidade ou de forma sistemática.

Também os resultados da observação que efectuámos, com recurso à grelha baseada nos cuidados de enfermagem previstos na LVSC, convergem com as informações dos participantes. De facto, nas 50 observações efectuadas, identificámos que dos cuidados constantes da grelha, a verificação do consentimento, dos indicadores internos de esterilização e a contagem de *itens* são os que os enfermeiros, por vezes, negligenciam.

Analogamente, no estudo de Valido (2011) os cuidados mais negligenciados foram, a verificação do consentimento expresso e informado do doente acerca dos procedimentos anestésicos (40,1%) e cirúrgicos (57,9%) e a verificação da preparação pré-operatória do doente, incluindo a avaliação e a comunicação das suas necessidades a outros elementos da equipa e no de Maziero (2013) foram a apresentação dos elementos presentes na sala de cirurgia, o *time out* e a contagem de *itens*.

Além dos cuidados supramencionados e inscritos na LVSC, os enfermeiros do BOCMF/CPR efectuam muitos outros para garantir a segurança dos seus doentes, que já descrevemos anteriormente, e que não estão explicitamente contemplados na lista.

7.5. OPINIÃO DOS ENFERMEIROS SOBRE A SEGURANÇA DOS CUIDADOS QUE PRESTAM

Quando questionados sobre a segurança dos cuidados que prestam, os enfermeiros, do BOCMF/CPR do CHUC, acreditam na sua segurança, contudo, alguns consideram que existem lacunas que importa colmatar, no sentido de os tornar ainda mais seguros, tendo emergido, da análise dos seus discursos, as categorias e sub-categorias constantes do quadro 5.

Quadro 5 - Opinião dos enfermeiros sobre a segurança dos cuidados que prestam

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Favorável	✓ Seguros, sem dúvida ✓ Seguros, em geral
Parcialmente favorável	✓ Seguros, mas com lacunas ✓ Seguros, mas podem ser mais

7.5.1 – Opinião favorável

Na opinião dos enfermeiros, os cuidados que prestam são seguros, porque fazem todo o possível para diminuir os riscos, fazem o despiste atempado de complicações, cumprem regras e protocolos e estão habilitados a cumprir e fazer cumprir as práticas de segurança, sendo, contudo, necessário estarem despertos para a possibilidade de alguma falha ocorrer:

“São, não tenho dúvidas. (...) Fazemos o despiste atempado de complicações. Nisto, a enfermagem tem um papel preponderante... E o cumprimento de regras e protocolos.” (E3)

“No geral, são... tentamos garantir a segurança dos nossos cuidados, mas há que estar desperto para a possibilidade de ocorrer alguma falha. Porquê? Bem... Porque fazemos todo o possível por diminuir os riscos.” (E4)

“São... porque temos a estrutura para cumprir cabalmente, porque o pessoal está habilitado para cumprir e ainda se consegue ter a autonomia necessária para cumprir e fazer cumprir.” (E5)

Já no estudo de Fernandes e Queirós (2011), anteriormente mencionado, menos de metade dos enfermeiros (46%) classificou a SD no seu serviço, como muito boa (42%)

ou excelente (4%). Algumas situações que contribuem para a opinião positiva desse grupo de profissionais são o facto de se expressarem livremente, quando verificam alguma coisa que afecta negativamente os cuidados ao doente; estarem a trabalhar activamente, em equipa, para melhorar a SD e avaliarem a eficácia das alterações que são efectuadas com essa finalidade.

Na opinião de Fragata (2010) a SD no BO pode ser promovida com utilização de *checklists* de material e de protocolos de procedimentos, monitorização de eventos, análise retroactiva e proactiva de trajectórias de risco e com *briefings* pré-operatórios, que permitem sintonizar a equipa para uma determinada tarefa e tem demonstrado vantagens para a segurança e, ainda, *de-briefings*, após os procedimentos, que permitem corrigir muitas das falhas detectadas, evitando a sua repetição.

Os nossos entrevistados consideram que as condições existentes no serviço facilitam a promoção da segurança, porque têm hipótese de cumprir regras, tentam ultrapassar as fragilidades identificadas, arranjando soluções e porque tomam medidas que ajudam a garantir a segurança:

“Sim, porque são sempre verificadas as condições (...) de forma a não pôr em risco o doente.” (E2)

“Os nossos doentes não correm grandes riscos. Trabalhamos com qualidade.” (E3)

“Sim, facilitam... como temos consciência das fragilidades, tentamos ultrapassá-las, arranjando soluções e porque as outras medidas que tomamos ajudam a garantir a segurança.” (E4)

“Sim, facilitam... Porque temos hipótese de cumprir com as regras.” (E5)

No que concerne à existência de condições favoráveis à SD, a OMS (2009) recomenda as condições favoráveis de trabalho para os profissionais na prestação dos seus cuidados, respeitando-os e reconhecendo o seu desempenho, o que passa pelas condições proporcionadas como as condições físicas, tecnológicas e humanas, garantido uma assistência de qualidade. De igual modo, Carneiro (2010) realça a importância de boas condições de trabalho dos profissionais, para a construção e implementação de um sistema de SD eficaz, bem como do seu treino e motivação, opinião que os nossos colaboradores partilham e já explicitada num ponto anterior.

Na opinião de Reason, mencionado por Valido (2011), as falhas humanas podem ser controladas, mas não eliminadas. Deste modo, as medidas de segurança baseiam-se na premissa de que não se pode mudar a condição humana, mas podem mudar-se as

condições em que os humanos trabalham. Assim, o grande desafio é proporcionar as condições adequadas para que se eliminem as circunstâncias que potencializem os erros, aumentando a sua detecção e a recuperação das falhas humanas que, inevitavelmente, ocorrem.

Neste âmbito, França afirma que as falhas humanas (activas), só por si, não causam danos mas, inseridas em sistemas ineficientes (falhas latentes) podem causar danos sérios a doentes e profissionais. Assim, segundo Reason, estas condições latentes do sistema, causadas por decisões de projectistas, construtores ou gestores, podem originar EA de dois tipos: contribuir para o erro no local de trabalho, como a pressão de tempo, a sobrecarga de trabalho, equipamentos inadequados, fadiga e inexperiência, ou podem originar buracos ou fraquezas nas defesas, como alarmes e indicadores não confiáveis e procedimentos não exequíveis e, afirma, ainda, que estas falhas podem ser identificadas antes de um EA ocorrer (Valido, 2011).

O não reconhecimento das falhas é considerado, por Monteiro (2010), uma causa da subsistência das condições necessárias para a ocorrência de actos inseguros, pelo que a verificação das condições, referida pelos nossos entrevistados, permite detectar a possibilidade da ocorrência de falhas e preveni-la, de modo a garantir uma prestação de cuidados seguros.

Também na revisão bibliográfica efectuada por alguns autores, mencionados por Júnior *et al.* (2010), foram encontradas algumas condições favorecedoras de erros relacionados, neste caso, com os medicamentos: falta de formação e de experiência dos prescritores, condições inadequadas de trabalho, volume elevado de trabalho, fadiga, interrupções e falhas na comunicação entre os profissionais.

Igualmente, num estudo realizado por Carvalho *et al.* (1999) tinham, já, sido detectadas algumas destas condições: a falta de conhecimentos e preparação dos profissionais e a dotação insuficiente, com consequente sobrecarga de trabalho, cansaço e *stress*. No nosso estudo, os enfermeiros consideram não existir condições que favoreçam o erro, pelo contrário, vêem as condições do seu serviço como favoráveis para promover a SD.

7.5.2 – Opinião parcialmente favorável

Como referido, anteriormente, alguns dos colaboradores consideram que, apesar dos cuidados que prestam serem seguros, a sua segurança podia ainda ser melhorada, pois existem lacunas, como a não realização da VPOE:

“São, mas podem ser ainda mais. Porque a realização da VPOE, além de nos alertar para alguns dos problemas do doente, o que diminui os riscos, também contribui para diminuir a ansiedade do próprio doente.” (E1)

“Sim, penso que a grande lacuna é a não realização da VPOE, a qual promove a segurança do doente, porque permite uma melhor identificação de problemas, como as patologias associadas, as alergias, entre outros. Assim como consegue diminuir os receios e ansiedade, porque se esclarecem dúvidas e permite fazer ensinamentos com vocabulário adequado.” (E2)

Para colmatar as lacunas existentes na SD é essencial a sua identificação. Neste sentido, o reporte de incidentes e EA, tem sido frequentemente identificado como um método chave para abordar os erros do sistema, pois a notificação de ocorrências permite a sua detecção, análise, discussão e resolução (Alfredsdottir e Bjornsdottir, 2008).

Contudo, a notificação de eventos é ainda escassa, mesmo onde se dispõe de um sistema de reporte de ocorrências, que permite a notificação, de forma anónima ou não, como no hospital onde Fernandes, Silva e Semião, (2013) efectuaram o seu trabalho, onde era pouco utilizado pelos profissionais, o que levantou a questão da eficácia da prevenção de falhas, nessa instituição, uma vez que se estas não são reportadas, não podem ser conhecidas, logo não se conseguem tomar medidas para as evitar.

De facto, também, no estudo que Fernandes e Queirós (2011) desenvolveram, detectaram que a maioria dos participantes (80%) não procedeu a qualquer notificação no último ano, com 63% a considerarem que os seus erros são utilizados contra si e 65% a acreditarem que, quando se notifica um erro, é a pessoa o alvo da atenção e não o problema. Estes profissionais, analogamente a outros, consideram a resposta dos sistemas ao erro punitiva e estigmatizante, o que origina a baixa frequência de relato/notificação de EA, condicionando, assim, a aprendizagem com a sua ocorrência e, consequentemente, a segurança dos cuidados.

A OMS declara que, alcançar a segurança é o objectivo dos envolvidos na prestação de cuidados, o que pressupõe a adopção de três acções que se complementam: prevenir os EA, torná-los visíveis quando detectados e minimizar os seus efeitos, quando ocorrem. Assim os cuidados podem ser mais seguros, as práticas melhoradas e os EA reduzidos,

se a abordagem for centrada no sistema e não no indivíduo (Braithwaite *et al.*, mencionados por Valido, 2011).

No entanto, apesar de acreditarem que os cuidados que prestam são seguros e que as condições do serviço são favoráveis à promoção da SD, os inquiridos reconhecem algumas fragilidades existentes, mas tentam arranjar soluções para as ultrapassar, o que contribui para garantir a SD.

Da mesma opinião partilha Fragata (2010), que afirma que reconhecer a vulnerabilidade (fragilidades) face aos erros é uma parte integrante da segurança, bem como a proactividade e antecipação de problemas, pois só, desta forma, se consegue estar apto a lidar com os riscos e trajectórias de erros, recuperando-as, impedindo a ocorrência de EA graves ou minimizando as suas consequências. Esta proactividade e antecipação de problemas implicam a consciência de que a recuperação de uma trajectória de erro depende do adequado funcionamento do sistema (alarmes, avisos, defesas próprias do sistema) e das pessoas, pelas suas capacidades de decidir, improvisar e recuperar e pelos seus conhecimentos e destreza (arranjar soluções).

Neste sentido, nas instituições foram, também, constituídas equipas de gestão do risco que, em conjunto com os profissionais, analisam as causas dos erros e procuram soluções, como treino dos profissionais e realização de normas e protocolos, que permitam a prevenção de novas ocorrências (Valido, 2011).

No que respeita ao cumprimento de regras e tomada de medidas para garantir a SD, mencionada pelos entrevistados, Carneiro (2010) defende que para melhorar a segurança a nível do sistema há que melhorar a efectivação das actividades de rotina, criando um sistema normalizado com controlos cruzados, sob a forma de listas de verificações de procedimentos (como a LVSC), de normalização de actuações (como a colocação de um cateter central) e de intervenções a nível dos equipamentos (como a adopção de cores diferentes para os gases ou débitos normalizados das torneiras).

Também Gebrim *et al.* (2013a) mencionam que é necessária a implementação de mudanças na condução do período perioperatório, como a utilização de *checklists* para a verificação adequada de cada etapa, prevenindo erros por falta de preparação e de comunicação na equipa, contribuindo para o aumento da segurança. Por exemplo na anestesia, a adopção de *guidelines* e protocolos de actuação constitui, segundo Fragata (2010), uma referência para os profissionais e uma garantia de cuidados mais seguros.

Reconhecidamente, os cuidados perioperatórios envolvem uma sequência de actividades de rotina, cada qual com os seus riscos específicos, que podem ser atenuados, com uma avaliação pré-operatória do doente, a preparação da intervenção cirúrgica e o planeamento de cuidados adequados para o pós-operatório (DGS, 2013). Neste sentido, Sousa (2006) defende que seguindo os sete passos da *National Patient Safety Health Agency*, já descritos num capítulo anterior, pode não ser possível evitar a ocorrência de todos os EA, contudo, garante-se que os cuidados prestados são tão seguros quanto possível e que nas situações em que alguma coisa pode correr mal, as correcções serão efectuadas a curto prazo e baseadas na melhor evidência ou conhecimento disponível.

CONCLUSÃO

A SD, enquanto componente chave da qualidade dos cuidados de saúde, assumiu grande importância nos últimos anos. Assim, como já referido, as questões com ela relacionadas e com a ocorrência EA têm constituído uma crescente preocupação para as organizações de saúde, para os seus profissionais e utentes e para os decisores políticos, estando, inclusivamente, a ganhar dimensão um movimento de valorização da investigação na área da SD.

Sendo, igualmente, nossa preocupação a SD, propusemo-nos desenvolver este estudo, com a finalidade de obtermos uma visão sobre as práticas dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC, para assegurar a SD que cuidam. Assim, através da análise de conteúdo efectuada aos relatos dos participantes, obtidos com recurso à entrevista, e da observação das suas práticas, procurámos destacar os achados que nos conduziram à consecução dos objectivos a que nos propusemos e que consideramos ter alcançado.

Chegados à fase final do nosso estudo, parece-nos, agora, possível, salientar os aspectos mais significativos da SD no BOCMF/CPR:

As práticas de SD no BO conhecidas pelos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC

Pelo exposto, podemos afirmar que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC conhecem diversas práticas de SD no BO, tendo mencionado práticas relacionadas com:

- ✓ **Segurança psicossocial**, das quais a execução da VPOE e o estabelecimento de relação com o doente;
- ✓ **Segurança física do doente**, nomeadamente, prevenção de lesões por posicionamento, de retenção de objectos no doente, de alterações da temperatura, de queimaduras, de perda de fluidos corporais, de erros de identificação do doente, da cirurgia e do local a operar, com verificação do seu consentimento para a sua realização, de falhas com espécimes e amostras para análise e, ainda, de falhas com equipamentos e materiais;

- ✓ **Segurança biológica**, designadamente, cuidados a ter com material cirúrgico e com o doente, realização de controlo ambiental e comportamento adequado dos profissionais. De referir que, em relação aos diversos cuidados com o doente, apenas mencionaram a administração da profilaxia antibiótica;
- ✓ **Segurança química e tóxica**, especificamente, cuidados a ter como o doente, com os medicamentos e com os hemoderivados;
- ✓ **Segurança física ambiental**, nomeadamente, as relativas à segurança térmica e eléctrica e medidas de controlo ambiental;
- ✓ **Segurança cirúrgica**, designadamente a aplicação da LVSC.

As práticas de SD no BO que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC adoptam/não adoptam

Das práticas que referiram conhecer, os participantes relataram adoptar quase todas. No entanto, apontaram algumas que não adoptam, mas que concebem como essenciais à SD, tal como os autores de diversos estudos e documentos, nomeadamente, práticas relacionadas com:

- ✓ **Segurança psicossocial**, não executando a VPOE;
- ✓ **Segurança física do doente**, não verificando sempre o consentimento do doente para a realização da cirurgia e não contabilizando os *itens* no final de todas as cirurgias. No entanto, a contabilização é efectuada nas cirurgias em que é mesmo necessário;
- ✓ **Segurança biológica**, não verificando, em todas as cirurgias, os indicadores de esterilização dos materiais;
- ✓ **Segurança cirúrgica**, não aplicando a LVSC.

No entanto, os achados do nosso estudo, derivados da análise de conteúdo e da observação que efectuámos, com recurso à grelha baseada nos cuidados de enfermagem previstos na LVSC, permitem concluir que os enfermeiros cumprem, na sua actividade diária, muitos dos pressupostos inerentes aos cuidados de enfermagem contemplados na LVSC, o que corrobora a informação, já mencionada, de que, em muitos BO, a LVSC já foi adoptada, mas noutros são efectuados muitos dos seus passos, mas não a sua totalidade ou de forma sistemática.

De facto, os resultados das 50 observações que realizámos validam as informações dos participantes, tendo-nos permitido identificar que dos cuidados constantes da grelha, a verificação do consentimento, dos indicadores internos de esterilização e a contagem de *itens* são os cuidados que os enfermeiros, por vezes, negligenciam, sendo os outros parte integrante da rotina do serviço.

Assim, apesar da lista não acrescentar práticas de SD no BOCMF/CPR, pode contribuir para a rotinização e sistematização das práticas, que por vezes são negligenciadas, tal como descrito pelo participantes e defendido pela OMS.

Além dos cuidados mencionados, inscritos na LVSC, os enfermeiros do BOCMF/CPR efectuam muitos outros para garantir a segurança dos seus doentes e que não estão, explicitamente, contemplados na lista.

As práticas de SD que os enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC consideram ser necessário implementar no serviço

Os enfermeiros referiram considerar necessário a adopção de algumas práticas, nomeadamente, as que não adoptam e apontaram, também, medidas a adoptar por parte da própria organização. Assim, as práticas que elencaram podem agrupar-se em medidas individuais e medidas organizacionais, sendo que as primeiras derivam da sua própria decisão e actuação e as outras da decisão dos gestores da instituição.

Como medidas individuais apontaram evitar a delegação de funções noutros profissionais, retomar a execução da VPOE, diminuir distrações, interrupções e ruído, verificar os indicadores de esterilização e o consentimento e contar os *itens* no final da cirurgia. Como medidas organizacionais referiram a prática de dotação segura de recursos humanos, a prevenção da sobrecarga horária e laboral, a adequação das pessoas ao cargo, a formação adequada às necessidades e a implementação da LVSC, o que implica um compromisso por parte da organização em dar prioridade à SD.

A opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a LVSC

Pelos relatos dos enfermeiros percebemos que existem opiniões mais favoráveis e outras menos favoráveis acerca da LVSC. Na sua opinião, a LVSC é um instrumento útil para a redução dos riscos, importante para a reflexão, certificação, rotinização e

sistematização da execução de procedimentos essenciais para a SD, sendo, assim, eficaz na sua promoção. No entanto, além das qualidades reconhecidas, apontaram-lhe, igualmente, alguns defeitos, como ser redutora, não contemplando aspectos que consideram necessários, e precisar de ser melhorada, opinião partilhada por diversos autores e prevista no Manual de Implementação da lista.

A opinião dos enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC sobre a segurança dos cuidados que prestam

Pelo relatado, pode concluir-se que os enfermeiros do serviço do nosso estudo, adoptam práticas de SD, que consideram garantir uma prestação segura de cuidados de qualidade, estando, no entanto, conscientes das fragilidades e lacunas existentes no serviço, apesar das suas condições favoráveis à promoção da SD. Contudo, alegaram não ter uma adequada dotação de enfermeiros, o que implica que estejam, por vezes, sujeitos a sobrecarga laboral e horária, o que é encarado por vários autores e organizações como uma condição desfavorável à segurança e qualidade dos cuidados. E, na opinião dos participantes, também, condiciona a adopção de algumas práticas de segurança, nomeadamente a execução da VPOE.

Assim, no sentido de continuar a promover a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados que prestam, tentam arranjar soluções que lhes permitem ultrapassar essas fragilidades e preconizam adoptar medidas no sentido de colmatar as lacunas.

Limitações do estudo

De referir que as conclusões deste estudo não devem ser entendidas como passíveis de ser generalizadas, uma vez que são restritas ao universo dos participantes. Neste sentido, as limitações do nosso estudo decorrem, quer da utilização da metodologia qualitativa, quer da subjectividade decorrente da análise efectuada às narrativas dos participantes, bem como da nossa pouca experiência na realização de estudos desta natureza.

Uma outra limitação prende-se com a dimensão do domínio do estudo, tendo-nos apercebido ao longo do seu desenvolvimento, da necessidade de, inicialmente, ter definido melhor os seus limites, restringindo e objectivando mais o foco da pesquisa. O

facto de ser muito vasto, dificultou uma análise mais aprofundada dos achados, dada a limitação ao tamanho do relatório.

No entanto, apesar dessas limitações consideramos que os achados do estudo dão uma visão importante, acerca da SD no BO, especificamente no BOCMF/CPR e é corroborada por outros estudos.

Sugestões

Sugerimos a execução de estudos semelhantes nos outros BO do CHUC e, também, noutros hospitais, a fim de identificar as diferenças e semelhanças das diversas realidades e identificar áreas críticas de intervenção e efectuar estudos mais aprofundados sobre cada uma das diferentes componentes da SD no BO, no sentido de superar as limitações deste estudo.

Contribuições do estudo para a:

Investigação

O desenvolvimento e utilização do conhecimento são fundamentais para melhorar os cuidados prestados aos doentes. Assim, é expectável que, cada vez mais, seja adoptada a prática baseada na evidência, utilizando os resultados das pesquisas para fundamentar as decisões, as acções e as interacções com as pessoas, por nós, cuidadas. Não obstante, diversos autores são de opinião que a investigação em SD não tem tido, ainda, a atenção merecida e desejável, tendo em conta a sua importância e implicações na prestação de cuidados de saúde.

Assim, consideramos ter dado o nosso contributo para a investigação neste domínio, ainda que modesto, dadas as limitações anteriormente apresentadas. E gostaríamos que este estudo constituísse um ponto de partida para outros em que pretendemos colaborar e realizar, sobre esta problemática, de modo a utilizar e partilhar conhecimento relevante para a melhoria da SD no BO e, consequentemente, da qualidade dos cuidados perioperatórios.

Formação

Esperamos ter contribuído para estimular o interesse por esta temática e pretendemos que este estudo sirva de base para a identificação de necessidades de formação dos

enfermeiros do BOCMF/CPR do CHUC, com a finalidade de, posteriormente, realizarmos sessões de formação em serviço.

Quanto à nossa própria formação, consideramos que a execução deste estudo nos trouxe mais valias, quer a nível de conhecimentos sobre investigação, quer a nível de conhecimentos sobre a temática da SD, e especificamente, da SD no BO.

Gestão

As eventuais contribuições deste estudo para a gestão prendem-se com a sugestão de uma reorganização dos recursos humanos e das actividades, no sentido de facilitar a adopção das medidas individuais apontadas pelos participantes, bem como, evidenciar a necessidade de adopção de medidas por parte da instituição.

Prestação de cuidados

A SD e as consequências decorrentes da sua falta constituem, hoje, um sério problema de saúde pública a que é urgente dar resposta. Assim, torna-se necessária a identificação de áreas de actuação, implementar intervenções e avaliar a sua eficácia e efectividade. É, pois, importante definir uma estratégia que possibilite articular e orientar a actuação dos envolvidos, com o objectivo de reduzir a probabilidade de ocorrência de danos para os doentes e, consequentemente, para a prestação de cuidados de saúde de qualidade e baseados na melhor evidência disponível.

A divulgação dos resultados dos estudos efectuados na área da segurança desperta os profissionais para a temática dos erros, para a necessidade da implementação de medidas para minimizar a sua ocorrência e para a necessidade e importância da sua notificação, como ferramenta de aprendizagem e melhoria dos cuidados e deve ser desenvolvida investigação nos serviços a fim de compreender o fenómeno dos erros de enfermagem e introduzir medidas preventivas, de acordo com cada contexto.

Neste sentido, esperamos ter incentivado uma reflexão dos entrevistados sobre os cuidados que prestam e ter despertado a sua sensibilidade para as práticas que consideram premente implementar. E pretendemos partilhar os resultados deste estudo no serviço, para promover uma reflexão conjunta da equipa, identificar áreas em que é necessário intervir e delinear estratégias que possam facilitar essa implementação.

BIBLIOGRAFIA

ALFREDSDOTTIR, Herdis; BJORNSDOTTIR, Kristin – Nursing and patient safety in the operating room. **Journal of Advanced Nursing**. Oxford. ISSN 0309-2402. Vol. 61, n.º 1 (2008), p. 29-37.

ALVES, Elisa – **Cancelamentos de Cirurgias no Próprio Dia**. Lisboa: ENSP/UNL, 2012. 101 p. Dissertação de Mestrado em Gestão em Saúde.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS (AESOP) – **Práticas Recomendadas Para o Bloco Operatório**. Lisboa: Espaço Gráfico, 2005. 132 p. ISBN 972-9171-65-3.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESAS (AESOP) – **Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados**. Loures: Lusodidacta, 2006. 356 p. ISBN 972-8930-16-X.

ASSOCIATION OF PERIOPERATIVE REGISTERED NURSES (AORN) – Position Statement: Noise in the Perioperative Practice Setting. [Em linha]. (2009). [consult. 25 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.aorn.org>.

BARBOSA, Maria Helena; OLIVA, Ártemis Maria; NETO, Adriana Lemos – Ocorrência de lesões perioperatórias por posicionamento cirúrgico. Revista Cubana de Enfermeria. [Em linha]. 27:1 (ene-mar, 2011) 31-41. [Consult. 22 Abr. 2013]. Disponível em www.bvs.sld.cu/revistas/enf/vol27_01_11/enf051111.htm. ISSN 1561-2961.

BARDIN, Laurence – **Análise de Conteúdo**. 3ª ed. Lisboa: Edições 70, 2004. 223 p. ISBN 972-44-1214-8.

BARKER, Mike – Deverá haver a presença de um enfermeiro na sala de operações? **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 10, n.º 115. (Outubro, 1997), p. 9-13.

BEDOUCHE, Fabienne – La gestion des risques, une démarche indispensable. **Interbloc**. Paris. ISSN 02423960. Tome XXVI, n.º 3. (Septembre, 2007), p. 168-171.

BEDOUCHE, Fabienne – Les différents risques au bloc opératoire et leur prévention. **Interbloc**. Paris. ISSN 02423960. Tome XXVI, n.º 3. (Septembre, 2007a), p. 176-177.

BETTENCOURT, Merícia – Tomada de posição sobre segurança do cliente. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 29. (Maio, 2008), p. 57-62.

BOGDAN, Robert; BIKLEN, Sari – **Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora, 1994. 265 p. ISBN 972-0-34112-2

CARMO, Hermano; FERREIRA, Manuela – **Metodologia da Investigação: guia para a auto-aprendizagem**. Lisboa: Universidade Aberta, 2002. 353 p. ISBN 978-972-647-231-9.

CARNEIRO, António – O erro clínico, os efeitos adversos terapêuticos e a segurança dos doentes: uma análise baseada na evidência científica. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10. (2010). 3-10. [Consult. 29 Jul. 2013]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>. ISSN 0870-9025X.

CARVALHO, Viviane [et al.] – Erros mais comuns e fatores de risco na administração de medicamentos em unidades básicas de saúde. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 7, n.º 5. (Dezembro, 1999), 14 p.

CERDEIRA, Ana Berta – Informação e consentimento. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 29. (Maio, 2008), p. 12-17.

CONDEÇO, Jorge [et al.] – Hemovigilância: uma ferramenta fundamental na segurança do doente. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA; António – Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do

Doente. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. ISBN 978-989-20-3849-0.

CORDEIRO, Ana – **Responsabilidade Profissional: Recursos Humanos e Qualidade dos Cuidados de Enfermagem**. Lisboa: Universidade de Lisboa, 2009. Dissertação de Mestrado em Bioética. 162 p.

CÔRTE-REAL, Isabel [et al.] – Segurança do Doente e o Controlo de Infecção através das mãos. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA; António - Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. ISBN 978-989-20-3849-0.

COSTA, Dinora – Plano de Cuidados no Bloco Operatório. **Divulgação**. Porto. DL 22765/88. Ano IV, n.º 16. (Outubro, 1990), p. 17-22.

COUNCIL OF THE EUROPEAN UNION (CEU) – Council Recommendation on patient safety, including the prevention and control of healthcare associated infections. [Em linha] (2009). [Consult. 22 Fev. 2013]. Disponível em <http://www.consilium.europa.eu/Newsroom>.

CRUZ, António – O Desgaste Profissional dos Enfermeiros do Bloco Operatório na Região Autónoma dos Açores. **Revista de Investigação em Enfermagem**. Coimbra. ISSN 0874-7695. n.º 9. (Fevereiro, 2004), p. 35-44.

ERCOLE, Flávia [et al.] - Risco para infecção do sítio cirúrgico em pacientes submetidos a cirurgias ortopédicas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto. ISSN 0104-1169. Vol. 19, n.º 6. (Novembro/Dezembro, 2011), p. 1362-1368.

ESCOVAL, Maria Antónia [et al.] - Contributo para a melhoria da Segurança do Doente – Erros do sistema de hemovigilância português e relatório de quase acidentes. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA; António – Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa:

Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. ISBN 978-989-20-3849-0.

FARIA, Armindo – **Caracterização e Análise dos Acidentes de Trabalho com Profissionais de Enfermagem numa Unidade Hospitalar**. Bragança: Universidade do Minho, 2008. 144 p. Dissertação de Mestrado em Engenharia Humana.

FERNANDES, António; QUEIRÓS, Paulo – Cultura de Segurança do Doente percebida por enfermeiros em hospitais distritais portugueses. **Referência**. Coimbra. ISSN 0874-0283. III Série, n.º 4. (Julho, 2011), p. 37-48.

FERNANDES, Patrícia; SILVA, Elsa; SEMIÃO, Sónia – Erros de Medicação: análise da percepção dos enfermeiros sobre a ocorrência de erros de medicação numa UCI. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA, António - Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. ISBN 978-989-20-3849-0.

FERNANDES, Raul - Nove soluções vitais para a segurança do doente. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 26. (Junho, 2007), p. 38-39.

FERRAZ, Edmundo – A cirurgia segura. Uma exigência do século XXI. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro. ISSN 0100-6991. Vol. 36, n.º 4. (Abril, 2009), P. 281-282.

FERREIRA, Cristina; MAGALHÃES, Glória – Conhecer o utente para cuidar no bloco operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 14, n.º 172. (Dezembro, 2002), p. 19-23.

FIGHERA, Jossiele; VIERO, Eliani – Vivências do paciente com relação ao procedimento cirúrgico: fantasias e sentimentos mais presentes. Revista da SBPH. [Em linha]. 8:2 (Dezembro, 2005). 51-63. [Consult. 22 Abr. 2013]. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1516-08582005000200005&script=sci_artt. ISSN 1516-0858.

FLICK, Uwe – **Métodos Qualitativos na Investigação Científica**. Lisboa: Monitor, 2005. 305 p. ISBN 972-9413-67-3

FONSECA, Rosa; PENICHE, Aparecida – Enfermagem em centro cirúrgico: trinta anos após a criação do Sistema de Assistência de Enfermagem Perioperatória. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 1982-0194. Vol. 22, n.º 4. (2009), p. 428-433.

FORTIN, Marie Fabienne – **O Processo de Investigação: da Concepção à Realização**. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. 388 p. ISBN 972-8383-10-X

FRAGATA, José – Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. ISSN 0870-9205. Vol. 10, n.º 3. (2010), p. 17-26.

FRAGATA, José; MARTINS, Luís. – **O Erro em Medicina. Perspectivas do indivíduo, da organização e da sociedade**. Coimbra: Almedina, 2004. 328 p. ISBN 978972023472

GASPAR, Ângela; FARIA, Emília – Alergia ao látex. Revista Portuguesa de Imunoalergologia. [em linha]. 20:3. (2012). 173-192. [Consult. 10 Jan. 2013]. Disponível em www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php. ISSN 0871-9721.

GEBRIM, Cyanéa [et al.] – Indicadores para prevenção de infeção do sítio cirúrgico sob a ótica da segurança do paciente. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA; António - Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013. ISBN 978-989-20-3849-0.

GEBRIM, Cyanéa [et al.] – Prevenção e controle de infeção em sala operatória com vistas à segurança do paciente. In SOUSA, Paulo; SERRANHEIRA, Florentino; UVA; António - Proceedings do 3º Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente. Lisboa: Congresso Internacional de Qualidade em Saúde e Segurança do Doente, 2013a. ISBN 978-989-20-3849-0.

GREIG, Judith – Enfermagem Intra-Operatória. In PHIPPS, Wilma *et al.*, - **Enfermagem Medico-Cirúrgica – Conceitos e Prática Clínica**. 2ª Edição. Lisboa: Lusodidacta, 1995. ISBN 972-96610-0-6. p. 477-501.

GRIGOLETO, Andréia; GIMENES, Fernanda; AVELAR, Maria do Carmo – Segurança do cliente e as ações frente ao procedimento cirúrgico. Revista Electrónica de Enfermagem. [Em linha]. 13:2. (Abr.-Jun., 2011) 347-354. [Consult. 21 Jan. 2012]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. ISSN 1518-1944.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN) – **Dotações Seguras Salvam Vidas – Instrumentos de Informação e Acção**. Genebra: ICN, 2006. (trad. por Ordem dos Enfermeiros) 84 p. ISBN 92-95040-44-9.

JOHNSON, Gillian – Funções da enfermeira no bloco operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 5, n.º 59. (Dezembro, 1992), p. 34-36.

JÚNIOR, Divaldo [et al.] – Erro medicamentoso em cuidados de saúde primários e secundários: dimensão, causas e estratégias de prevenção. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10. (2010). 40-46. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>. ISSN 0870-9025-X.

LANDRY, Réjean – A análise de Conteúdo. In GAUTHIER, Benôit - Investigação Social - Da Problemática à Colheita de Dados. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X. p. 345-372.

LAPERRIÈRE, Anne – A observação directa. In GAUTHIER, Benôit - Investigação Social - Da Problemática à Colheita de Dados. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X. p. 257-278.

LEITE, Lúcia – Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a Segurança de Cuidados: Perspectiva do Conselho de Enfermagem. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 24. (Fevereiro, 2007), p. 27-32.

LOURENÇO, Maria Clara – Cuidar no Bloco Operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 15, n.º 187. (Abril, 2004), p. 25-28.

MANGRAM, Alicia [et al.] - Guideline for prevention of surgical site infection. Infection Prevention and Hospital Epidemiology. [Em linha]. 20:4. (1999) 247-278. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/SSI_1999.pdf.

MATOS, Fabiana; PICCOLI, Marister - Diagnóstico de Enfermagem - Risco para Lesão Perioperatória por Posicionamento Identificado no Período Transoperatório. **Ciência, Cuidado e Saúde**. Maringá. ISSN 1677-3861. Vol. 3, n.º 2. (Mai.-Ag., 2004), p. 187-194.

MARTINS, Conceição – Da delegação; do sigilo; do consentimento. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 29. (Maio, 2008), p. 51-56.

MAZIERO, Eliane – **Avaliação da Implantação do Programa Cirurgia Segura em um Hospital de Ensino**. Curitiba: Universidade Federal do Paraná, 2013. 104 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem.

MONTEIRO, José – **A segurança do paciente cirúrgico, o papel dos profissionais e o impacto sócio-económico numa unidade de saúde local**. Guarda: Instituto Politécnico da Guarda, 2010. Dissertação de Mestrado em Gestão, especialização em Administração Pública. 166 p.

MONTEIRO, Ana; BATISTA, Fernanda; LUZ, Paula – Imobilidade do Utente Anestesiado no Bloco Operatório. **Sinais Vitais**. Coimbra. ISSN 0872-8844. N.º 42. (Maio, 2002), p. 25-28.

NETO, Rui [et al.] - Ruídos na unidade de terapia intensiva: quantificação e percepção dos profissionais de saúde. Revista Brasileira de Terapia Intensiva. [Em linha] 22:4. (Dezembro, 2010). 369-374. [Consul. 20 Jul. 2013]. Disponível em <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-507x2010000400010>. ISSN 0103-507X.

NUNES, Lucília – A segurança deve ser uma componente crítica da qualidade. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 23. (Novembro, 2006), p. 13.

NUNES, Lucília – Responsabilidade Profissional: cinco estrelas e uma bandeira azul. Dos conceitos a um relance ao contexto da Enfermagem Perioperatória. **Revista AESOP**. Vol. 8, n.º 23. Lisboa. ISSN 0874-8128. N.º 26. (Agosto, 2007), p. 5-18.

NUNES, Pedro – Segurança nos Cuidados de Saúde – Papel da Ordens Profissionais. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 24. (Fevereiro, 2007), p. 36-39.

OLIVEIRA, Jacinto – Condições do Exercício Profissional – Presente e Futuro. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629 N.º 23. (Novembro, 2006), p. 23-25.

OLIVEIRA, Jacinto – Intervenções da Ordem dos Enfermeiros para a segurança dos cuidados - Perspectiva do Conselho Directivo. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 24. (Fevereiro, 2007), p. 13-17.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante. [Em linha] (Setembro, 2004). [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/tomadasposicao/Paginas/default.aspx.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Analisando as possibilidades de recusa do enfermeiro na prestação de Cuidados. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 17 (Julho, 2005), p. 21-24.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – A enfermagem conta. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 17 (Julho, 2005a), p. 44-46.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Segurança do doente, torná-la uma realidade! Declaração do Luxemburgo sobre a segurança do doente. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 17 (Julho, 2005b), p. 47-49.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Tomada de posição do Conselho Jurisdicional sobre segurança de doentes. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 22 (Julho, 2006), p. 16-22.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Tomada de Posição sobre Delegação. Parecer n.º 136/2007 - Proposta de Enunciado de Posição. **Ordem dos Enfermeiros**. Lisboa. ISSN 1646-2629. N.º 26. (Junho, 2007), p. 24-27.

ORDEM DOS ENFERMEIROS (OE) – Parecer n.º 10/2010 – Dotação de Enfermeiros no Bloco Operatório. [Em linha] (Junho, 2010). [Consult. 20 Jan. 2013]. Disponível em www.ordemenfermeiros.pt/documentos/Paginas/ConselhoEnfermagem.aspx.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS) – Orientações da Organização Mundial de Saúde para a cirurgia segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas. (trad. por DGS). 169 p. ISBN 978-924-159855-2.

PANCIERI, Ana [et al.] – *Checklist* de cirurgia segura: análise da segurança e comunicação das equipas de um hospital escola. Revista Gaúcha de Enfermagem. [Em linha]. 34:1. (2013). p. 71-78. [Consult. 29 Jul. 2013]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=1983-1447&Ing=pt&nrm=iso. ISSN 1983-1447.

PEIXOTO, Isabel [et al.] – Continuidade de Cuidados em Bloco Operatório. Visita Pré e Pós-Operatória. **Boletim do HPV**. Lisboa. ISSN 0870-8363. Vol. XIII, n.º 4 (Out.-Dez., 2000), p. 149-154.

PERDIGOTO, Paula – **Riscos no Bloco Operatório: realidades que podem influenciar a gestão**. Bragança: Instituto Politécnico de Bragança, 2012. Dissertação de Mestrado em Gestão das Organizações, ramo de Gestão de Unidades de Saúde. 114 p.

PEREIRA, Bruno [et al.] – Interrupções e distrações na sala de cirurgia do trauma: entendendo a ameaça do erro humano. **Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões**. Rio de Janeiro. ISSN 0100-6991. Vol. 38, n.º 5. (2011), p. 292- 298.

PERNEGER, Thomas – The swiss cheese model of safety incidents. Are there holes in the metaphor? BMC Health Services Research. [Em linha]. 5:71. (November, 2005). [consult. 27 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/5/71>. ISSN 1472-6963.

PINA, Elaine [et al.] – Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10. (2010). 27-39. [Consult. 10 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>. ISSN 0870-9025X.

PINA, Elaine; MAIA, Maria José; PEREIRA, Luís – Vigilância das Infecções do Local Cirúrgico: HELICS-Cirurgia. Relatório 2006-2010. Lisboa: PNCI, 2012. 24 p.

PINHEIRO, Maria José – Os registos de enfermagem no bloco operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 4, n.º 37. (Fevereiro, 1991), p. 9-10.

PINHEIRO, Maria José – Bloco Cirúrgico: que tendências? **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 5, n.º 61. (Fevereiro, 1993), p. 6-10.

PINHEIRO, Maria José – Formação dos Enfermeiros de Bloco Operatório. **Enfermagem**. Lisboa. ISSN 0871- 0775. 2ª Série, nº 1. (Jan.-Mar., 1996), p. 4-7.

PINTO, Fausto – A problemática do bloco operatório. **Nursing**. Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 3, n.º 28. (Maio, 1990), p. 45-48.

POLIT, Denise; BECK, Cheryl; HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5ª Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 487 p. ISBN 85-7307-984-3.

POLIT, Denise; HUNGLER, Bernadette - **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem**. 3ª Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391 p. ISBN 85-7307-101-X

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (DGS)– **Circular Normativa n.º 16/DQS/DQCO: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Lisboa: DGS, 2010. 15 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (DGS) - **Manual de Implementação - Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica da OMS 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas**. Lisboa: DGS, 2010a. 21 p. ISBN 978 92 4 159859 0.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (DGS) – **Estrutura Concetual da Classificação Internacional da Segurança do Doente: Relatório Técnico Final**. Lisboa: DGS, 2011. 145 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção Geral da Saúde (DGS) – **Norma n.º 002/2013/DQS: Cirurgia Segura, Salva Vidas**. Lisboa: DGS, 2013. 8 p.

POVEDA, Vanessa [et al.] – Métodos de Prevenção e Reaquecimento do Paciente Para o Perioperatório. Revista Electrónica de Enfermagem. [Em linha]. 7:3. (2005). 266-272. [Consult. 12 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.fen.ufg.br>. ISSN 1518-1944.

POVEDA, Vanessa; GALVÃO, Cristina; DANTAS, Rosana – Hipotermia no período intra-operatório em pacientes submetidos a cirurgias electivas. **Acta Paulista de Enfermagem**. São Paulo. ISSN 1982-0194. Vol. 22, n.º 4. (2009), p. 361-366.

RAMOS, Emília; ALMEIDA, José; PINHEIRO, Teresa – Visita de Enfermagem Pré-Operatória. **Informar**. Porto. DL 86748/95. Ano IX, n.º 30 (Jan.-Ag., 2003), p. 5-9.

SANTOS, Regina – **Assistência de enfermagem perioperatória a pacientes alérgicos ao látex**. Campinas: Universidade Estadual de Campinas, 2008. Dissertação de Mestrado em Cirurgia. 123 p.

SAVOIE-ZAJC, Lorraine – A entrevista semi-dirigida. In GAUTHIER, Benôit - Investigação Social - Da Problemática à Colheita de Dados. 3ª ed. Loures: Lusociência, 2003. ISBN 972-8383-55-X. p. 279-302.

SCHANAIDER, Alberto; MANSO, José – Corpos estranhos provenientes de acessos cirúrgicos à cavidade abdominal: aspectos fisiopatológicos e implicações médico legais.

Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões. Rio de Janeiro. ISSN 0100-6991. Vol. 33, n.º 4. (Jul.-Ag., 2006), p. 205-255.

SERRALHEIRO, José – Gestão de Blocos Operatórios. **Gestão Hospitalar.** Lisboa. ISSN 0871-0776. Ano VI, n.º 20. (Jul.-Set., 1990), p. 33-40.

SERRANHEIRA, Florentino; UVA, António; SOUSA, Paulo – Ergonomia hospitalar e segurança do doente: mais convergências que divergências. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10. (2010). 58-73. [Consult. 14 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>. ISSN 0870-9025.

SILVA, Amanda; SABIÁ, Consuelo; BRASILEIRO, Marislei – Conduta do enfermeiro nas emergências transfusionais. *Revista Electrónica de Enfermagem do Centro de Estudos de Enfermagem e Nutrição.* [Em linha]. 1:1. (Jan.-Jul., 2011) [Consult. 20 Jun. 2013]. Disponível em <http://www.ceen.com.br/revistaelectronica>. ISSN 1518-1944.

SILVA, Maria de Fátima [et al.] – Acolhimento do doente no Bloco Operatório. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 16, n.º 208. (Março, 2006), p. 36-41.

SOUSA, Paulo – Sistemas de Saúde e a Segurança dos Doentes. **Nascer e Crescer.** Porto. ISSN 0872-0754. Vol. XV, n.º 3. (2006), p. 163-166.

SOUSA, Paulo; UVA, António; SERRANHEIRA, Florentino – Investigação e inovação em segurança do doente. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. Vol. 10. (2010). 89-95. [Consult. 14 Abr. 2013]. Disponível em <http://www.elsevier.pt/rpsp>. ISSN 0870-9025.

STREUBERT, Helen; CARPENTER, Dona – **Investigação Qualitativa em Enfermagem: Avançando o Imperativismo Humanista.** 2ª ed. Loures: Lusociência, 2002. ISBN 972-8383-29-0.

TUDOR, Mike – Enfermagem de bloco operatório: Uma espécie em risco de extinção. **Nursing.** Lisboa. ISSN 0871-6196. Ano 7, n.º 73. (Fevereiro, 1994), p. 9-11.

UNION NATIONALE DES ASSOCIATIONS D'INFIRMIERS DE BLOC OPÉRATOIRE DIPLÔMÉS D'ÉTAT (UNAIBODE) – **Práticas e referências de enfermagem de bloco operatório. Desenvolver uma Cultura da Qualidade.** Loures: Lusociência, 2001. 378 p. ISBN 972-8383-24-X.

VALIDO, Susana – ***Checklist cirúrgica: contributo para uma intervenção na área da segurança do doente.*** Évora/Lisboa: Universidade de Évora/Instituto Politécnico de Lisboa, 2011. Dissertação de Mestrado em Intervenção Sócio-Organizacional na Saúde. 174 p.

VENDRAMINI, Regiane [et al.] – Segurança do paciente em cirurgia oncológica: experiência do Instituto do Câncer do Estado de São Paulo. Revista da Escola de Enfermagem USP. [Em linha]. 44:3. (2010). 827-832. [Consult. 21 Jan. 2012]. Disponível em <http://www.ee.usp.br/reeusp/>. ISSN 1980-220X.

ANEXOS

ANEXO I

Pedido de autorização para a realização do estudo

Exmo. Sr. Presidente do
Conselho de Administração dos
Hospitais da Universidade de Coimbra

Sónia Maria dos Santos Regadas Soares Rebelo, enfermeira graduada a exercer funções no Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e de Cirurgia Plástica e Reconstrutiva deste Hospital, com o n.º mecanográfico 5189, encontra-se a frequentar o Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Neste âmbito, pretende realizar um estudo qualitativo descritivo-exploratório, subordinado ao tema “Cuidados Seguros em Bloco Operatório”.

Com a elaboração deste estudo pretende, para além de aprofundar conhecimentos relevantes sobre a problemática da segurança do doente, conhecer as práticas da equipa de enfermagem, do serviço supramencionado, para garantir a segurança dos doentes.

Neste sentido, vem solicitar a Vª Ex.ª, autorização para desenvolver o estudo no referido serviço, utilizando como instrumentos de colheita de dados, a observação participante e a entrevista informal, dirigida aos enfermeiros dessa unidade. Saliente-se que, os dados obtidos serão exclusivamente utilizados no âmbito do trabalho e será garantido o anonimato da unidade de cuidados e da instituição, sendo referenciados, apenas, como “um bloco operatório periférico de um hospital central”.

Compromete-se a respeitar os princípios éticos inerentes a este tipo de pesquisa garantindo a informação e voluntariedade dos participantes.

Agradecendo a Vossa atenção, disponibilidade e compreensão, subscreve-se atenciosamente.

Pede deferimento,

Coimbra, 26 de Julho de 2011

ANEXO II

Autorização do Conselho de Administração para a realização do estudo

Parecer da Comissão de Ética sobre a realização do estudo

Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, E.P.E.

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

Exma. Senhora
Enf. Sónia Maria dos Santos Regadas Soares
Rebello
Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Maxilo-
Facial e do Serviço de Cirurgia Plástica e
Queimados dos
HUC-CHUC

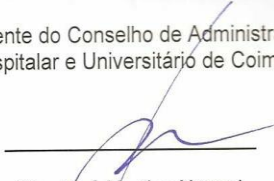
S/Refª	S/Comunicação	N/Ref. – Ofício n.º	Data
		PC 402/12	19.03.2012

Assunto: Projecto de investigação "Cuidados Seguros em Bloco Operatório" no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

Tendo presente o requerimento de V. Exa., datado de 15 de Novembro de 2011, onde pede a reapreciação do seu projecto de investigação "Cuidados Seguros em Bloco Operatório", inserido no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, da Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, informa-se que, se autoriza a realização do mesmo, de acordo com o parecer da Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, de 6 de Fevereiro de 2012, de que se junta cópia.

Com os melhores cumprimentos,

O Presidente do Conselho de Administração do
Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE


(Dr. José Martins Nunes)

JMN/PS

P.E.
Osterman
C.N.B.

COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Solicitare pentru nr. 10.
✓ Directe la nr. 10. Măști
" la nr. 10. Măști

Exmo. Senhor:
Presidente do Conselho de
Administração do
CHUC, E.P.E.

dedo o confide no pulso fazendo

N/Ref^a *du parrain* Ofício Nº
CES 0029

~~D~~ José Martins Nunes

ASSUNTO: Pedido de autorização para realização de trabalho de investigação subordinado ao tema "Cuidados Seguros em Bloco Operatório" (aplicação de questionário) - Sónia Maria dos Santos Regadas Soares Rebelo - Enfermeira Graduada do Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva dos HUC e aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra - (registo 5010/2011) - Estudo a ser realizado no Bloco Operatório do Serviço de Cirurgia Maxilo-Facial e de Cirurgia Plástica e Reconstructiva.

Dr. José Martins
Presidente do Conselho de Administração
C.H.U.C. - EPE

Cumpr-me informar Vossa Ex.^a que a Comissão de Ética para a Saúde do CHUC, EPE, reunida em 03 de Fevereiro de 2012, com a presença da maioria dos seus membros, após análise do projecto mencionado em epígrafe e ouvido o relator, emitiu o seguinte parecer:

Trata-se de um estudo em que a autora tem como objectivos aprofundar conhecimentos relevantes sobre a problemática da segurança do doente e conhecer as práticas da equipa de enfermagem. Visando estes objectivos pretende colher dados sobre práticas no Bloco Operatório dos dois serviços referidos em epígrafe, através da aplicação de uma grelha de observação e de uma entrevista aos Senhores Enfermeiros.

O projecto está bem instruído sob o ponto de vista formal e tem *parecer favorável* à sua realização. Deliberação aprovada por unanimidade. Contudo, como nota, realça-se que o estudo

se configura mais com um processo de auditoria, podendo os resultados ser tornados públicos. (??)

²Com os melhores cumprimentos,

P' A COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE
DO CHUC, E.P.E.

Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros
Presidente da CES do HUG-CHUG E. P. E.

A CES da HUC-CHUC: Prof. Doutor José Joaquim Sousa Barros; Prof.ª Doutora Maria Fátima Pinto Saraiva Martins;
Dr. Mário Rui Almeida Branco; Enf.ª Adélio Tinoco Mendes; Padre José António Afonso Pais.
A CES da HSC-CHUC: Dra. Cláudia Santos; Dra. Conceição Pascoal; Dr. Paulo Figueiredo; Enf.ª Fernanda Pereira
A CES da HS-CHUC: Dra. Alice Torcato; Dr. José Alves Grito Gonçalves; Enf.ª Fernando Mateus; Dra. Maria Helena Gomes;
Dr. José António Pinheiro.

Av. Bissaya Barreto / Pct.² Prof. Mota Pinto
3000-075 Coimbra
E-mail: dirclinica@huc.min-saude.pt

Tel.: 239 400 408

Fax: 239 405 646

ANEXO III

Guião da Entrevista

BLOCOS TEMÁTICOS	OBJECTIVOS ESPECÍFICOS	FORMULÁRIO DE PERGUNTAS
Legitimação da entrevista	Legitimar a entrevista. Motivar o entrevistado.	•Apresentação da entrevistadora. •Informação sobre os objectivos do trabalho. •Solicitar colaboração aos enfermeiros, referindo a importância do seu contributo. •Garantir a confidencialidade dos dados e o respeito pelo anonimato.
Caracterização do entrevistado	Conhecer o entrevistado	•Idade do participante. •Percurso profissional.
Práticas relativas à SD no BO	Conhecer as práticas de SD no BO conhecidas e adoptadas pelos participantes	•Quais as práticas de SD no BO que conhece? •O que faz para garantir a SD, no seu contexto profissional?
Necessidades de adopção de outras práticas de SD no serviço	Identificar práticas de SD que os enfermeiros consideram ser necessário implementar no serviço.	•Considera necessário adoptar outras práticas de SD, no seu contexto profissional? •Quais gostaria de ver implementadas?
Opinião dos enfermeiros sobre a segurança dos cuidados	Conhecer a opinião dos enfermeiros sobre a segurança dos cuidados que prestam	Na sua opinião, os cuidados de enfermagem prestados, no seu serviço, são seguros? Porquê?
Opinião dos enfermeiros sobre a LVSC	Conhecer opinião dos enfermeiros sobre a LVSC.	•O que pensa sobre a LVSC? •Qual o motivo de não ser utilizada no seu serviço?
Informação complementar	Adquirir informação complementar.	•Há mais algum aspecto que queira abordar acerca da importância da promoção da SD e da implementação da LVSC?

ANEXO IV

Grelha de Observação das Práticas

GRELHA DE OBSERVAÇÃO

Antes da Indução Anestésica	S	N	N A	Antes da Incisão	S	N	N A	Antes do doente Sair da Sala	S	N	N A
Doente confirmou:				Todos os elementos indicaram nome e papel				Confirmação do procedimento			
Identidade											
Procedimento											
Consentimento											
Identificação do local da cirurgia				Confirmado nome do doente, local, procedimento				Contagem de:			
								Instrumentos			
								Compressas			
Verificação do equipamento de anestesia				Antibiótico administrado nos últimos 60 minutos				Agulhas e cortantes			
Verificação da medicação				Esterilização confirmada				Rotulagem das amostras			
Oxímetro de pulso colocado e a funcionar				Existência de problemas com os equipamentos e dispositivos médicos				Envio das amostras			
O doente tem alergia conhecida								Problemas a resolver com equipamentos			

ANEXO V

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica



World Health
Organization

Patient Safety

A World Alliance for Safer Health Care



Antes da Indução da Anestesia (Sign in)	Antes da incisão da pele (Time out)	Antes do doente sair da sala de operação (Sign out)
(Na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)	(Na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião)
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	☐ 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	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

