

e s c o l a superior de enfermagem de coimbra

### CICLO DE ESTUDOS CONDUCENTE AO GRAU DE MESTRE EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

# PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO

Lina Maria Ferreira Caetano

Coimbra, novembro de 2021



e s c o l a superior de enfermagem de coimbra

### CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

## PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO NA PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO

Lina Maria Ferreira Caetano

Orientadora: Professora Adjunta Mestre Maria da Nazaré Ribeiro Cerejo, Professora na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

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

Coimbra, novembro de 2021

"Foi o tempo que perdi com a minha rosa que a fez tão especial".

Antoine de Saint Exupéry



#### **AGRADECIMENTOS**

À minha orientadora, Professora Mestre Nazaré Cerejo pelo profissionalismo, disponibilidade nos esclarecimentos, pelas palavras de incentivo e encorajamento ao longo de todo o processo de investigação.

À diretora do BO, Elisabete Valente e Enfermeira Gestora Margarida Jordão pelo apoio e motivação no desenvolvimento da investigação.

Às minhas amigas e colegas de mestrado Ana e Isabel pelo carinho, pela ajuda, pelos momentos de partilha demonstrados neste percurso académico.

Aos meus colegas de serviço pela partilha de ideias e sobretudo pela amizade, o meu muito obrigado, pela motivação no preenchimento do questionário que tornaram este projeto exequível.

Aos meus amigos pelas palavras de apoio e incentivo

A todos, um reconhecido agradecimento!

#### **DEDICATÓRIA**

Ao meu marido Luís e aos meus filhos Ricardo e Francisco, pelo apoio incondicional pela paciência e resignação desde o início deste percurso. Obrigada pela compreensão, pelas palavras de incentivo quando tudo parecia não estar certo. Obrigado pela forma como compreenderam as minhas ausências.

Um agradecimento especial ao meu marido Luís pelo empenho e esforço que demonstrou para que eu concretizasse este projeto.

Aos meus pais que sempre demostraram amor, orgulho e apoio inigualável.

À minha família inspiradora, extraordinária; a melhor, o meu muito obrigada.

#### **ABREVIATURAS E SIGLAS**

ACSS - Administração Central do Sistema Nacional de Saúde

**AESOP** - Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses

**AHRQ** - Agency for Healthcare Research and Quality

**AORNA** - Association Perioperative Registered Nurses

**BO** - Bloco Operatório

**CRM - Crew Resource Management** 

DGS - Direção-Geral de Saúde

**EORNA** - European Operating Room Nurses Association

ISBAR - Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation

**OE** - Ordem dos Enfermeiros

OMS - Organização Mundial de Saúde

PT - Portugal

**SAQ** - Safety Attitudes Questionnaire

**SPSS** - Statistical Package for the Social Science

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

UCPA - Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

**RESUMO** 

O bloco operatório é um dos ambientes mais complexos na prestação de cuidados de

saúde. A equipa multidisciplinar mobiliza competências individuais, adotando medidas

simples e de caráter universal, visando a segurança do ambiente cirúrgico, que é

responsabilidade de todos (OMS, 2003). O enfermeiro de perioperatório, compreende

as funções de apoio à anestesia, circulante, instrumentista e UCPA. Alicerça as práticas

na melhor evidência, sustentando a prestação de cuidados seguros e de qualidade. Este

estudo pretendeu identificar a perceção do enfermeiro sobre o clima de segurança no

BO; identificar e analisar as práticas do enfermeiro promotoras de um ambiente cirúrgico

seguro. Metodologicamente, optou-se por um estudo quantitativo, descritivo e

correlacional com uma amostra por conveniência. Na colheita dos dados aplicou-se a

versão PT Safety Attitudes Questionnaire e outro questionário formulado com base nas

"Práticas Recomendadas para Bloco Operatório da AESOP.

Os principais resultados obtidos com o SAQ mostram a existência de perceção positiva

do clima de segurança. O enfermeiro quanto mais idade, mais experiência profissional

e tempo em perioperatório possui, maior é a frequência das suas práticas. Constatou-

se que o empenho na manutenção do ambiente seguro está estreitamente ligado a uma

maior perceção das condições de trabalho. São boas práticas "Prevenção da cirurgia do

lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado", "Higienização das mãos",

"Segurança do medicamento", "Ambiente operatório", "Posicionamento do doente" e

"Transferência para a UCPA".

Conclui-se que o diagnostico das práticas conducentes a cuidados de excelência revela

ser essencial no desenvolvimento de normas e protocolos apostando numa praxis

promotora da segurança do ambiente cirúrgico.

Palavras-Chave: Ambiente; Segurança; Perioperatório; Práticas

**ABSTRACT** 

The operating room is one of the most complex environments in health care provision,

where a multidisciplinary team mobilizes individual skills, adopting simple and universal

measures aiming the safety of the surgical environment, which is everyone's

responsibility (WHO, 2003). The perioperative nurse understands the functions of

support to anaesthesia, circulating, instrumentalist and in the PACU. Practices are

based on the best evidence supporting the provision of safe and quality care. This study

aims to identify the nurses' perception of the safety climate in the OR; identify and

analyse the practices of nurses that promote a safe surgical environment.

Methodologically, we opted for a quantitative, descriptive, and correlational study with a

convenience sample. During data collection, the Safety Attitudes Questionnaire and

another questionnaire based on Operation Room Nurse Association "Recommended

Practices" were applied.

The results obtained with the SAQ show the existence of a positive perception of the

safety climate. The older the nurse, the more professional experience and time in the

perioperative period, the greater the frequency of their practices are. It was found that

the commitment to maintaining a safe environment is closely linked to a greater

perception of working conditions. Good practices are "Prevention of wrong side surgery,

wrong surgical procedure and wrong user", "Hand hygiene", "Medicine safety",

"Operating environment", "Patient positioning" and "Patient transfer to PACU".

We concluded that the diagnosis of practices leading to excellent care proves to be

essential in the development of standards and protocols, investing in a praxis promoting

the safety of the surgical environment.

Keywords: Environment; Safety; Perioperative; Practices

INTRODUÇÃO	19
PARTE I - ENQUADRAMENTO TEORICO	
1 - AMBIENTE CIRÚRGICO	25
1.1- ESPECIFICIDADES DO BLOCO OPERATÓRIO	26
1.2 - MULTIDISCIPLINARIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO	28
2 - SEGURANÇA DO AMBIENTE CIRÚRGICO	31
2.1- IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO	34
2.2 – MONITORIZAÇÃO DO AMBIENTE CIRÚRGICO	35
3 - ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA	39
3.1 - FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO	40
3.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO PARA A PROMOCÃO DE UM AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO	44
4 - METODOLOGIA	49
4.1 - TIPO DE ESTUDO	49
4.2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO	50
4.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS	51
4.4 - HIPÓTESES	51
4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA	52
4.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	53
4.7 - TRATAMENTO DOS DADOS	56
4.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS	56
5 - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	59

5.1 CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS59
5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA DO SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE (SAQ) – SHORT FORM 2006, PT60
5.3 - ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO SOBRE AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO63
6 - DISCUSSÃO DOS RESULTADOS71
CONCLUSÃO81
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS85
APÊNDICES
APÊNDICE I - INDICADORES BIBLIOMÉTRICOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS
APÊNDICE II – APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO, POPULAÇÃO E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS
APÊNDICE III – INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS
<b>APÊNDICE IV</b> – TABELA DA ESTATÍSTICAS DOS ITENS DO SAQ - SHORT FORM 2006 PT
APÊNDICE V – TABELA DA FREQUÊNCIA DAS RESPOSTAS AO QUESTIONÁRIO SOBRE A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DOS ENFERMEIROS
APÊNDICE VI – TABELA ESTATÍSTICA DOS ITENS DO QUESTIONÁRIO SOBRE PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO
APÊNDICE VII – TABELA - RESULTADOS DO TESTE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO E A IDADE
APÊNDICE VIII TABELA - RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO E O TEMPO DE EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL
APÊNDICE IX – TABELA COM OS RESULTADOS DO TESTE DE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO E O TEMPO DE SERVIÇO NO BLOCO OPERATÓRIO
APÊNDICE X - TABELA COM OS RESULTADOS DO TESTE KRUSKAL-WALLIS ENTRE A PERCEÇÃO DAS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO E AS

FUNÇÕES EM PERIOPERATÓRIO

#### **ANEXOS**

**ANEXOS I** - AUTORIZAÇÃO PRESIDENTE DO CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO

ANEXOS II - PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

**ANEXOS III - CONSENTIMENTO INFORMADO** 

**ANEXOS IV** - AUTORIZAÇÃO PARA UTILIZAR O QUESTIONÁRIO

**ANEXOS V** - GRELHA DE OBSERVAÇÃO

**ANEXOS VI -** RESULTADOS DA ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS POR MOMENTOS BLOCO OPERATÓRIO

#### LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Conceito cultura de segurança
Tabela 2 - Funções Enfermeiro Apoio Anestesia
Tabela 3 - Funções Enfermeiro Circulante4
Tabela 4- Funções Enfermeiro Instrumentista4
Tabela 5 – Funções do Enfermeiro UCPA
Tabela 6 - Áreas de atuação do enfermeiro de perioperatório
Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo sexo e idade
Tabela 8 - Habilitações Académicas
Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo experiência profissional e tempo de serviç no BO6
Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo o desempenho de funções er perioperatório
Tabela 11 - Frequência das respostas ao SAQ - Short Form 2006 PT6
Tabela 12 - Análise das dimensões do SAQ - Short Form 2006 PT6
Tabela 13 - Análise das áreas de atuação das práticas do enfermeiro de perioperatórion de la company
Tabela 14 - Resultados do teste de Correlação de Spearman entre as dimensões SAC

#### **INTRODUÇÃO**

O bloco operatório (BO) é um dos ambientes mais complexos da prestação de cuidados de saúde. A tecnologia utilizada de acordo com o procedimento cirúrgico a realizar e a multidisciplinaridade constituída por anestesiologistas, cirurgiões, enfermeiros e outros técnicos de saúde numa interação perfeita, num contexto de grande complexidade, obriga à identificação dos riscos, a avaliá-los e a hierarquizá-los visando identificar ações de melhoria a desenvolver. Um ambiente cirúrgico seguro é uma responsabilidade da equipa, que mobiliza as competências individuais e implica a gestão sistematizada de todas as atividades (DGS, 2015). A segurança do doente é uma temática que tem vindo a assumir relevância crescente junto das autoridades internacionais como a Organização Mundial de Saúde (OMS), traduzindo-se na preocupação da adoção de medidas simples e de caráter universal que possam ser aplicadas facilmente independentemente do nível dos recursos materiais (OMS, 2003).

Madeira (2012) refere que a segurança cirúrgica é influenciada pelo tempo de experiência dos enfermeiros, o que poderá estar relacionado com a solidez dos conhecimentos e competências, permitindo uma melhor capacidade de reconhecer os erros, aliado à compreensão da importância do reporte de eventos para incrementar a qualidade e segurança do serviço. Muitas vezes, os erros são multifatoriais e podem ocorrer devido ao profissional, ao ambiente de cuidados ou à conjunção dos dois, pelo que um ambiente cirúrgico seguro é imperativo para a segurança do doente (Guido, Goulart, Brum, Lemos & Umann, 2014). Como referido por Fragata (2010), o BO é um palco singular onde estão presentes todos os ingredientes que potencializam o erro, como ambiente de stresse excessivo, ocorrências inesperadas durante os atos anestésico-cirúrgico, complicações, impreparação, falha dos equipamentos, dinâmicas e disfunções da equipa, falhas de organização e o erro humano (Fragata, 2010). A OMS (2009) alude que uma equipa que utiliza os seus conhecimentos e capacidades em prol do doente cirúrgico pode evitar um número considerável de complicações potencialmente fatais. No entanto, é admitido por vários autores que os elementos da equipa cirúrgica têm tido pouca orientação ou estrutura para promover o trabalho efetivo em equipa e minimizar os riscos para a segurança do doente. A orientação emanada pela OMS reforça o estabelecimento de práticas de segurança que garantam benefícios no perioperatório. Ou seja, uma equipa interdisciplinar treinada num ambiente altamente dinâmico com a introdução de protocolos é condição para equipas cirúrgicas seguras e eficazes (Teunissen, Burrell & Maskill, 2019).

O enfermeiro, ao implementar as melhores práticas e as medidas de segurança adequadas a cada procedimento, favorece a tomada de decisão para assegurar estratégias facilitadoras de um ambiente cirúrgico seguro o que conduz à diminuição do erro.

A escolha deste tema prende-se com o interesse pessoal da investigadora, dado tratarse da sua área de atividade profissional e também porque é uma preocupação mundial. A OMS reconhece a segurança do doente como uma prioridade global da saúde, sendo que em 2009, foi lançado o desafio "Cirurgia Segura Salva-Vidas" com o objetivo de melhorar a segurança dos cuidados e do doente. É um tema de extrema importância e de relevo significativo, visto ser um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde. E acresce ainda, como aspeto motivador, o facto de a investigação poder constituir um recurso para a melhoria contínua dos cuidados perioperatórios, no Centro Hospitalar onde exerce funções. Assim, como ponto de partida para a concretização do presente estudo, delineou-se a seguinte questão de investigação:

Será que as práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro?

De forma a obter resposta, foram enunciados os objetivos:

- Identificar a perceção do enfermeiro de perioperatório sobre o clima de segurança, no Bloco Operatório do hospital onde decorre o estudo.
- Identificar as práticas do enfermeiro de perioperatório que visam a promoção de um ambiente cirúrgico seguro, segundo as recomendações da AESOP.
- Analisar as práticas do enfermeiro de perioperatório promotoras de um ambiente cirúrgico seguro.
- Analisar as práticas promotoras de um ambiente cirúrgico seguro de acordo com as funções em perioperatório.

Para obter resposta a esta questão e objetivos, realizamos um estudo de caráter quantitativo, descritivo e correlacional. A amostra é de conveniência, extraída da população de enfermeiros a exercer funções num bloco operatório central de um

hospital da região centro. A colheita de dados é realizada através da aplicação de um questionário aos enfermeiros do bloco operatório do hospital onde decorre o estudo.

De modo a fundamentar a problemática que nos propomos, realizámos uma pesquisa suportada numa revisão da literatura. Esta foi efetuada nos meses de novembro e dezembro, nas bases de dados CINAHL. Complete; MEDLINE, Complete; Cochrane; MedicLatina através do motor de busca EBSCOhost. A questão de revisão que orientou a pesquisa foi "Será que as práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro?".

Os termos de pesquisa foram: patient safety or patient safety culture; operating room or operating theather, quality care or quality of health care; nursing care or operative nursing, com recurso ago operador boleano "AND" e truncatura "or". O horizonte temporal estabelecido foi de 5 anos, 2014-2019 e o campo selecionado foi T Título e AB resumo. Definimos como critérios de inclusão artigos em inglês e português. Da pesquisa resultaram seis artigos e após a leitura do título, excluímos um por se encontrar repetido. O *corpus* de análise ficou constituído pelos cinco artigos resultantes desta pesquisa (Apêndice I e II), por outros artigos pesquisados no motor de busca Google que consideramos pertinente incluir, e por consulta de manuais.

O documento desenvolve-se em duas vertentes que se complementam: uma centrada no enquadramento teórico-conceptual da problemática da enfermagem perioperatória, onde as funções e as boas práticas do enfermeiro promovem o ambiente cirúrgico seguro; outra, centrada na investigação empírica desenrolada na perspetiva das hipóteses formuladas.

O estudo encontra-se dividido em seis capítulos que formam as duas partes desta Dissertação. Na primeira parte (Capítulo 1,2,3), abordamos o enquadramento teórico que pretendemos utilizar como suporte do estudo empírico, à luz do contributo dado pelos diversos autores. Desenvolvemos conceitos de ambiente cirúrgico e apresentamos o bloco operatório e suas especificidades, faz-se referência à monitorização da segurança cirúrgica que teve com ponto de partida, o programa "Cirurgia Segura Salva-Vidas", com o intuito de prevenir complicações, melhorar a comunicação e contribuir para a cultura de segurança. Por fim, definimos enfermagem perioperatória e identificamos algumas das funções do enfermeiro. A segunda parte é dedicada ao estudo empírico (Capítulo 4, 5 e 6) onde é explicitada a metodologia e a problemática em estudo, o tipo de estudo a questão, objetivos e hipóteses, variáveis e

sua operacionalização, caracterizamos a população/amostra e descrevemos o instrumento de colheita dos dados. Testamos as relações entre as variáveis propostas, apresentamos os resultados obtidos e, por fim, a sua discussão.

Terminamos com a Conclusão, onde se faz a síntese dos principais resultados, conclusões decorrentes deste estudo e as suas limitações; uma reflexão sobre as implicações para a prática de enfermagem perioperatória e para investigações futuras.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

#### 1. AMBIENTE CIRÚRGICO

As instituições de prestação de cuidados, nomeadamente na área da saúde, desempenham um papel central na vida das populações e, têm como objetivo cuidar das pessoas, visando a melhoria da qualidade de vida.

Este tipo de instituições é também caracterizado por um certo grau de imprecisão na definição das suas metas e objetivos. Num plano abrangente e no âmbito concreto do desenho das políticas, os objetivos são geralmente instituídos, mas a um nível mais prático e operacional são comuns os reajustamentos e redefinições na operacionalização desses objetivos. É um trabalho dirigido, na maior parte dos casos, pelo sistema político nacional, sendo que o trabalho desenvolvido nos hospitais não deixa de ser também afetado pelas expetativas dos seus destinatários finais (Bäck-Wiklund et al., 2018)

O setor da saúde caracteriza-se por possuir mão de obra qualificada e o comportamento proativo dos funcionários pode aumentar a produtividade e qualidade na prestação de cuidados. De facto, a adoção de políticas e práticas de gestão de recursos humanos é um pressuposto para a qualidade no atendimento ao doente (Kuipers & Giurge, 2017).

O BO é um espaço hospitalar largamente consumidor de meios, não só pelo número de recursos humanos a ele afeto. Mas também pelo tipo de atividade e pela sua diferenciação tecnológica, consumindo parte significativa dos recursos financeiros da atividade hospitalar e da atividade cirúrgica em especial. A atividade cirúrgica é um elemento importante no financiamento das organizações hospitalares, em muito dependente da dinâmica do BO. Importa, por isso, garantir uma gestão adequada que conduza à melhor eficiência e eficácia, mantendo ou desejavelmente melhorando os atuais níveis de qualidade assistencial (ACSS, 2011). Para a Direção-Geral da Saúde (DGS), o BO corresponde à unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinado à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e, em regra geral, necessitam de procedimentos anestésicos (DGS, 2015). Para a Associação de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) (2012) é uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais, vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua

qualidade de vida. Ainda de acordo com a mesma associação, a história dos blocos operatórios acompanhou sempre de perto os avanços da cirurgia e as inovações em esterilização e controlo da infeção. As primeiras salas de operações surgem junto às enfermarias em pleno séc. XIX, ainda com vagas noções de assepsia. Após a I Grande Guerra Mundial surgiram então os primeiros blocos operatórios, com caraterísticas próprias e isolados dos demais serviços hospitalares, com acessos próprios e circuitos que respeitavam os princípios básicos do controlo de infeção. Começaram por ser compostos por uma ou duas salas e, atualmente, encontram-se dimensionados de acordo com a instituição hospitalar em que estão inseridos e as suas necessidades. Funcionam em estreita articulação com os mais variados serviços, nomeadamente, serviço de urgência, serviço de anatomopatologia, unidades de cuidados intensivos, internamentos cirúrgicos, farmácia, aprovisionamento, esterilização, imagiologia, serviço de hemoterapia, entre outros. Atualmente, regra geral, cada especialidade cirúrgica desempenha a sua atividade em sala própria que combina equipamento de imagem, com mesa operatória multifuncional e material muito específico. O BO é reconhecido como "o local de prestação de cuidados mais dispendioso de um hospital, pela tecnologia existente, pela diferenciação das cirurgias, pela especialização dos intervenientes e pela situação clínica do doente" (AESOP, 2012, p4).

Em pleno séc. XXI, a tendência mundial é o novo conceito de BO, com sala operatória híbrida. Consiste na junção da sala operatória convencional a uma de hemodinâmica, com estrutura física, equipamentos, materiais e acessórios que contribuem para uma intervenção cirúrgica menos invasiva. A infraestrutura tecnológica proporciona à equipa intervenções com maior precisão, menor trauma, melhores resultados e mais rápida recuperação. O Hospital Israelita Albert Einstein é a referência deste conceito (De Oliveira & Carvalho, 2016).

#### 1.1- ESPECIFICIDADES DO BLOCO OPERATÓRIO

O bloco operatório é o "coração" de qualquer grande hospital, a sua complexidade e especificidade é adequada à necessidade de segurança, ao procedimento e aos custos que decorrem da atividade (Medeiros & Filho, 2017). É um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal a diversas especialidades cirúrgicas. Poderão ser realizadas cirurgias urgentes, eletivas, de ambulatório, minimamente invasivas, ou convencionais. Podem igualmente ser realizados procedimentos de diagnóstico e de tratamento que necessitem de um elevado nível de cuidados de assepsia e de anestesia

(ACSS, 2011). Este contexto de cuidados é considerado dos mais complexos na área da saúde, pelo que as equipas devem ser altamente treinadas e qualificadas, exercendo a sua atividade em complementaridade e interagindo com tecnologia avançada, em situações de alto risco, com responsabilidade para responder às necessidades do doente cirúrgico (Ministério da Saúde, 2015).

Em Portugal, existe uma grande diversidade de modelos de BO decorrentes da evolução histórica das instituições e das características estruturais condicionadas pelas suas origens. Muitos destes BO sofreram alterações de forma a modernizar-se. São diversas as recomendações internacionais e, a nível nacional, as recomendações técnicas e normativas são da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) que apontam para alguns princípios e regras que devem ser tidos em conta no planeamento de um BO (Penedo et al., 2015).

O BO deve ser dividido em três áreas-área livre, área semi-restrita e área restrita – segundo as atividades específicas que se realizam em cada uma delas, de forma a promover os fluxos de circulação ou controlo de tráfico de e para o BO. Deve possuir um corredor central e uma Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA)(ACSS, 2011). A mesma entidade também considera que, por ser um serviço com grandes exigências técnicas, tanto a nível de instalações como dos procedimentos que realiza, as proximidades e relações com outros serviços devem ser tidas em conta aquando do projeto de um bloco operatório. Por exemplo, sendo um dos principais consumidores de material estéril e reprocessamento de itens, há uma forte proximidade entre os dois serviços, tal como aquela que existe entre a UCPA, a urgência, bloco de partos, cuidados intensivos, exames complementares de diagnóstico (imagiologia e laboratórios) e internamentos cirúrgicos (Ministério da Saúde, 2015).

A AESOP apresentou em 2010, o resultado de um levantamento nacional sobre os recursos humanos, que serviu de base à publicação das Práticas Recomendadas sobre: Dotações Seguras em Ambiente Perioperatório, no qual conclui que a nível nacional, em 25% dos BO, não estava garantida a presença de enfermeiro instrumentista, em 12% não estava garantida a presença de enfermeiro circulante e em 8% não estava garantida a presença de enfermeiro de apoio à anestesia. No entanto, o Relatório de Avaliação da Situação Nacional dos Blocos Operatórios, de 2015, refere que a avaliação de recursos humanos em BO depende das necessidades reais e sublinha que com vista à maximização dos recursos, existe um nível elevado de protocolos implementados. O

mesmo relatório salienta que o controlo de custos e o combate ao desperdício são circunstâncias que não podem deixar de ser levadas em linha de conta na gestão de uma unidade hospitalar e particularmente na gestão de um BO. A eficiência é um requisito para a sustentabilidade e tem um dos seus focos na produção com otimização de recursos (Penedo et al., 2015).

#### 1.2 - MULTIDISCIPLINARIDADE NO BLOCO OPERATÓRIO.

Os cuidados de saúde dependem de vários profissionais, de diferentes disciplinas, trabalhando juntos em direção ao objetivo comum, melhorando a qualidade dos processos do doente e promovendo a saúde. O trabalho em equipa é um elemento fundamental no novo paradigma da assistência em saúde devido ao grau de complexidade e especialização das "habilidades" (Weller, Boyd & Cumin, 2014; Teunissen et al., 2019). O estado da arte em saúde exige comunicação e trabalho em equipas eficazes de forma a oferecer o melhor atendimento ao doente/cliente, ou seja, equipas cirúrgicas bem treinadas inferem na qualidade do tratamento (Weller, Boyd, & Cumin, 2014; Schuessler, Stiles, & Mancuso 2020). A evidência recente sugere que a melhoria no trabalho em equipa na área da saúde, pode levar a ganhos significativos na segurança do doente e consequentemente à construção de uma equipa proativa e motivada, que estabelece uma atmosfera positiva em ambiente de trabalho. (Weller, Boyd, & Cumin, 2014).

A construção da equipa multidisciplinar é um processo dinâmico no qual os profissionais se conhecem e aprendem a trabalhar juntos para reconhecerem o trabalho, o conhecimento e o papel de cada profissional (Teunissen et al., 2019). Estas "equipas multidisciplinares" englobam todos os diferentes tipos de trabalhadores na pirâmide do cuidar, incluindo, enfermeiros, médicos, técnicos de diagnóstico, assistentes operacionais, fisioterapeutas, entre outros, sendo que, a utilização de equipas coesas limita os eventos adversos e aumenta a segurança do doente (Epstein, 2014). Este autor concluiu que para aumentar a eficiência da sala operatória a constituição da equipa multidisciplinar deve ter por base uma equipa treinada, o que resulta na melhoria da eficácia, levando a uma economia de tempo e custos. Em suma, a responsabilidade pessoal, a protocolização de procedimentos, o trabalho em equipa interdisciplinar e a recolha de informação precisa são, segundo o autor, fatores importantes para melhorar a eficiência numa sala operatória.

As equipas cirúrgicas são constituídas, no mínimo, por quatro diferentes grupos profissionais: cirurgiões, anestesiologistas, enfermeiros e assistentes operacionais. Esta equipa multidisciplinar pode ser acrescentada por técnicos de imagiologia, de patologia clínica, entre outros. O desempenho eficaz e eficiente de uma equipa cirúrgica depende do nível de coesão, do treino, da partilha de informação, da comunicação, dos protocolos vigentes, do respeito mútuo. Estas equipas multidisciplinares conduzem a padrões de qualidade no atendimento cirúrgico (Teunissen et al., 2019). Devem convergir na organização como um todo, sendo o compromisso, no sentido de melhorar a qualidade dos serviços de saúde prestados ao doente e suas famílias. De facto, a interdisciplinaridade em enfermagem, procura reunir os objetivos e as partes importantes das muitas profissões envolvidas nos cuidados de saúde e nos diferentes papéis que desempenham no perioperatório (Enf.º Instrumentista, Enf.º Circulante, Enf.º Anestesia) (Gomes, Martins, Tronchin & Fernandes, 2020).

#### 2. SEGURANÇA DO AMBIENTE CIRÚRGICO

A manutenção de um ambiente cirúrgico é um conceito complexo, porque envolve intervenções ao doente em prol da sua saúde, que decorrem em sala operatória de alta tecnologia. Esta oferece vários desafios incluindo o ambiente que a integra, por isso o enfermeiro, elemento fundamental neste teatro de operações, deve implementar uma política de segurança forte e eficaz de forma a evitar erros e eventos adversos (Mallouli et al., 2017).

Os investigadores do *Harvard Medical Practice Study* definiram um evento adverso como uma lesão causada pelo tratamento médico (em vez da doença subjacente) o qual prolongou o internamento, tratando-se de um evento evitável. Paralelamente a este termo, surge o termo "erro", definido como o ato incorreto (fazer algo errado) ou omissão (não fazer a coisa certa), levando a um resultado indesejável, potencialmente perigoso (AHRQ, 2019).

Para Fragata (2010), a culpa e o erro andam sempre de mãos dadas. Quando acontece um erro, a pergunta que impera é quem o cometeu. A responsabilização, a culpabilização e o processo disciplinar são o trajeto tradicional em redor do erro, o que leva a que ninguém deseje o seu nome associado a este tipo de acontecimento, e assim ocultar o sucedido perpetuando o erro. Em contrapartida a esta atitude, o acontecimento indesejável deve ser entendido como um momento de aprendizagem, uma "pérola" de oportunidade de aprender a não errar. O mesmo autor sublinha que a verdadeira qualidade está ligada à segurança e que, na verdade, não existe segurança sem qualidade. Afirma ainda que o BO é caracterizado por ser um ambiente de stresse excessivo.

Com ocorrências inesperadas (vertente diagnóstica, dificuldade técnica, impreparação, equipamento, falhas técnicas), de interface humano-equipamento muito variada e nem sempre ergonómico, com uma dinâmica de equipa com as suas disfunções usuais, com falhas da organização, falhas técnicas por avaria e claro tendente para o erro humano, onde é propensa a ocorrência de acidentes (Fragata, 2010, p. 20).

Os enfermeiros estão diariamente sujeitos a uma alta carga psicológica e baixo controlo sobre o trabalho, uma vez que a área do perioperatório é altamente exigente, podendo

também resultar em reações adversas à saúde do profissional, com a ocorrência de fadiga mental e ansiedade (Munhoz et al., 2020). O trabalho desenvolvido é complexo e intenso, pois o foco é o doente, exigindo do enfermeiro a atualização contínua de conhecimentos, responsabilidade técnica, habilidades e grande resistência ao stresse. Para além destes fatores, está inserido numa equipa multidisciplinar que envolve um ambiente de elevado nível tecnológico, onde o risco e o erro são uma constante. (Antunes, 2020).

As organizações científicas e internacionais, OMS e da União Europeia, recomendam aos Estados Membros a avaliação da cultura de segurança, como condição essencial para introduzir mudanças nos comportamentos dos profissionais, de forma às instituições prestadoras de cuidados alcançarem melhores níveis de segurança e de qualidade nos cuidados prestados (DGS, 2011). A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde estabeleceu como prioridade a Segurança do Doente para 2015-2020, integrando no seu Objetivo Estratégico1 — "Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno". Neste sentido, as instituições hospitalares e de cuidados de saúde primários devem avaliar a qualidade da cultura de segurança. Na operacionalização deste objetivo, o Relatório Segurança dos Doentes Avaliação da Cultura dos Hospitais, de agosto de 2015, concluiu que a cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade pelos profissionais e pelas instituições e que a cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais é fraca (DGS, 2015).

Segundo a OMS (2009), o estado da arte é o produto de valores individuais e de grupo, atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento que determinam o compromisso com a segurança e o estilo e competência da gestão da segurança de uma organização de saúde. Para *Agency for Healthcare Research and Quality* (AHRQ) (2018) é o conjunto de crenças, valores e normas que apoiam e promovem a segurança. O relatório de 2018 enumerou vários conceitos para a priorização da cultura de segurança de um hospital (Tabela 1).

Tabela 1- Conceito cultura de segurança

CULTURA DE SEGURANÇA	Conceito
1.Comunicação eficaz	Partilha de informação, positiva ou negativa Questionar livremente quando há algo negativo
Feedback e comunicação sobre o erro	A equipa é informada sobre o erro e recebe informação acerca das mudanças a implementar de forma a não perpetuar o erro
3. A frequência do <i>report</i> de eventos	Erros mais frequentes: (1) erro detetado e corrigido antes de afetar o doente (2) erros sem potencial para prejudicar o doente e (3) erros que poderiam prejudicar, mas não prejudicaram
4. Informação	Informação padronizada e relevante sobre o doente na transferência de unidades hospitalares e passagem de turno
5. Gestão de risco	O gabinete de gestão de risco e segurança do Hospital deve contribuir para um clima de trabalho que promova e priorize a segurança.
6. Resposta não punitiva ao erro	A comunicação do erro e relatório de eventos adversos não são colocados no processo individual do funcionário
7. Aprendizagem organizacional	Erros levaram a mudanças de melhoria contínua que são avaliadas quanto à eficácia.
Perceção sobre segurança do doente	Perceções sobre procedimentos e normas/protocolos de segurança na prevenção de erros
9. Trabalho em equipa	A equipa trabalha em conjunto para prestar os melhores cuidados de saúde

Fonte: adaptado de Famolaro et al. (2018)

Em Portugal, estamos a caminhar para uma cultura de segurança eficaz, que deverá passar pela implementação de sistemas de gestão de risco clínico e não clínico, de melhoria da qualidade e da segurança dos doentes, pela mudança de atitudes na forma como os profissionais veem o seu trabalho, pela promoção do trabalho em equipa, procurando em todas as fases da prestação de cuidados, envolver mais os doentes na tomada de decisões (ACSS, 2011).

Paralelamente, a segurança do ambiente cirúrgico refere-se ao clima organizacional que dá primazia à segurança do doente e que reflete as perceções da equipa sobre as características e "boas" práticas na sala operatória. Uma investigação levada a cabo em Espanha e Itália concluiu que os profissionais que exerciam funções em BO tinham atitudes positivas em relação à segurança do doente, embora os profissionais espanhóis se tenham destacado em relação aos italianos (Martí, 2017). Por outro lado, Hwang (2015) sublinha que a comunicação e trabalho em equipa eficazes são componentes vitais para manter a segurança.

No entanto, apesar do enorme progresso da técnica anestésica e cirurgia, a OMS evidencia a existência de *déficit* na qualidade dos cuidados ao doente cirúrgico e, consequentemente, a falta de segurança do ambiente (Mallouli et al., 2017). Segundo esta instituição, a cada ano, pelo menos 7 milhões de pessoas sofrem complicações cirúrgicas e destas, pelo menos 1 milhão morre no intra ou no pós-operatório imediato. Segundo a mesma organização e reportando dados de 2003, metade destas complicações são evitáveis, sendo que a segurança é a redução do risco a um mínimo aceitável, aquando da prestação de cuidados de saúde. Em suma, a qualidade e segurança são, na verdade, a cultura de segurança, sendo esta um conjunto de normas e práticas partilhadas pela equipa de forma a evitar riscos para o doente. Gutierres et al., (2018) afirmam que só instituindo nas organizações uma cultura de segurança, se atingirá a alta confiabilidade que garanta a segurança do doente e sendo condição que esta seja um objetivo e eixo norteador da instituição em que os gestores e líderes se envolvam (Blomberg, Lindwall, & Bisholt, 2019).

Saraiva e Almeida (2017) referem, no seu estudo que o clima de segurança é uma área de investigação que permite avaliar, planear e monitorizar programas de segurança, através da autoperceção dos profissionais de saúde de forma a promover cuidados mais seguros no sentido da excelência. Além disso, representa o conjunto de crenças e valores que determinam o comportamento e atitudes dos profissionais (Pinheiro e Uva, 2016). Ao intensificar-se a cultura e o clima de segurança da organização, a conduta dos profissionais é influenciada positivamente. Igualmente as condições de trabalho promovem o compromisso entre os colaboradores da instituição e do trabalho em equipa, sendo fonte de satisfação profissional, elevando o nível de segurança (Pinheiro & Uva, 2016; Santos, 2018).

#### 2.1 - IMPORTÂNCIA DO AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO

O estado da arte compreende a prevenção, redução e alívio de lesões e danos desnecessários e refere-se ao conhecimento, habilidades e atitudes em relação à segurança, necessária para a prestação de cuidados de saúde (Hwang, 2015). Paralelamente, a equipa cirúrgica deve reger-se por um compromisso que emana dos objetivos da instituição, cada elemento da equipa multidisciplinar segue as mesmas regras/protocolos de segurança com responsabilidades partilhadas (Gutierres et al., 2018). O ambiente cirúrgico apresenta uma dinâmica peculiar dos cuidados de saúde, devido ao tipo de procedimentos efetuados, mais ou menos invasivos que exigem o uso

de tecnologia. Sendo o trabalho na sala operatória o desenvolvimento de um complexo de práticas interdisciplinares e interdependentes, impera a necessidade de um ambiente saudável, muitas vezes marcado por momentos de stresse e pressão. Devido a estas características, as salas operatórias são consideradas cenários de alto risco, por conseguinte é de extrema importância um ambiente cirúrgico seguro (Prati & Pietrantoni, 2014). Cabe ao enfermeiro planear as intervenções, com a provisão e previsão do material, de anestesia e instrumental, harmonizar o ambiente físico e o das relações interpessoais, tendo como foco principal o cuidar. Ou seja, as intervenções do enfermeiro são no sentido de manter o ambiente em condições favoráveis ao desenvolvimento do cuidar de modo a torná-lo promotor de bons cuidados (Silva & Rodrigues, 2016).

A implementação de uma política de segurança forte e proativa, na sala operatória, exige liderança e compromisso de trabalho em equipa. Deve ser caracterizada por uma cultura de aprendizagem não punitiva, com identificação do potencial perigo, do registo de eventos adversos e sua análise. A avaliação do clima de segurança deve ser monitorizado e ser alvo de auditorias, de forma a fornecer dados para a sua conceção e avaliação da eficácia (Prati & Pietrantoni, 2014).

Simultaneamente a satisfação no trabalho do enfermeiro de perioperatório é um fator importante e indicador de um ambiente seguro, uma vez que pode interferir diretamente na qualidade dos cuidados prestados ao doente. A satisfação no local de trabalho aumenta a produtividade, assim como previne doenças ocupacionais (Gouveia, Ribeiro & Carvalho, 2020). Ainda referido por Nunes, (2017) pode exercer influência afetando a saúde física e mental, e o comportamento do profissional. Desta forma, conhecer os fatores que influenciam a satisfação no trabalho é importante. Para Ferreira et al., (2018) é a soma da complexa e dinâmica interação dos contextos de vida, das relações, do tipo de trabalho e do controlo que os próprios trabalhadores possuem sobre as situações de vida e trabalho, em suma a satisfação no trabalho é origem de saúde e produtividade.

## 2.2 – MONITORIZAÇÃO DO AMBIENTE CIRÚRGICO

A monitorização do estado da arte para a OMS, tem o ponto de partida no programa "Cirurgia Segura Salva-Vidas" com o intuito de prevenir complicações, melhorar a comunicação e contribuir para a cultura de segurança. Foi lançado oficialmente a 25 de junho de 2008 e Portugal aderiu em fevereiro de 2013, sendo obrigatória a sua

implementação em todos os Blocos Operatórios do Sistema Nacional de Saúde. Este programa abrange quatro áreas: 1) Prevenção da infeção do local cirúrgico; 2) Anestesia segura; 3) Equipas seguras; 4) Indicadores de assistência cirúrgica. A campanha tinha como principal alvo o uso de uma lista de verificação, a qual deveria ser preenchida em todas as cirurgias e em três fases: antes do início da anestesia (*Sign-In*), antes da incisão da pele (*Time Out*) e antes da saída do doente da sala cirúrgica (*Sign-Out*).

O Sign-In (antes da indução anestésica) refere-se à confirmação da segurança do doente, verifica-se a identidade, a marcação do local cirúrgico, a assinatura do termo de consentimento, a conformidade dos equipamentos, risco anestésico, tipo de via aérea, risco de perda de sangue e alergias. O Time-Out é realizado imediatamente antes da incisão, a equipa deve fazer uma pausa momentânea, para confirmar uma série de verificações de segurança que envolvem todos os elementos da equipa. Trata-se de um meio de assegurar a comunicação entre os membros da equipa e evitar erros como "doente errado" ou "local errado". No Sign-Out, antes do doente sair da sala operatória, é confirmado o procedimento, contagem de material e cortoperfurantes, os espécimenes, é realizado o APGAR anestésico, efetuado um plano de cuidados para UCPA e problemas a reportar (OMS, 2013).

Inicialmente, a equipa cirúrgica não se envolveu no programa, mas a evidência científica demostra que a opinião e atitudes em relação à *Checklist* têm vindo a sofrer progressos e ainda que lentos, revelam que tem contribuído para melhorar a segurança na sala operatória (Gutierres et al., 2018). Estes autores, no estudo que realizaram, demonstram que o seu preenchimento promoveu uma melhoria na comunicação interpessoal, com ênfase nas equipas de enfermagem e anestesiologistas. Este estudo revelou que entre 96% a 100% da equipa multidisciplinar considera que a *Checklist* ajuda na prevenção do erro. É certo que a perceção da equipa multidisciplinar acerca da segurança do doente, na sala de cirurgia, melhorou após a introdução da lista de verificação da OMS (Erestam, Haglind, Bock, Andersson & Angenete, 2019).

A equipa de enfermagem, cirurgiões e anestesiologista indicam que o *briefing* présessão e a notificação de eventos adversos também são importantes na monitorização do ambiente cirúrgico (Prati & Pietrantoni, 2014). Estes autores recomendam uma intervenção tipo *Crew Resource Management* (CRM) especificamente para melhorar o trabalho em equipa e a comunicação. A CRM tem como objetivo identificar as falhas relacionadas com fatores humanos que estão dependentes do comportamento

individual ou da equipa, para prevenir ao máximo acidentes aéreos, através do uso de *checklis*t. Desta forma, habilidades no atendimento ao doente cirúrgico podem ser aferidas utilizando a teoria da gestão de recursos da tripulação da aviação.

A monitorização da qualidade no bloco operatório está mais direcionada para a segurança do doente e está associada às orientações da OMS, que identificou três áreas temáticas sobreponíveis ao Modelo Donabedian e proposto pela OMS, nomeadamente a Estrutura (condições em que os cuidados são prestados), o Processo (atividades que constituem os cuidados de saúde) e o Resultado (reflete as mudanças). Mas é no âmbito do Processo, onde se aplicam mais instrumentos de avaliação que estão associados à cultura de segurança. O Modelo Donabedian reside nas relações entre os indicadores, ou seja, a estrutura influencia o processo e o processo, por sua vez, influencia o resultado. A avaliação global dos cuidados assenta na compreensão dos três elementos, individualmente, mas também das suas relações (Gomes, Martins, & Fernandes, 2016).

O ambiente seguro é diariamente verificado, antes do início dos programas operatórios, em termos de funcionamento de equipamentos, limpeza e ventilação, havendo *checklists* que são preenchidas de forma a assegurar que a sala está operacional. Existem protocolos e procedimentos que deverão orientar os profissionais nas suas funções, reduzindo a probabilidade de erro, não tendo os mesmos de recorrer à memória para efetuar o seu desempenho diário de forma correta e segura (Santana et al.,2016).

O controlo do ambiente em BO também se poderá classificar recorrendo a instrumentos de avaliação rigorosamente testados, como por exemplo: Hospital Survey on Patient Safety Culture; Safety Climate Survey; Manchester Patient Safety Assessment Framework e o Safety Attitudes Questionnaire.

Os diversos autores consultados são unânimes quanto à importância da utilização de checklists de protocolos de cirurgia segura, de anestesia e de prevenção de infeção entre outros. Os quais devem ser constantemente monitorizados e auditados por meio de um plano de melhoria contínua de forma a promover a qualidade dos cuidados e a segurança dos utilizadores do BO (Gutierres et al., 2018). A formação contínua, a adesão a novos programas evidenciam que, mesmo uma baixa taxa de aderentes, não deixa de ser um fator positivo, no sentido em que veicula a mudança e promove a segurança (Rodríguez, Oliveira, Menezes, Silva, Almeida, & Lopes 2018).

### 3. ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

O conceito de enfermagem perioperatória surge através da *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) como um conjunto de atividades desempenhadas por um profissional de enfermagem durante os períodos pré, intra e pós-operatórios da experiência cirúrgica do doente. É uma área específica, mas também diversa e complexa, que abrange cuidados na área cirúrgica e anestésica e que se preocupa em proporcionar um ambiente seguro (Tiusanen, Junttila, Leinonen & Salanterä, 2010). Tem como objetivo o cuidado ao doente cirúrgico/família, isto é, implementa ações específicas nos períodos pré, intra e pós-operatório, como estratégia para a promoção da saúde. Compreende também a preparação do doente para o procedimento anestésico-cirúrgico, é regida por princípios éticos, legais e morais (Guido et al., 2014).

A Association Perioperative Registered Nurses AORN (2020) enunciou diretrizes específicas, recomendações e padrões de qualidade para a prática clínica e define enfermagem perioperatória como sendo a prática de enfermagem direcionada a doentes submetidos a cirurgias e outros procedimentos invasivos. A EORNA (2019) sublinha que não se trata apenas de trabalho técnico que qualquer enfermeiro pode desempenhar, requer enfermeiros especializados detentores de conhecimentos, habilidades para avaliar, diagnosticar, planear, intervir e avaliar os resultados das intervenções, à pessoa antes, durante e após a cirurgia.

A AESOP (2012) defende que "o trabalho dos enfermeiros tem de ser orientado pelo e para o doente. Este passa a ser o principal alvo dos seus cuidados. É por ele e para ele que o trabalho no bloco operatório passa a ser planeado, executado e avaliado" (p. 6).

#### E afirma que:

A Enfermagem Perioperatória representa o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações, através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, planeia esses cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos no trabalho realizado (p.8).

Por sua vez, a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), considerou imperativo reconhecer a especificidade da especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória com o objetivo de a cuidar e respetiva família/pessoa significativa, visando maximizar a segurança quer da pessoa, quer da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica. O período perioperatório compreende o espaço de tempo que inicia no pré-operatório, onde é realizada a avaliação do risco de complicações relacionadas com a intervenção; seguido do intraoperatório, tempo em que decorre a cirurgia; e o pós-operatório que corresponde à recuperação anestésica e pós-operatório imediato.

A especificidade dos cuidados de enfermagem no perioperatório deve estar alicerçada em referenciais teóricos. Os modelos de prática profissional, enquanto estruturas que fornecem orientação para a *praxis* diária, tendem a fomentar ambientes que promovem uma enfermagem de qualidade, nomeadamente na comunicação, na autonomia, no trabalho em equipa, na gestão partilhada, no fortalecimento do compromisso com a organização e a profissão, o que culmina no aumento da satisfação destes profissionais (Ribeiro, Martins & Tronchin, 2016).

Partindo destes prossupostos podemos compreender a enfermagem perioperatória no Modelo Efetividade de Cuidados em Enfermagem (Amaral,2014), que tem como objetivo avaliar a qualidade dos cuidados de enfermagem. Este Modelo refere que a aquisição do ganho do cuidar em Enfermagem está relacionado com a Estrutura. Ou seja, com o doente e as suas características, com o enfermeiro e o seu *Know-how* e a organização que dita a composição da equipa, o ambiente no trabalho. Esta Estrutura está diretamente relacionada com o Processo, onde o cuidar é prestado de forma independente, dependente e interdependente e tem como propósito os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (Amaral, 2014). Os enfermeiros, durante a sua atividade, são desafiados a demonstrar que os seus cuidados são de alta qualidade, o que significa serem adequados, eficientes e efetivos, produzindo os melhores resultados nos doentes, com os recursos que estão disponíveis. Trata-se de um instrumento de avaliação dos cuidados de saúde que assiste na tomada de decisão e permite sublinhar o valor e a efetividade dos cuidados de enfermagem (Amaral, 2015).

## 3.1 - FUNÇÕES DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO

O enfermeiro de perioperatório tem como missão garantir e disponibilizar cuidados de enfermagem específicos, de qualidade, no BO ou fora dele, onde se realizem procedimentos invasivos e com caráter anestésico, nomeadamente: na gestão e

liderança, educação, investigação, advocacia e prestação direta de cuidados no âmbito da anestesia, circulação, instrumentação e na unidade de cuidados pós anestésicos (UCPA) (AESOP, 2012).

A filosofia da enfermagem perioperatória assenta em princípios científicos e no desenvolvimento de competências. A EORNA (2019), elaborou um quadro referencial onde enumera as competências do enfermeiro em domínios: Domínio 1 - Prática profissional, ética e legal; Domínio 2 - Cuidados de enfermagem e prática perioperatória; Domínio 3 - Relações interpessoais e comunicação; Domínio 4 -Capacidades organizativas, de gestão e liderança; Domínio 5 - Educação e desenvolvimento profissional. O enfermeiro de perioperatório deve ainda possuir competência clínica específica para poder trabalhar de forma independente e cooperar com a equipa multiprofissional para garantir a segurança e humanização do bloco operatório e participar na organização e gestão desta unidade, sendo que as suas intervenções são sustentadas no processo de enfermagem, que é parte integrante do cuidar e permite uma sistematização das ações de enfermagem (AESOP, 2012). Este profissional com funções específicas e práticas diferenciadas cuida da pessoa em situação perioperatória, promovendo a segurança dos cuidados e do doente, no seu percurso cirúrgico, executando o seu trabalho inserido numa equipa multidisciplinar, ou seja, tem competências e habilidades para realizar cuidados na área do perioperatório e para garantir a qualidades desses cuidados (von Vogelsang, Swenne, Gustafsson & Brynhildsen, 2020).

No bloco operatório são quatro as funções que o enfermeiro pode desempenhar, nomeadamente a de apoio à anestesia, a circulação, a instrumentação e na UCPA. Estas funções, apesar de distintas umas das outras, complementam-se. (AESOP,2012). No apoio à anestesia, o enfermeiro colabora com o médico anestesiologista, as suas principais funções estão descritas na tabela seguinte (Tabela 2).

Tabela 2 - Funções Enfermeiro Apoio Anestesia

•
Enfermeiro apoio Anestesia
Saber antecipadamente o procedimento cirúrgico que se vai realizar para prover a satisfação das necessidades do doente;
Validar a operacionalidade da sala operatória
Preparar o material e fármacos necessários para o ato anestésico
Acolher o doente no bloco operatório
Acompanhar o doente até à sala de indução
Instalar o doente na sala operatória
Colaborar na indução anestésica do doente
Colaborar na algaliação do doente, se necessário
Colaborar no posicionamento do doente
Promover a manutenção da temperatura corporal do doente
Prevenir e minimizar riscos potenciais de incidentes ou acidentes
Realizar balanço hídrico
Executar registos de enfermagem
Transferir o doente para a UCPA
Forto, adopted de AECOD(2012)

Fonte: adaptado de AESOP(2012)

A AESOP (2012) defende que o enfermeiro sénior deve ser o enfermeiro circulante e tem como funções as que apresentamos seguidamente (Tabela 3).

Tabela 3 - Funções Enfermeiro Circulante

Enfermeiro	Circulante				
Saber antecipadamente a cirurgia que se vai realizar	Manter a sala limpa e organizada				
Preparar o material necessário ao ato cirúrgico, em colaboração com o instrumentista	Acondicionar e registar as peças para anatomopatologia, citologia e microbiologia				
Preparar os dispositivos necessários ao posicionamento do doente	Providenciar dispositivos médicos necessários no decorrer da cirurgia				
Verificar o funcionamento dos equipamentos	Colaborar no posicionamento do doente				
Verificar as condições ambientais da sala operatória	Cumprir e fazer cumprir as regras de assepsia				
Acolher o doente no bloco operatório	Atuar em situações de urgência				
Transferir o doente para a mesa operatória	Colaborar na execução do penso cirúrgico				
Acompanhar o doente até à sala de indução	Efetuar registos				
Prevenir riscos para o doente e equipa cirúrgica	Colaborar no transporte do doente para a UCPA				
Apoiar o enfermeiro instrumentista					
Colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas e cortoperfurantes					
Manter o silêncio e a disciplina na sala					

Fonte: adaptado de AESOP(2012)

As funções do enfermeiro instrumentista, são mais ligadas ao saber fazer, à operacionalização, podendo ser visto como um tecnicista (Tabela 4).

Tabela 4- Funções Enfermeiro Instrumentista

Enfermeiro Instrumentista
Deve conhecer o programa operatório
Acolher o doente
Preparar os dispositivos médicos necessários para o ato cirúrgico
Dispor os materiais e equipamentos na mesa operatória, seguindo as normas
Colaborar no vestir da equipa cirúrgica e na preparação do campo operatório
Responsabilizar-se pela manutenção da técnica assética cirúrgica ao longo de todo o
procedimento
Realizar corretamente em tempo útil a passagem de instrumentos cirúrgicos
Responsabilizar-se pela segurança do doente, durante a cirurgia
Manter a organização na mesa de instrumentos
Realizar a contagem dos itens quantificáveis: compressas, tampões, instrumentos e
materiais cortoperfurantes,
Executar do penso cirúrgico
Proceder à correta evacuação do instrumental cirúrgico
Orientar o assistente operacional na limpeza de mesas cirúrgicas e outros
equipamentos
Colaborar na preparação e reorganização da sala de operações para o doente seguinte.

Fonte: adaptado de AESOP (2012)

O enfermeiro de UCPA deve ter competências, conhecimentos de anestesia, controlo da dor cirúrgica e deve basear-se na metodologia do processo de enfermagem e assumir as funções descritas na tabela seguinte (Tabela 5).

Tabela 5 – Funções do Enfermeiro UCPA

Enfermeiro UCPA
Validar a operacionalização da unidade
Avaliar hemodinâmica do doente
Identificar alterações resultantes (diretamente) da intervenção anestésico-cirúrgica
Avaliar do nível de consciência
Promover o conforto
Avaliar e controlar a dor (utilizando as escalas existentes)
Fazer diagnósticos de enfermagem
Fazer registos
Preparar para a alta/transferência
Fazer a transferência da informação relativa ao doente segundo protocolo do serviço

Fonte: adaptado de AESOP (2012)

Ainda segundo a AESOP (20012, p.63) "Prestar cuidados perioperatórios é uma atividade de risco, que poderá ser minorado com pessoal competente e treinado, políticas claras, procedimentos normalizados e um verdadeiro trabalho em equipa". Inserido nesta equipa, o enfermeiro circulante assume um conjunto de práticas que Ângelo (2015) agrupou em 8 unidades (Ambiente operatório; Descontaminação da pele; Manutenção de técnica asséptica cirúrgica; Ordem na sala; Posicionamento do doente; Unidade eletrocirurgia; Garrote pneumático; Contagem de compressas e materiais), relacionadas com a sua competência e baseadas nas "Práticas Recomendadas para Bloco Operatório" da AESOP (2013) e nas recomendações da DGS e da OMS.

A promoção da qualidade dos cuidados tem vindo a assumir grande importância nos últimos anos no que concerne à segurança do doente (OMS, 2013). A AORN (2020) nas "Guidelines for Perioperative Practice" contempla um conjunto recomendações baseadas nas mais recentes evidências, para garantir a excelência da prática dos cuidados perioperatórios, nomeadamente na: Prática Asséptica - Higiene das mãos e Vestuário Cirúrgico; - Segurança de Equipamentos e Produtos; - Programa para Utilização Segura do Laser e Cirurgia Minimamente Invasiva; - Segurança do Doente e Trabalhadores-Prevenção da Retenção de Material Cirúrgico e Segurança no Manuseamento do Medicamento; - Cuidados ao Doente Perioperatório: -Prevenção da Hipotermia e da Trombose Venosa Profunda. Esta entidade dita também recomendações para o uso da unidade de eletrocirurgia, com o objetivo de reduzir o risco de lesões tanto para os doentes como para os profissionais. Refere que o enfermeiro deve participar ativamente no posicionamento seguro do doente, avaliandoo em critérios altamente específicos, no momento da alta. Menciona ainda que as orientações e recomendações devem ser referências nos contextos reais da prestação de cuidados visando a excelência da prática dos cuidados perioperatórios (AORN, 2020).

# 3.2 - COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO DE PERIOPERATÓRIO PARA A PROMOÇÃO DE UM AMBIENTE CIRÚRGICO SEGURO

O bloco operatório é uma unidade funcional em constante evolução técnica, formado por pessoas para pessoas, sendo o enfermeiro um profissional multifacetado que tem de priorizar, decidir, antecipar e agir de acordo com a função que desempenha, no decorrer do perioperatório (Duarte & Martins, 2014). O Regulamento n.º 429/2018 (p.19362) refere que as competências do enfermeiro são: "Gerir as circunstâncias

ambientais que potenciam a ocorrência de eventos adversos associados à administração de processos terapêuticos nos diversos contextos de atuação" e "Promove estratégias inovadoras de prevenção do risco clínico e não clínico, visando a cultura de segurança, nos vários contextos de atuação".

Todavia, a definição de competência em enfermagem não reúne consenso, mas pode ser considerada na formação e no apoio à gestão, havendo uma autoperceção positiva relativa à organização e prestação de cuidados, na área da comunicação e liderança, sendo a soma da vivência entre os "atores" (equipa de saúde), o "contexto" e os "saberes" no decorrer do processo de cuidar. (Costa & Gaspar, 2017; Serrano, 2011). Também se deve ter em consideração a formação e o tempo de exercício profissional em perioperatório (Gillespie, Harbeck, Falk-Brynhildsen, Nilsson, & Jaensson, 2018).

A evidência científica demostra que o ambiente cirúrgico altera significativamente com a idade dos profissionais, formação e experiência clínica. Nomeadamente, enfermeiros com mais formação na área, podem contribuir para uma melhoria contínua na qualidade dos cuidados e revelam confiança nas questões da cultura de segurança. O trabalho em equipa, uma comunicação eficaz e a transferência de informação pertinente (através da ferramenta ISBAR) contribuem para o enfermeiro desenvolver boas práticas, visando a qualidade dos cuidados e a promoção de um ambiente cirúrgico seguro (Hwang, 2015; Figueiredo, Potra & Lucas, 2019). Assim, o enfermeiro deve implementar o processo de enfermagem, planeando estratégias para minimizar o erro e projetando ações, tanto a nível da prestação de cuidados como da gestão, com a finalidade da manutenção da segurança e qualidade do ambiente (Gutierres et al., 2018).

Como o ambiente perioperatório é complexo, rápido, único e muitas vezes imprevisível, as habilidades de pensamento crítico por parte do enfermeiro permitem-lhe trabalhar eficazmente, evoluir e manter um ambiente em constante mudança, quanto mais experiente maiores os níveis de competência (Jones, 2010; Jung, Kim & Kim, 2020). Gutierres et al, (2018) retratam o enfermeiro de perioperatório como sendo o ator fundamental na equipa multidisciplinar com grande responsabilidade na prevenção de eventos adversos. As boas práticas destacam-se na articulação com a equipa multidisciplinar, com a realização de cuidados de qualidade, mas também referem que a segurança do doente deve ser uma meta institucional e responsabilidade de todos os profissionais. Os mesmos autores descrevem as recomendações de boas práticas para a segurança do doente cirúrgico num estudo quantitativo do tipo descritivo e exploratório

e apuraram oito recomendações: Empenho da equipa multiprofissional e dos gestores da instituição; Implementação de uma cultura de segurança; Utilização da *checklist* de cirurgia segura; Melhoria da comunicação interpessoal; Ampliação da atuação do enfermeiro; Disponibilidade adequada de recursos físicos, materiais e humanos; Formação individual e atualização profissional; e, Desenvolvimento de ações de formação contínua. A utilização destas recomendações serve como estratégia de gestão no cuidar, por parte dos enfermeiros de perioperatório e promove um ambiente cirúrgico seguro (Gutierres et al., 2018).

O enfermeiro perioperatório enfrenta um desafio único, dado que por baixo do campo operatório está uma pessoa que, na maioria das vezes não pode manifestar se está desconfortável ou com dores. Por isso, é crucial protegê-la e garantir que não ocorrem lesões adicionais enquanto estiver sujeita aos cuidados anestésico-cirúrgicos. Nesta perspetiva e de acordo com Strasser (2012), é premente o desenvolvimento e a implementação de protocolos com base em evidências, pesquisa e práticas recomendadas, visando a redução do número de eventos adversos no ambiente perioperatório. A pertinência e cumprimento de protocolos de atuação, o preenchimento da checklist cirúrgica, antes, durante e após o procedimento cirúrgico, e concomitantemente as preocupações com a segurança do doente, elevam as práticas do enfermeiro, melhoram o clima de segurança e as atitudes na sala operatória (Santana, Rodrigues & Evangelista, 2016). A segurança e a prevenção de erros e efeitos adversos associados aos cuidados de saúde são primordiais para melhorar a qualidade dos mesmos. A segurança é uma dimensão da cultura da qualidade, exigindo amplo comprometimento da organização e da comunidade (OMS, 2019). Ainda neste sentido, a OE definiu as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica referentes à Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, no Regulamento nº 429/2018 (p 19359), como o enfermeiro que "Cuida da pessoa e família/cuidadores", assumindo intervenções no sentido de otimizar o "ambiente e os processos terapêuticos", maximizando a prevenção, revelando conhecimento e tendo ações no "controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica".

PARTE II - ESTUDO EMPÍRICO

#### 4. METODOLOGIA

A fase metodológica diz respeito aos meios a empregar na investigação, o investigador define a sua conduta de forma a obter respostas às questões de investigação e/ou às hipóteses formuladas (Fortin, Côté, & Filion, 2009).

Nesta fase do estudo, apresentamos o percurso que decorre da investigação: o tipo de estudo, a questão e objetivos, a operacionalização das variáveis, as hipóteses de investigação, a população e amostra do estudo, o instrumento de colheita de dados, o tratamento estatístico que nos propomos realizar e, por fim, os procedimentos formais e éticos necessários para a realização da pesquisa.

#### 4.1 - TIPO DE ESTUDO

A realização do estudo pretende compilar informação da revisão da literatura que deve suster o enquadramento teórico à parte empírica do mesmo, de modo a poder interpretar e refletir sobre os resultados no sentido de produzir conclusões e possíveis recomendações que norteiem as práticas dos enfermeiros na promoção de um ambiente cirúrgico seguro e, consequentemente, na melhoria dos cuidados em saúde.

Assim, o presente estudo teve como objetivo geral descrever e analisar as práticas dos enfermeiros na manutenção de um ambiente cirúrgico seguro.

Para responder a este objetivo, optámos por um estudo quantitativo, descritivo e correlacional. Entende-se por estudo descritivo um estudo que descreve um fenómeno ou conceito relativo a uma população de forma a estabelecer as características da população ou de uma amostra desta. Correlacional, porque pretende examinar a relação entre as variáveis (Fortin et al., 2009).

Os estudos descritivos servem para aumentar os conhecimentos acerca das características e dimensão de um problema, descrevendo a realidade sem o objetivo de a explicar. Selecionam-se várias equações, resolvendo cada uma delas independentemente, de forma a descrever o que se investiga (Vilelas, 2017). A problematização do estudo compreende o ambiente existente na sala operatória. A sala operatória é parte integrante de um BO, consiste numa unidade funcional onde não devem existir falhas relativamente à dinâmica de funcionamento, às instalações, à manutenção da segurança dos recursos materiais e humanos que a compõem. Porque

neste ambiente, as funções são específicas para cada função do enfermeiro e restantes profissionais. Aquando da ocorrência de falhas, elas poderão levar a diversas e graves complicações no intra e pós-operatório que vão desde os custos materiais até à perda da vida humana (Schmidt & Brown, 2019). Assim, pretendemos conhecer as características de determinado fenómeno, mas também estabelecer relações entre variáveis sem procurar causa/efeito. (Vilelas, 2017).

As salas operatórias da atualidade oferecem vários desafios e exigem enfermeiros cada vez mais especializados e qualificados. Estes enfermeiros de perioperatório têm a responsabilidade de garantir o bom funcionamento da sala, prestando cuidados de enfermagem seguros e revelando atitudes que demonstram competência clínica (Blomberg et al., 2019).

### 4.2 - QUESTÃO E OBJETIVOS DE INVESTIGAÇÃO

A sala operatória é um local de trabalho único com requisitos ambientais específicos onde, por vezes, a qualidade do ambiente não é a desejável. Mesmo pequenas inquietações podem ter implicações no conforto, eficácia e segurança dos seus "habitantes" (Katz, 2017).

Com base na nossa inquietação, formulámos a seguinte questão: "Será que as práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro?". A formulação da questão é o ponto de partida para encontrar a evidência disponível para sustentar a prestação de cuidados seguros e de qualidade ao doente cirúrgico.

Formular o problema de investigação é elucidar o fenómeno a estudar, através de argumentos lógicos e fundamentando-se, para o efeito, na bibliografia e factos relativos à problemática (Fortin et al., 2009).

O ambiente intenso, rápido e complexo na sala de cirurgia exige que a equipa seja organizada e flexível. A equipa trabalha num ambiente fechado, um tanto isolada e necessita de trabalhar por um objetivo comum, a qualidade dos cuidados de saúde (Teunissen et al., 2019). Entendemos o ambiente cirúrgico seguro como um desafio para garantir a segurança do doente e dos profissionais que habitam a sala operatória.

Decorrendo da questão formulada e na perspetiva de obter resposta, enunciámos os objetivos:

- Identificar a perceção do enfermeiro de perioperatório sobre o clima de segurança num bloco operatório de um centro hospitalar da região centro.
- Identificar as práticas do enfermeiro de perioperatório que visam a promoção do ambiente cirúrgico seguro, segundo as recomendações da AESOP.
- Analisar as práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção do ambiente cirúrgico seguro.
- Analisar as práticas do enfermeiro de acordo com as funções em perioperatório na promoção do ambiente cirúrgico seguro.

## 4.3 - OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

A operacionalização das variáveis consiste em determinar relações entre si, de tal modo que possamos construir um esquema coerente que expresse o quadro geral do problema. Uma variável é qualquer característica ou qualidade da realidade que pode possuir diferente valor. Valor é uma sucessão mais ou menos ordenada de possibilidades (Vilelas, 2017). As variáveis não são escolhidas ao acaso, mas em função de um quadro teórico e da variação ou da mudança que podem exercer umas sobre as outras, possibilitando verificar as hipóteses e resolver o problema em estudo (Fortin et al., 2009).

O modelo conceptual do estudo identifica a segurança do ambiente cirúrgico como variável principal em estudo. Assim pretendemos determinar se existe dependência entre as variáveis: sexo, idade, habilitações académicas, experiência profissional, tempo de serviço em BO, e funções em perioperatório do enfermeiro, na segurança do ambiente cirúrgico.

#### 4.4 - HIPÓTESES

Uma hipótese é um enunciado formal das relações previstas entre duas ou mais variáveis. A hipótese combina o problema e o objetivo, numa explicação ou predição clara dos resultados esperados do estudo. As hipóteses são a base da expansão dos conhecimentos, quando se trata de refutar uma teoria ou de a apoiar (Fortin et al., 2009). Citando Vilelas (2017) "A hipótese de investigação é a resposta temporária, provisória, que o investigador propõe perante uma interrogação formulada a partir de um problema de investigação" (p. 129).

Para este estudo formulámos as seguintes hipóteses:

- H<sub>1</sub> Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a idade.
- H<sub>2</sub>. Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a experiência profissional.
- H<sub>3</sub> Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e o tempo de serviço em BO.
- H<sub>4</sub> Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório.
- H₅ Existe relação entre o clima de segurança e a perceção da frequência das práticas do enfermeiro de perioperatório.

### 4.5 - POPULAÇÃO E AMOSTRA

O presente estudo decorreu no BO de um hospital da região centro, onde se realizam cirurgias eletivas, urgentes e emergentes, em regime de internamento e de ambulatório. É uma unidade funcional complexa, com uma atividade altamente diferenciada e especializada que compreende uma estrutura física própria, recursos humanos e materiais que permitem o cumprimento de intervenções cirúrgicas, técnicas anestésicas e/ou procedimentos minimamente invasivos, onde é necessário promover e garantir a segurança da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais que ali trabalham. Trata-se de um BO constituído por dez salas operatórias polivalentes. Todas as salas possuem uma antecâmara e uma sala para materiais conspurcados. Possui ainda duas UCPA com cinco camas cada e salas de apoio, gabinetes de direção, sala de relatório, uma copa e o gabinete da secretária da unidade.

Perante o atual contexto de pandemia, a norma 014/2020 da DGS recomendou que as unidades de saúde elaborassem um plano que lhes permitisse operacionalizar e organizar os cuidados cirúrgicos à pessoa suspeita ou infetada por SARS-COV2. Foi elaborado um circuito para o doente COVID positivo alicerçado em protocolos bem definidos de forma a garantir a segurança e as boas práticas. Este circuito é composto por duas salas operatórias com antecâmara, uma sala para parturientes, uma zona de colocação de EPI e outra para a sua remoção.

As especialidades que utilizam o bloco operatório são: cirurgia geral, ortopedia, ginecologia/obstetrícia, urologia, otorrinolaringologia. As equipas cirúrgicas têm constituição multidisciplinar, variando o número de elementos em função da complexidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos, sendo habitualmente constituídas por um ou mais cirurgiões, um anestesiologista e três enfermeiros, designadamente o instrumentista, o circulante e o enfermeiro de apoio à anestesia. As equipas poderão ainda integrar um técnico de diagnóstico e terapêutica, médicos ou enfermeiros em formação. O assistente operacional presta apoio à sala e é coordenado pelos enfermeiros.

A população alvo deste estudo foi constituída pelos enfermeiros que trabalham neste BO. A equipa de enfermagem é composta por oitenta e dois enfermeiros, incluindo uma enfermeira gestora e uma adjunta. Por conseguinte, a população é um conjunto de elementos que partilham características comuns. Sendo a amostra uma parte da população sobre a qual se faz o estudo e que deve ser representativa dessa população (Fortin et al., 2009). A técnica de amostragem utilizada foi por conveniência, onde as unidades escolhidas são produto das circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2017). A amostra compreende os enfermeiros, que responderam ao questionário no período da colheita de dados e que cumpriam os seguintes critérios de inclusão:

- Exercer funções na área da prestação de cuidados em estudo.
- Ter feito a integração na área do perioperatório, durante 6 meses.

#### 4.6 - INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS

A seleção do método de colheita de dados depende do nível da investigação, do tipo de fenómeno ou da variável e instrumentos disponíveis. O investigador deve empregar aquele que for mais vantajoso para responder às questões de investigação ou testar as hipóteses (Fortin et al., 2009).

O instrumento de recolha de dados é o meio através do qual o investigador averigua para conhecer os fenómenos. A recolha de informação será feita através de um questionário, sendo este um conjunto estruturado de questões expressas em papel, destinadas a examinar a opinião das pessoas a quem se dirige (Vilelas, 2017).

Decidimos utilizar um questionário (Apêndice III) de autopreenchimento pelos enfermeiros, composto por duas partes. A primeira é relativa à caracterização

sociodemográfica e profissional dos enfermeiros nomeadamente sexo, idade, habilitações académicas, experiência profissional, tempo de serviço em BO e funções em perioperatório. A segunda parte é constituída por dois conjuntos de questões, um composto pela versão *Safety Attitudes Questionnaire* (SAQ) – *Short Form 2006*, PT. Validado para a população portuguesa por Dora Saraiva e Anabela Almeida em 2017, trata-se de um refinamento *do Intensive Care Unit Management Attitudes Questionnaire* que foi derivado do *Flight Management Attitudes Questionnaire* amplamente utilizado na aviação comercial, desenvolvido em 2006 por Bryan Sexton, Eric Thomas e Bob Helmreich da Universidade do Texas. A versão que vamos aplicar permite avaliar as perceções dos profissionais de saúde relacionadas com a segurança do doente em vários áreas clínicas e serviços de saúde (incluindo bloco operatório) (Saraiva & Almeida, 2017).

O SAQ possui seis dimensões que incluem fatores organizacionais, do ambiente de trabalho e fatores de equipa:

- Clima de trabalho em equipa: perceção da qualidade da colaboração entre os profissionais da equipa (itens1-6);
- Clima de segurança: perceção de um forte e proativo compromisso organizacional com a segurança (itens7-13);
- Satisfação no trabalho: sentimento agradável ou estado emocionalmente positivo resultante da perceção da experiência de trabalho (itens15-19);
- Reconhecimento do stress: reconhecimento de como o desempenho é influenciado por fatores stressantes (itens 20-23);
- Perceção da gestão: aprovação das ações da administração quanto às questões de segurança (itens 24-29), sendo que cada um destes itens é medido em dois níveis (perceção da gestão do serviço e perceção da gestão hospitalar);
- Condições de trabalho: perceção da qualidade do suporte ambiental e logístico no local de trabalho (por exemplo: equipamentos e profissionais) (itens 30-32)

Os itens 14 e 33 não fazem parte das dimensões referidas, e os 2,11 e 36, estão redigidos inversamente (Sexton et al., 2006).

As respostas a cada um dos itens seguem uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos: discordo totalmente, discordo parcialmente, indiferente, concordo parcialmente e concordo totalmente. A pontuação do instrumento varia de 0 a 100, onde 0 representa a pior perceção e 100 a melhor perceção do clima de segurança (Saraiva & Almeida, 2017). Cada item da escala de *Likert* de 5 pontos foi convertido de acordo com a seguinte referência: 1 = 0, 2 = 25, 3 = 50, 4 = 75, e 5 = 100, transformando os *scores* em variáveis contínuas. O cálculo para cada dimensão foi realizado com base na fórmula (m - 1) × 25, onde (m) é a média dos itens da dimensão em análise, tendo um intervalo [0,100].

O segundo conjunto de questões, foi construído pela investigadora, tendo por base uma grelha de observação desenvolvida por Sónia Ângelo (2015) e está relacionado com as "Práticas Recomendadas para Bloco Operatório da AESOP" (2013). As questões foram agrupadas em áreas de atuação do enfermeiro de perioperatório (Tabela 6).

Tabela 6 - Áreas de atuação do enfermeiro de perioperatório

Áreas de Atuação
Prevenção da cirurgia do local errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado;
Higienização das mãos;
Segurança do medicamento
Ambiente operatório
Manutenção da técnica assética cirúrgica
Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória
Posicionamento do doente,
Unidade eletrocirurgia,
Garrote pneumático,
Contagem de compressas e materiais
Contagem de instrumentos e registo
Contagem de corto perfurantes e registo
Se há erro na contagem de compressas
Transferência do doente para a UCPA
Identificação das amostras/espécimenes cirúrgicos
Fonte: Adaptado "Práticas Recomendadas para Rioco Operatório da

Fonte: Adaptado "Práticas Recomendadas para Bloco Operatório da AESOP" (2013), Sónia Ângelo (2015)

Neste grupo de perguntas os inquiridos respondem segundo as propostas de uma escala do tipo *Likert* de cinco pontos: não se aplica; raramente; ocasionalmente, frequentemente; sempre. O item "não se aplica" está relacionado com a divisão de

funções que se encontra em vigor no BO onde decorre o estudo. A equipa de enfermagem está dividida por funções de perioperatório, ou seja, há uma subequipa que exerce funções de enfermeiro de anestesia e UCPA, outra subequipa que executa funções de enfermeiro circulante e instrumentista. No entanto, os enfermeiros que fizeram integração anterior a 2017, quando há escassez de recursos humanos são chamados a exercer funções nas várias áreas de perioperatório. Daí que o item "não se aplica" tem como significado que aquela prática não é executada por aquele enfermeiro.

#### 4.7 - TRATAMENTO DOS DADOS

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com recurso ao SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 25.0. Recorreu-se a técnicas de estatística descritiva: frequências absolutas e relativas, medidas de tendência central(média) e medidas de dispersão e variabilidade (desvio padrão).

Após o teste de adesão à normalidade com o teste de Kolmogorov-Smirnov, usou-se estatística não paramétrica: o teste de Kruskal-Wallis para comparação de mais de dois grupos e a correlação de Spearman para verificação de relação de duas variáveis independentes

Para as provas estatísticas foram utilizados os níveis de significância: p > 0.05 – diferença não significativa;  $p \le 0.05$  – diferença significativa;  $p \le 0.01$  – diferença muito significativa;  $p \le 0.001$  – diferença altamente significativa. Os resultados serão apresentados através de tabelas e figuras, de forma a organizar e sistematizar melhor a informação.

### 4.8 - PROCEDIMENTOS ÉTICOS E FORMAIS

A realização de uma investigação levanta questões éticas e morais ao investigador, nomeadamente quando envolve seres humanos, porque pode pôr em causa os direitos e liberdades da pessoa (Vilelas, 2017).

O investigador deve ter em consideração o respeito pelos direitos da pessoa e pela dignidade humana. No que concerne a este último, é indispensável o respeito pelo consentimento livre e esclarecido, grupos frágeis, vida privada, sigilo da informação pessoal, justiça e equidade, equilíbrio entre vantagens e inconvenientes, a diminuição desses inconvenientes e, por último, otimização das vantagens (Fortin et al., 2009).

Estas autoras proferem o consentimento como a aceitação dada por uma pessoa para a sua participação no estudo. Este é livre e voluntário se a pessoa, que dá a sua aquiescência, desfruta de todas as faculdades mentais e não foi alvo de manipulação ou coação. Para que seja esclarecido, é fundamental que a pessoa detenha toda a informação para poder ajuizar das vantagens e dos inconvenientes da participação. O participante poderá cessar a sua colaboração na investigação em qualquer momento do estudo, sem que sobre ele incida qualquer tipo de pena ou sanção.

Foi também solicitada formalmente a autorização por escrito ao Presidente do Conselho de Administração (Anexo I) e Parecer à Comissão de Ética (Anexo II) do hospital onde decorre o estudo. Aos enfermeiros foi feito um pedido de colaboração onde garantimos o anonimato e a confidencialidade (Anexo III). De forma a poder aplicar o instrumento de colheita de dados, foi realizado o pedido de autorização do uso e adaptação da SAQ *Short Form* PT (Anexo IV), assim como a autorização a Sónia Ângelo para adaptar a grelha de observação desenvolvida por si (Anexo V).

## 5. APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste capítulo é efetuada a apresentação e análise dos resultados obtidos, tendo por base os objetivos definidos para o estudo. Esta análise obedece a todo um processo analítico que vai de encontro à homogeneidade dos dados obtidos e tem um valor inestimável, pois dela dependerá a resolução ou não das perguntas iniciais formuladas pelo investigador (Vilelas, 2017).

#### 5.1 - CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DOS ENFERMEIROS

Dos 75 enfermeiros incluídos na amostra, 38,7% apresentam idade compreendida entre os 30-39 anos, seguidos de 33,3% com idade superior ou igual a 50 anos. De salientar que 60 elementos são do sexo feminino, correspondendo a 80% da amostra (Tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra segundo sexo e idade

	,	n	%
Cove	Masculino	15	20,0
Sexo Feminino		60	80,0
	20 - 29 anos	5	6,7
Idade	30 - 39 anos	29	38,7
	40 - 49 anos	16	21,3
	Superior/igual a 50 anos	25	33,3

Nas habilitações académicas, verificámos que apenas um enfermeiro possui o Bacharelato, sendo os restantes (98,7%) licenciados e destes, 15 possuem conhecimentos diferenciados na área: especialidade, mestrado ou pós-graduações (Tabela 8).

Tabela 8 - Habilitações Académicas

rabola o Trabilitação o Troadomilea					
	n	%			
Bacharelato	1	1,3			
Licenciado	59	78,7			
Licenciado c/ PG	6	8,0			
Especialista	4	5,3			
Especialista c/ PG	1	1,3			
Mestrado	4	5,3			
Total	75	100,0			

Nesta amostra, 49,3% dos enfermeiros possuem experiência profissional superior ou igual a 21 anos, tendo apenas 4 (5,3%) experiência inferior ou igual a 5 anos. Quanto

ao tempo de serviço no BO, apurámos que foi nos extremos que reside a maior percentagem 33,3% dos enfermeiros com 5 anos ou menos de serviço no BO e 32% com 21 anos ou mais de exercício no BO, como se constata pela análise da (Tabela 9).

Tabela 9 - Distribuição da amostra segundo experiência profissional e tempo de serviço no BO

		n	%
	Menor ou igual 5 anos	4	5,3
Experiência	6 - 10 anos	8	10,7
Profissional	11 - 15 anos	21	28,0
	16 - 20 anos	5	6,7
	superior ou igual 21	37	49,3
	menos ou igual a 5 anos	25	33,3
Tempo de serviço no BO	6 - 10 anos	7	9,3
	11 - 15 anos	16	21,3
	16 a 20 anos	3	4,0
	superior ou igual a 21 anos	24	32,0

Constatámos também que 48% dos enfermeiros exercem todas as funções convencionadas para a prática do enfermeiro em perioperatório: enfermeiro de apoio à anestesia e UCPA, circulante e instrumentista, sendo que 21,3% desempenham funções de circulante e instrumentista, os restantes desempenham exclusivamente o seu papel no âmbito do enfermeiro de anestesia e UCPA (Tabela 10).

Tabela 10 - Distribuição dos enfermeiros segundo o desempenho de funções em perioperatório

	n	%
Anestesia e UCPA	23	30,7
Circulante e instrumentista	16	21,3
Todas as funções	36	48,0
Total	75	100,0

Após a caracterização sociodemográfica da amostra, realizámos a análise descritiva do SAQ - *Short Form* 2006 PT e das respetivas dimensões com a finalidade de apurar a perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança existente neste BO.

# 5.2 - ANÁLISE DESCRITIVA DAS RESPOSTAS OBTIDAS NO *SAFETY ATTITUDES QUESTIONNAIRE* (SAQ) – *SHORT FORM* 2006, PT

O SAQ - Short Form 2006 PT é composto por trinta e seis (36) itens, que permitem um resultado mínimo de 1 ponto e um máximo de 5 pontos por item. A análise descritiva foi realizada pelo cálculo das respostas dos profissionais aos 36 itens e pela média das respostas aos itens após a inversão dos itens 2,11 e 36.

Na análise em termos percentuais (Tabela 11), observamos que a maioria dos enfermeiros responde "concordo parcialmente" e "concordo totalmente" e exceto nos itens 2, 11, 27, 30 e 36 que obtêm a maior percentagem de respostas, na opção "discordo parcialmente" e no item 35 cuja opção de resposta maioritária é "não concordo nem discordo".

Tabela 11 - Frequência das respostas ao SAQ - Short Form 2006 PT

Tabela 11 - Frequência das respostas ao SAQ - Short Form 2006 PT							
Dimensões	Itens	DT n (%)	DP n (%)	l n (%)	CP n (%)	CT n (%)	NA n (%)
	1	0	3	6 (8)	46 (61,3)	19 (25,3)	1 (1,3)
	2	7 (9,3)	31 (41,3)	5 (6,7)	23 (30,7)	9 (12)	0
Clima de	3	2 (2,7)	8 (10,7)	6 (8)	40 (53,3)	18 (24)	1 (1,3)
trabalho	4	1 (1,3)	5 (6,7)	2 (2,7)	35 (46,7)	32 (42,7)	0
	5	0	8 (10,7)	4 (5,3)	36 (48)	27 (36)	0
	6	1 (1,3)	9 (12)	4 (5,3)	50 (66,7)	11 (14,7)	0
	7	2 (2,7)	1 (1,3)	1 (1,3)	19 (25,3)	52 (69,3)	0
	8	3 (4)	10 (13,3)	3 (4)	46 (61,3)	13 (17,3)	0
Clima de	9	0	3 (4)	2 (2,7)	31 (41,3)	39 (52)	0
Segurança	10	4 (5,3)	21 (28)	13 (17,3)	34 (45,3)	2 (2,7)	1 (1,3)
2.23	11	5 (6,7)	34 (45,3)	12 (16)	17 (22,7)	7 (9,3)	0
	12	0	8 (10,7)	8 (10,7)	24 (32)	35 (46,7)	0
4.4	13	3 (4)	13 (17,3)	21 (28)	22 (29,3)	16 (21,3)	0
14	4.5	0	4 (5,3)	16 (21,3)	35 (46,7)	19 (25,3)	1 (1,3)
	15	0	0	0 (40.7)	13 (17,3)	62 (82,7)	0
Satisfação no	16	1 (1,3)	7 (9,3)	8 (10,7)	38 (50,7)	20 (26,7)	1 (1,3)
trabalho	17	0	0	2 (2,7)	27 (36)	46 (61,3)	0
trabanio	18	1 (1,3)	0	1 (1,3)	28 (37,3)	45 (60)	0
	19	2 (2,7)	17 (22,7)	16 (21,3)	30(40)	9 (12)	1 (1,3)
	20	6 (8)	5 (6,7)	2 (2,7)	38 (50,7)	24 (32)	0
Reconhecimento	21	4 (5,3)	4 (5,3)	2 (2,7)	30 (40)	35 (46,7)	0
do stresse	22	7 (9,3)	2 (2,7)	6 (8)	34 (45,3)	26 (34,7)	0
	23	6 (8)	7 (9,3)	6 (8)	32 (42,7)	24 (32)	0
	24	4 (5,3)	10 (13,3)	15 (20)	38 (50,7)	8 (10,7)	0
	25	5 (6,7)	12 (16)	17 (22,7)	25 (33,3)	15 (20)	1 (1,3)
Perceção da	26	0	3 (4)	5 (6,7)	31 (41,3)	36 (48)	0
gestão	27	10 (13,3)	23 (30,7)	20 (26,7)	17 (22,7)	3 (4)	2 (2,7)
	28	1 (1,3)	13 (17,3)	15 (20)	35 (46,7)	11 (14,7)	0
	29	0	5 (6,7)	7 (9,3)	31 (41,3)	32 (42,7)	0
	30	13 (17,3)	25 (33,3)	9 (12)	24 (32)	3 (4)	1 (1,3)
Condições de trabalho	31	1 (1,3)	13 (17,3)	8 (10,7)	36 (48)	16 (21,3)	1 (1,3)
	32	1 (1,3)	8 (10,7)	16 (21,3)	27 (36)	22(29,3)	1 (1,3)
33		0	10 (13,3)	5 (6,7)	43 (57,3)	17 (22,7)	0
34		0	8 (10,7)	2 (2,7)	45 (60)	20 (26,7)	0
35		1 (1,3)	3 (4)	31 (41,3)	24 (32)	14 (18,7)	2 (2,7)
36		3 (4)	39 (52)	9 (12)	13 (17,3)	11 (14,7)	0

**Legenda**: Discordo Totalmente (DT); Discordo parcialmente (DP); Indiferente (I); Concordo parcialmente (CP); Concordo totalmente (CT); Não aplicável (NA)

No que concerne às dimensões, analisámos os resultados mais expressivos (Tabela 12), tendo em conta a soma dos valores concordantes (concordo parcialmente e

concordo totalmente) e a soma dos valores discordantes (discordo parcialmente e discordo totalmente).

No âmbito do **Clima de trabalho** (itens 1 a 6) constatamos que 89,4% da amostra menciona que tem o apoio de que necessita por parte de outros profissionais na prestação de cuidados ao doente (item 4), mas 57,3% discordam ou é-lhes indiferente, que seja difícil falar livremente quando se apercebem de algum problema na prestação de cuidados ao doente (item 2).

No que diz respeito ao **clima de segurança** (itens7 a 13), 94,6% da amostra responde que sentir-se-ia segura caso fosse operada no serviço (item 7), 50,6% concorda que é cultura do serviço aprender com os erros dos outros (item 13) e 48% dos enfermeiros concordam ou é-lhes indiferente que os erros sejam difíceis de discutir (item11).

Relativamente à **satisfação no trabalho** (itens 15 a 19), salientamos que 100% da amostra concorda com a questão "gosto do meu trabalho" (item 15), 97,3% concorda que é bom local para trabalhar (item 18) e 52% dos enfermeiros consideram a moral alta no BO (item 19).

No **reconhecimento do stresse** (itens 20 a 23) 86,7% dos enfermeiros consideram ser menos eficientes quando se sentem cansados (item 21) e 25,3% discordam ou é-lhes indiferente que a fadiga influencie o desempenho (item 23).

Quanto à **perceção da gestão** (itens 24 a 29), a maioria dos enfermeiros (89,3%) concorda que a chefia realiza um bom trabalho (item 26) e 70,7% discordam ou é- lhes indiferente que os elementos problemáticos sejam tratados de forma construtiva (item 27).

No que concerne às **condições de trabalho** (itens 30 a 32) 62,6 % discordam ou é-lhes indiferente que os novos enfermeiros de perioperatório tenham uma boa formação (item 30), e a maioria dos enfermeiros (69,3%) revela que recebeu informação de forma sistemática para decisões de diagnóstico e terapêutica (item 31).

Finalmente, 80% dos enfermeiros do BO onde decorreu o estudo, concordam que existe uma boa colaboração entre a equipa de enfermagem (item 33) e 56% discordam que sejam comuns falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados (item 36).

Através da análise dos resultados expostos na tabela, constatamos que a pontuação média de cada item varia entre os 2,72 e os 4,83, valores correspondentes aos itens 30

("Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos enfermeiros") e 15 ("Gosto do meu trabalho"), respetivamente, o que indica uma tendência positiva na perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança.

Com o objetivo de determinar a perceção dos enfermeiros quanto ao clima de segurança, apurámos os *scores* para as seis dimensões do SAQ. Para a análise considerámos que valores superiores a 75 significam uma forte concordância dos enfermeiros nas questões de segurança do doente, traduzindo um clima de segurança positivo (Sexton et al., 2006). Salvaguardando que a opção de resposta "Não aplicável" é considerada como dado por apresentar significado para o instrumento, contudo não entra nos cálculos da média e *score* total e respetivas dimensões. Na Tabela 12 apresentamos a média, o desvio padrão, o mínimo e o máximo para o SAQ total e para cada dimensão. A média do SAQ total é de 70,40, o que indica uma perceção positiva, no entanto fica aquém da média desejável 75, indicativa de forte clima de segurança. Por dimensão, a média varia entre 62,08 (perceção da gestão) e 81,16 (satisfação no trabalho).

Tabela 12 - Análise das dimensões do SAQ - Short Form 2006 PT

	N	Mín	Máx	m	DP
1. Clima de trabalho em equipa	73	33	100	70,72	13,249
2. Clima de Segurança	74	32	89	68,82	15,133
3. Satisfação no trabalho	73	35	100	81,16	13,982
4. Reconhecimento do stresse	75	0	100	74	25,190
5. Perceção da gestão	72	15	100	62,08	16,673
6. Condições de trabalho	73	19	100	65,58	16,865
SAQ Total				70,40	16,849

## 5.3 - ANÁLISE DESCRITIVA DO QUESTIONÁRIO SOBRE AS PRÁTICAS DO ENFERMEIRO

O questionário referente à perceção sobre as práticas do enfermeiro de perioperatório, é composto por um total de 73 itens, divididos em quinze áreas de atuação. Cada item pontua entre 1 – "Não se aplica" e a classificação máxima de 5 "Sempre".

Ao realizarmos a análise em termos percentuais da tabela (*Apêndice V*), frequência das respostas ao questionário sobre a perceção das práticas dos enfermeiros, constatamos que a maioria respondeu que perceciona executar as práticas apresentadas,

frequentemente ou sempre. Exceto nos itens 5.7 – Usar a "técnica de atirar" material esterilizado para a mesa de instrumentos, na área de atuação "Manutenção de técnica asséptica cirúrgica" onde a maior percentagem de respostas é na opção ocasionalmente (37,3%) e no item 9.1- "Antes de utilizar testa a sua funcionalidade insuflando-o com ar", na área "Garrote pneumático", que obteve a maior percentagem na opção Raramente (38,7%). Quanto à resposta na opção 1 "Não se aplica", obtém elevada percentagem resultante das funções que o enfermeiro executa durante a prática diária (enfermeiro de anestesia, enfermeiro de circulação/instrumentação).

Relativamente, à perceção das práticas que visam a promoção do ambiente cirúrgico, identificámos que os enfermeiros na área 1 "**Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado**" 90,7% têm a perceção que verificam sempre a identidade do doente (item1.1) e 72% verificam sempre a lateralidade do procedimento a realizar (item1.3).

A área 2 "**Higienização das mãos**" confere que os enfermeiros têm a perceção do cumprimento dos cinco momentos deste procedimento, revelando que 94,7% o executa sempre, após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso (item 2.3) e que 54,7% lavam sempre as mãos após o contacto com objetos e equipamentos do ambiente envolvente ao doente (item 2.5).

No que concerne à área 3 "**Segurança do medicamento**", as percentagens das respostas são consensuais em todos os itens com 68% de execução "sempre", exceto no item 3.2, com apenas 62,7% dos enfermeiros a confirmar a opção "sempre" em relação à preparação dos injetáveis, rotulam com nomenclatura, dose e via de administração do medicamento.

Na área 4, "**Ambiente operatório**", 72% dos enfermeiros têm a perceção que verificam sempre a disponibilidade e funcionalidade dos equipamentos e acessórios necessários para a sessão cirúrgica (item 4.3) e 49,3% dos enfermeiros verificam sempre se a sala operatória tem as condições ambientais adequadas (item 4.1).

Referente à área 5 "Manutenção de técnica asséptica cirúrgica" apurámos que 73,3% dos enfermeiros têm a perceção que confirmam sempre a esterilidade do material (item 5.2) e 4% respondeu que "Usa a técnica de atirar material esterilizado para a mesa do instrumentista" sempre (item 5.7), constatamos também que 6,7% da amostra raramente identifica ou confirma as soluções presentes na mesa estéril (item 5.9).

No que diz respeito à área 6, "**Empenho na manutenção do ambiente seguro**", 53,3% dos enfermeiros referem que fecham sempre as portas da sala (item 6.1) e 6,7% afirmam que limitam sempre o número de pessoas na sala (item 6.2).

A perceção dos enfermeiros sobre a área 7, "O posicionamento do doente" revelou que 70,7% promovem sempre o respeito pela privacidade e individualidade do doente (item7.3) e 48% registam o posicionamento e monitorizam complicações (item 7.5).

Quanto à área 8 "**Unidade de eletrocirurgia**", 57,3% dos enfermeiros retiram sempre o elétrodo cuidadosamente de forma a prevenir lesões na pele (item 8.5) e 26,7% realizaram tricotomia antes de o aplicar, se o doente apresenta pelos (item 8.3).

No que respeita ao "Garrote Pneumático", área 9, (dispositivo usado na sala de ortopedia) 74,7% dos enfermeiros mencionam que antes de o aplicar, protegem sempre a pele com material macio e não enrugável (item 9.2) e 38,7% raramente antes da aplicação do garrote testaram a sua funcionalidade (item 9.1).

Em relação à área 10, "Contagem de compressas", 70,7% dos enfermeiros percecionam que contam e registam sempre as compressas quando fornecem novos pacotes para a mesa operatória (item 10.2) e igual percentagem comunicam, sempre, de forma audível à equipa o resultado da contagem no final do procedimento cirúrgico (item 10.7).

Relativamente às áreas de atuação 11 e 12, "Contagens de instrumentos e corto perfurantes", 52% e 53,3%, dos enfermeiros, respetivamente, referem que antes do início da cirurgia fazem sempre, a contagem destes itens, procedendo de igual modo no final da intervenção 54,7% (item 11.2) em 60% (item 12.3) respetivamente.

"Se houver erro na contagem de compressas", área 13, 78,7% dos enfermeiros repetem sempre a contagem (item 13.1) e 25,3% ocasionalmente procuram no lixo e campos cirúrgicos (item 13.3).

No que concerne à área 14, "Transferência do doente para a UCPA", 64% da amostra refere avaliar sempre, o doente no final da cirurgia e efetuar os registos no sistema informático (item 14.1). Por sua vez 60% afirmam garantir sempre a transmissão da informação utilizando a ferramenta ISBAR (item 14.4).

Por último, área 15, "**Identificação espécimenes/amostras cirúrgicos**", 68% dos enfermeiros têm a perceção de que confirmam sempre, a rotulagem com a identidade

do doente e 28% "Lê a etiqueta da amostra em voz alta e outro enfermeiro da equipa confirma verbalmente" (item15.3).

Ao fazer a análise descritiva da tabela estatística dos itens do questionário sobre as práticas do enfermeiro de perioperatório (Apêndice VI) verificamos, na área de atuação 9 e 2, que a pontuação média de cada item varia entre 2,49 e 4,95, valores que correspondem ao item 9.1 "Antes de utilizar esta funcionalidade insuflando-o com ar," área Garrote pneumático, e ao item 2.3 "Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso", área de higienização das mãos, respetivamente.

De modo a determinar a frequência da execução das práticas do enfermeiro, apurámos as médias para cada área. Na análise da tabela 13, verificamos que a área 12. "Conta corto perfurantes e regista" apresenta a média mais baixa de 3,69, enquanto a área 1 "Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado" apresenta a média mais elevada de 4,77. Pode constatar-se que a média total do questionário sobre a perceção da frequência da execução das práticas do enfermeiro de perioperatório se situa entre "frequentemente" a "sempre" (4,18).

Tabela 13 - Análise das áreas de atuação das práticas do enfermeiro de perioperatório

	Média	DP
Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado	4,77	0,491
2. Higienização das mãos	4,75	0,403
3. Segurança do medicamento	4,59	0,709
4. Ambiente operatório	4,60	0,562
5. Manutenção de técnica asséptica cirúrgica	3,82	1,356
6. Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória	3,83	0,959
7. Posicionamento do doente	4,59	0,549
8. Unidade Eletrocirurgia	3,88	1,381
9.Garrote Pneumático	3,85	1,365
10.Contagem de compressas	4,04	1,596
11.Conta instrumentos e regista	3,75	1,676
12. Conta corto perfurantes e regista	3,69	1,695
13. Se há erros na contagem de compressas	4,12	1,614
14.Transferência do doente para UCPA	4,54	0,679
15. Identificação de amostras/espécimenes cirúrgicos	3,92	1,436
Total	4,18	1,098

Pretendemos também relacionar as diferentes áreas de atuação com as variáveis e assim passamos a apresentar os resultados obtidos no teste das hipóteses formuladas.

## Hipótese 1- Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a idade.

Constatámos que se confirma parcialmente a hipótese, pois algumas áreas revelam diferenças significativas (p<0,05) e muito significativas (p<0,01), como podemos observar na tabela (Apêndice VII) onde constam os resultados obtidos da aplicação do teste Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e a idade. As áreas de atuação 10, 11 e 12 apresentam diferenças estatisticamente significativas (p=0,016; p=0,012; p=0,013, respetivamente) em que os enfermeiros com idade entre 40-49 anos, se destacam com postos médios de frequência das suas práticas mais elevadas do que os dos outros grupos etários. Também a área 14 apresenta diferença significativa, os enfermeiros entre 20-29 anos evidenciam-se dos restantes com posto médio de 48,20 (p=0,029). Destacamos ainda as diferenças estatisticamente muito significativas nas áreas 5,13 e 15 (p=0,006; p=0,003; p=0,005), obtidas pelos enfermeiros com idades entre 40-49 e ≥50 anos.

# Hipótese 2 – Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a experiência profissional.

Com a análise da tabela (Apêndice VIII), onde apresentamos os resultados do teste de Kruskal-Wallis, confirmámos parcialmente a hipótese 2, ao verifica, em algumas áreas de atuação diferenças significativas e muito significativas entre o tempo de serviço e a frequência das práticas do enfermeiro. As áreas 10,11 e 12 apresentam diferenças significativas (p=0,018; p=0,019; p= 0,013, respetivamente) os enfermeiros com mais tempo de experiência profissional, 16-20 e ≥ 21 anos, verificando-se maior posto médio de frequência das suas práticas, comparativamente ao restante tempo de experiência profissional. Enquanto nas áreas 5, 13 e 15 apresentaram uma diferença estatisticamente muito significativa (p=0,010; p=0,010; p=0,007, respetivamente) em que a experiência profissional superior a 16 anos apresentou maior posto médio.

## Hipótese 3 – Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e o tempo de serviço em BO.

Pela análise da tabela (Apêndice IX), verificamos que os resultados do teste de Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e o tempo de serviço em perioperatório, permite comprovar parcialmente a hipótese, ao confirmar diferenças

significativas, muito significativas e altamente significativas entre o tempo de serviço no bloco operatório e a frequência das práticas do enfermeiro. Em concreto nas áreas 5 e 15, os enfermeiros com uma experiência superior ou igual a 21 anos, apresentam um posto médio de frequência mais elevado, (p=0,026) comparativamente ao restante tempo de serviço no bloco operatório. Por sua vez, as áreas de atuação 6, 10 e 12 apresentam uma diferença estatisticamente muito significativa (p=0,006; p=0,003; p=0,002, respetivamente) em que nas áreas 6 e 12, os enfermeiros com mais tempo de serviço no BO apresentaram maior posto médio de frequência de práticas e na área 10, os que possuem 11 a 15 anos de serviço no perioperatório apresentam um elevado posto médio, comparativamente aos restantes tempos de serviço. Apurámos também que as áreas 11 e 13 apresentaram uma diferença altamente significativa (p=0,000; p=0,001, respetivamente) onde os enfermeiros com 6 a 10 anos de perioperatório se destacam com um elevado posto médio, comparativamente aos restantes e os que tinham 11 a 15 anos de serviço no BO, sobressaíram na área de atuação 13.

# Hipótese 4 – Existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório.

A análise da tabela (Apêndice X) mostra-nos os resultados do teste Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório, confirmando parcialmente a hipótese 4. Em 8 das 15 áreas de atuação existe uma diferença altamente significativa na frequência das práticas do enfermeiro. Assim, nas áreas 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13 e 15 apurámos diferenças altamente significativas (p=0,000) em que o enfermeiro circulante/instrumentista se destacou em todas estas áreas (exceto na área de atuação 9 que o posto médio é atribuído aos enfermeiros que executam todas as funções) com posto médio superior comparativamente às restantes funções em perioperatório, na frequência das práticas.

## Hipótese 5 – Existe relação entre o clima de segurança e a perceção da frequência das práticas do enfermeiro de perioperatório.

Da aplicação da correlação de Spearman entre as dimensões do SAQ e as práticas do enfermeiro (Tabela 14), verificamos, que três áreas de práticas estão correlacionadas de forma positiva e muito significativa (p<0,01) com três dimensões do SAQ. A área de atuação 4 – Ambiente operatório apresenta uma correlação positiva muito significativa (rs=0,318; p=0,006) com a dimensão relativa ao clima de segurança, ou seja, as práticas de verificação das condições do ambiente operatório, aumentam consoante aumenta a

perceção dos profissionais sobre a segurança no serviço. O mesmo se verifica em relação à área de atuação 6 – Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória, verifica uma correlação positiva muito significativa (rs=0,338; p=0,003) com a dimensão 6 – Condições de trabalho. Assim, os enfermeiros que mais frequentemente verificam as condições seguras na sala operatória, são os que apresentam maior perceção sobre as condições onde trabalham. Por fim, também se verifica uma correlação muito significativa, mas negativa, na área de atuação 15 – Identificação de amostra/espécimes cirúrgicos (rs=-0,367; p=0,001) com a dimensão 4– Reconhecimento do stresse, em que os enfermeiros executam menos vezes a identificação das amostras, quanto mais reconhecem o stresse.

Tabela 14 - Resultados do teste de Correlação de Spearman entre as dimensões SAQ e as práticas do enfermeiro de perioperatório

	1.Clima de trabalho	2. Clima de segurança	3.Satisfação no trabalho	4.Reconhecimento do stress	5.Perceção da gestão	6. Condições de trabalho				
Área de atuação 1	-0,011	0,277*	-0,070	-0,180	0,078	0,273*				
Área de atuação 2	0,036	0,227	0,050	-0,065	0,059	0,019				
Área de atuação 3	0,005	0,245*	0,162	-0,186	0,270*	0,179				
Área de atuação 4	0,203	0,318**	0,137	-0,065	0,205	0,206				
Área de atuação 5	-0,080	0,086	-0,045	-0,061	0,123	0,161				
Área de atuação 6	0,194	0,259*	0,093	-0,078	0,187	0,338**				
Área de atuação 7	0,159	0,158	0,206	-0,050	0,054 -0,011 0,036	0,161				
Área de atuação 8	-0,142	0,003	-0,135	-0,115 -0,011		,		,	-0,011	0,128
Área de atuação 9	-0,159	0,069	-0,073	-0,096					0,192	
Área de atuação 10	-0,183	-0,059	-0,233 <sup>*</sup>	-0,132	-0,084	0,143				
Área de atuação 11	-0,226	-0,101	-0,260 <sup>*</sup>	-0,107	-0,018	0,062				
Área de atuação 12	-0,094	0,053	-0,232 <sup>*</sup>	-0,091	-0,024	0,154				
Área de atuação 13	-,267 <sup>*</sup>	-0,077	-0,289 <sup>*</sup>	-0,091	0,010	0,052				
Área de atuação 14	0,002	0,070	0,104	-0,175	-0,004	0,051				
Área de atuação 15	-0,077	0,132	-0,139	-0,367**	0,019	0,166				
	71	72	71	73	70	73				

<sup>\*\*.</sup> A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

#### 6. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os resultados empíricos obtidos possibilitam produzir algumas reflexões que são discutidas à luz do enquadramento teórico, do estado da arte, de forma a responder aos objetivos enunciados e à questão de investigação.

Obteve-se uma amostra de 75 enfermeiros, predominantemente do sexo feminino (80%, n=60) o que está de acordo com a distribuição real dos enfermeiros no país, que é 82,3% para o sexo feminino e de 17,7% para o sexo masculino (OE, 2020), resultado semelhante ao encontrado por Gutierres et al. (2018) cuja amostra era composta por 85% de indivíduos do sexo feminino. O estudo realizado por Saraiva e Almeida (2017) apresentou uma amostra mais expressiva do sexo masculino 29,1%, constituída maioritariamente por enfermeiros, mas incluía outros grupos profissionais de saúde. O Relatório Social do Ministério da Saúde e do SNS, (2018) mostra um claro domínio do sexo feminino em todos os grupos profissionais, 76,5% para o sexo feminino e 23,5% para o sexo masculino, sendo esse valor mais expressivo no grupo profissional da Enfermagem.

Relativamente à idade, constatámos que 38,7%(n=29) dos enfermeiros se encontram na faixa etária dos 30 aos 39 anos, seguidos por 33,3% (n=25) com idade igual ou superior a 50 anos, o que é análogo à estatística da OE, onde consta que 33% destes profissionais se situam no grupo etário dos 30 aos 40 anos e igual percentagem tem idade compreendida entre os 50 e os 65 anos (OE, 2020). Também Gutierres et al. (2018) no seu estudo obteve uma amostra com uma média de idades de 37,6 anos.

A nossa amostra revela que 32%(n=24) dos enfermeiros exercem funções em perioperatório há 21 ou mais anos e que 57,3% (43) trabalham no BO onde decorreu o estudo há mais de 10 anos, o que indicia uma equipa perita, experiente nesta área de cuidados. Também, Ângelo (2015) verificou que 42% dos enfermeiros do seu estudo tinham 16 anos ou mais de experiência na área de perioperatório, assim como Martí (2017) ao verificar que 42,1% da sua amostra somava mais de 10 anos em BO.

O enfermeiro que cuida da pessoa em situação perioperatória promove a segurança dos cuidados e do doente, no seu percurso cirúrgico, podendo desempenhar diferentes funções, nomeadamente de apoio à anestesia, de circulação, de instrumentação e na UCPA (AESOP, 2012). Na revisão da literatura não foi encontrado nenhum estudo em que a equipa de enfermagem estivesse dividida por funções, apesar de Ângelo (2015)

ter abordado apenas a função do enfermeiro circulante na sua pesquisa. Na nossa amostra, 48% (n=36) dos enfermeiros exercem todas as funções previstas no perioperatório. Os restantes elementos da equipa estão divididos em dois setores: enfermeiro de apoio à anestesia e UCPA; e enfermeiro circulante e instrumentista. Sobre este assunto, a AORN (2020), uma das mais prestigiadas associações no âmbito do perioperatório que emana diretrizes e protocolos de enfermagem para a qualidade e segurança em saúde, tem vindo a elaborar *guidelines* baseadas nas mais recentes evidências, para garantir a excelência da prática dos cuidados perioperatórios. E propõe que a enfermagem perioperatória englobe todas as áreas do perioperatório. Em paralelo, a AESOP (2012) enumera quatro funções que o enfermeiro pode desempenhar, nomeadamente no apoio à anestesia, na circulação, na instrumentação e na UCPA. Essas funções, apesar de distintas umas das outras, interligam-se, complementem-se e concorrem para o mesmo objetivo (AESOP, 2012).

No sentido de dar cumprimento ao primeiro objetivo deste estudo e de forma a identificar a perceção do enfermeiro de perioperatório sobre o clima de segurança no BO do hospital onde trabalham os inquiridos, aplicámos o questionário SAQ. A analise dos resultados, permite-nos constatar que a maioria os enfermeiros responderam "concordo parcialmente" e "concordo totalmente" aos itens do instrumento, sendo estes resultados corroborados pelos estudos realizados por Saraiva e Almeida (2017), e Marti (2017), em que a maioria das respostas tendeu para o lado positivo do questionário. O SAQ, como referido, é composto por seis dimensões: clima de trabalho em equipa, clima de segurança, satisfação no trabalho, reconhecimento do stresse, perceção da gestão e condições de trabalho. Confirmamos que, em termos percentuais, a maioria dos itens que compõe as seis dimensões apresenta elevada percentagem de concordância (concordo parcialmente e concordo totalmente), resultados que indiciam a perceção da existência de colaboração entre a equipa, compromisso com o serviço, existência de reconhecimento entre os pares e que a liderança é reconhecida e respeitada pelo grupo. De salientar que obtivemos resultado de 96% na dimensão clima de segurança com a questão "Sentir-me-ia seguro se fosse tratado aqui como doente", na dimensão satisfação no trabalho 100% da amostra referiu gosto do meu trabalho e 97,3% concordam que este BO é um bom local para trabalhar. Assim pode admitir-se claramente que os enfermeiros deste BO percecionam um ambiente seguro. O resultado revela uma média total de 70,40, indicando uma perceção positiva do clima de segurança, sendo mais expressivo do que o obtido por Saraiva & Almeida (2017) que apuraram 67,03 de média, levando-nos a admitir que para o nosso resultado, contribuiu o facto de o questionário ter sido aplicado apenas a enfermeiros. Também o estudo de Hwang (2015) mostrou que os enfermeiros percecionaram as suas competências em segurança como moderadas e aconselhou o uso de instrumentos fiáveis e confiáveis, por ex. as escalas para avaliar a informação no sentido de aumentar a cultura de segurança.

Outro dos objetivos que nos propusemos com a elaboração deste estudo foi identificar a perceção dos enfermeiros de perioperatório, no que respeita às suas práticas como promotoras de um ambiente cirúrgico seguro. Estes profissionais possuem um papel fundamental no que concerne à segurança do doente e da equipa cirúrgica, além de serem o suporte necessário à qualidade do ato cirúrgico, nomeadamente na segurança do ambiente, no controlo da infeção, na gestão de riscos e ainda na gestão organizacional do BO (AESOP, 2012).

De forma a englobar as quatro funções do enfermeiro de perioperatório, elaborámos um questionário baseado na grelha de observação de Ângelo (2015), nas orientações das boas práticas da AESOP (2013) e fundamentado nas Guidelines da AORN de 2020. Este questionário constituído por quinze áreas de atuação, justificadas no avanço científico e tecnológico do BO, onde num ambiente altamente complexo e específico, o risco é potencialmente elevado, quer para a pessoa, quer para o profissional de saúde e convive silenciosamente na sala operatória, sendo da competência do enfermeiro assumir responsabilidades na manutenção de um ambiente seguro e eficiente (AESOP, 2012). As respostas dos enfermeiros indicam frequência de execução das práticas relativas às áreas de atuação: 1. "Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado", 2. "Higienização das mãos", 3. "Segurança do medicamento", 4."Ambiente operatório" 7. "Posicionamento do doente" 14. "Transferência do doente para a UCPA" com maior número de respostas em "Sempre" e com média superior a 4. Sendo que na área de atuação 1, o item "Verificação da identidade do doente" obtém 90,7% de respostas "sempre". Estes resultados estão em consonância com a Orientação sobe a Identificação Inequívoca dos Doentes (DGS, 2018), em que o enfermeiro deve confirmar a identidade do mesmo com dados fidedignos (DGS, 2018). Também nos é dado inferir que o primeiro objetivo da checklist "Cirurgia Segura Salva Vidas", "A equipa vai operar o doente certo, no local certo", é claramente cumprido. Gutierres et al. (2018) referiu-a como uma ferramenta rápida na sua execução, em 92,9% e referencia-a como um instrumento na monitorização dos cuidados.

A AORN (2020) mencionou que o enfermeiro possui um papel crucial na implementação das guidelines relativas à higienização das mãos. No nosso estudo, 100% dos enfermeiros percecionam positivamente o cumprimento dos "5 Momentos" para a Higienização das Mãos. A corroborar estes resultados, o estudo observacional do Gabinete da Qualidade sobre a Adesão à Higiene das Mãos por Momentos, do Bloco Operatório, no ano 2020, atestou que 89,2% dos enfermeiros aderiu à correta higienização das mãos (Anexo VI). Contrariamente, Rodríguez et. al. (2018), num estudo quantitativo de corte transversal, sobre a "Aderência de profissionais de saúde à higienização das mãos" (2018) demonstrou que nesta prática, embora simples, a equipa multiprofissional apresentou fragilidades na sua execução e que será necessário repensá-la no sentido de favorecer a cultura de segurança. A OMS sublinha que a maioria das infeções associadas aos cuidados de saúde podem ser prevenidas com uma correta higienização das mãos (DGS, 2020). Também a execução da prática segura do medicamento obtém elevada pontuação na perceção de frequência, o que se poderá atribuir à adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção na utilização segura do medicamento (Despacho n.º 1400-A/2015). A evidência científica referiu o cálculo errado na dosagem, troca de nomes, erros por omissão, hora errada e troca de seringas, erros que levam à necessidade de tomar precauções para mitigar estes riscos (AORN, 2020). A perceção da prática de verificação de um "Ambiente Operatório" alcançou 98,7% de respostas positivas, corroborado pelo estudo de Ángelo (2015) que observou entre os 87% e 97% de práticas seguras realizadas pelos enfermeiros, salientando que as condições ambientais foram confirmadas em 89,5% de procedimentos corretos. A cultura de segurança é um conjunto de ações partilhadas pela equipa multiprofissional com o intuito de minimizar os riscos durante o período perioperatório, onde a enfermagem se destaca pelas suas práticas (Gutierres et al., 2018).

No nosso estudo, os enfermeiros realizaram a prática de posicionar o doente de forma correta muito frequentemente. O posicionamento cirúrgico é "a capacidade de colocar, mover e manter o corpo numa posição que permita a melhor exposição cirúrgica e um mínimo de compromisso das funções fisiológicas" (AESOP, 2012, p. 72), destacandose como um elemento-chave para o sucesso da cirurgia (AESOP, 2012). Os doentes submetidos a cirurgia têm um fator de risco acrescido no desenvolvimento de lesões, pela pressão a que estão sujeitos na superfície operatória e pela duração da cirurgia (Miranda, 2016).

A transferência do doente para a UCPA destaca-se como sendo um momento de cuidados de enorme relevância, tendo obtido, na grande maioria, respostas "Frequentemente" e "Sempre", dando, assim, cumprimento ao nono objetivo da *checklist* "Cirurgia Segura Salva Vidas", "A equipa vai comunicar de forma eficaz e partilhar informação crítica que contribua para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos" (OMS, 2009). A comunicação efetiva tende a uniformizar os cuidados, mas também facilita as relações interpessoais, favorecendo o clima de trabalho e a segurança do doente (Gutierres et al. 2018). A ferramenta ISBAR tem benefícios para a equipa e para os doentes com forte impacto ao nível da segurança durante as transferências clínicas (Figueiredo, Potra & Lucas, 2019).

Ao reconhecer as práticas do enfermeiro de acordo com as funções em perioperatório na promoção do ambiente cirúrgico seguro, constatamos que as restantes áreas (5, 6, 8, 9, 10, 12, 13, 14 e 15), obtiveram uma frequência de práticas inferior e acresce ainda um elevado número de respostas do tipo "Não se aplica". No BO, onde decorreu o estudo, são quatro as funções do enfermeiro de perioperatório e, como referido na literatura, as funções são transversais a todas as fases. No entanto, como já mencionado, neste BO, a equipa de enfermagem está subdividida em dois grupos: enfermeiro de apoio à anestesia/UCPA e enfermeiro de circulação/instrumentação. O ónus desta divisão sugere, ao analisar as questões mais penalizadas, ou seja, aquelas em que os enfermeiros têm menor frequência de realização das suas práticas são mais evidenciadas nas funções do enfermeiro circulante e instrumentista. O enfermeiro circulante é considerado o gestor da sala de operações, as suas atividades podem ser classificadas como assistenciais e de gestão. Ao circulante é exigido que tenha competências que garantam a segurança do doente e de toda a equipa multiprofissional (AESP 2012). O Estudo Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper (Von Vogelsang et. al, 2020) atestou este enfermeiro como o único profissional de saúde com competência para ser responsável pela assepsia, instrumentação, prevenção da infeção e complicações, controlo e manuseamento de espécimes biológicos durante o procedimento cirúrgico. A evidência revelada pela prática diária em BO demonstra que nas seguintes áreas de atuação: unidade de eletrocirurgia, garrote pneumático, contagem e registo de compressas e cortoperfurantes, o que fazer em caso de erro nas contagens e na identificação de espécimen/amostra cirúrgica, os cuidados estão orientados para o ato cirúrgico propriamente dito. Como tal, são executados pelo enfermeiro circulante e aqui reside o fundamento de algumas práticas serem especificas e singulares,

correspondendo a uma área definida do perioperatório. Outra justificação para os resultados obtidos pode dever-se ao facto de a maioria dos novos profissionais de perioperatório ter integrado o grupo dos enfermeiros de apoio à anestesia e, consequentemente, não realizarem as funções de circulante, o que pode justificar a pontuação inferior nestas áreas.

No que diz respeito aos resultados das hipóteses que testamos e, seguindo a mesma ordem, passamos a discutir alguns resultados, comparando-os com os de outros. Relativamente à hipótese - existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a idade, constatamos que o enfermeiro quanto mais idade possui, maior é a frequência das práticas no exercício das suas funções. Também Hwang (2015) e Jung, Kim e Kim (2020), nos seus estudos referem que os enfermeiros mais jovens, menos experientes, apresentam índices de confiança menores em relação às práticas de enfermagem e segurança do doente, ou seja, quanto maior a idade do enfermeiro maior o nível de competência e de desempenho. Os enfermeiros com mais idade são mais experientes e concomitantemente mais seguros nas suas intervenções (Costa & Gaspar, 2017). É de realçar que na área 14, "Transferência do doente para a UCPA", obtivemos uma diferença significativa, sendo esta na faixa etária entre os 20-29 anos. Estes enfermeiros mais jovens destacam-se ao alcançar maior pontuação na perceção das suas práticas. Podemos assumir este resultado como consequência da função que desempenham, visto que, ao serem destacados apenas para funções de enfermeiro de apoio à anestesia/UCPA, assumem papel específico de transmitir a informação aquando da transferência do doente entre a sala operatória e a UCPA. Em sentido contrário, Ângelo (2015) não encontrou diferenças significativas na relação entre as práticas do enfermeiro e a idade. Igualmente Gutierres et al. (2018) referem que as boas práticas se destacam na articulação com a equipa multidisciplinar e com a realização de cuidados de qualidade não evidenciando relação entre a idade e a perceção da execução das práticas em perioperatório.

Quanto à hipótese - existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e a experiência profissional, comprovamos que o enfermeiro com mais anos de experiência executa com mais frequência as práticas em algumas áreas de atuação. A investigação de Costa e Gaspar (2017) demonstrou que a idade e a experiência profissional em anos, influenciam positivamente a competência do enfermeiro. Também Silva (2019) ao estudar a cultura de segurança do doente no BO evidenciou a experiência profissional como um fator determinante para a mitigação dos

eventos adversos e referiu o BO como um local onde os diferentes níveis de saberes influenciam o nível de competência técnica e ajudam na tomada de decisão em relação às questões de segurança. Por outro lado, Serrano (2011) constatou que estas resultam da articulação entre os atores (equipa de saúde), o contexto e os saberes. Certamente, o enfermeiro na *praxis* clínica diária, recorre a habilidades, procedimentos específicos, ou seja, a *outputs* de desempenho que irão refletir-se nas suas práticas. Podemos assim admitir que o tempo de exercício profissional exerce influência nas habilidades e capacidades, levando o enfermeiro a revelar maior maturidade na execução das práticas. Neste sentido, (Gerrish et al. como referido por Costa & Gaspar, 2017, p.52), mencionam que o enfermeiro com mais tempo de experiência profissional, tem maior aptidão para obter conhecimento e mais capacidade para o realizar e basear a sua prática clínica nesse conhecimento.

No que respeita à hipótese - existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e o tempo de serviço em BO, demonstrou-se que os anos de serviço em BO, conduzem o enfermeiro a uma maior perceção sobre segurança em algumas práticas. Resultados corroborados pelo estudo de Blomberg, Lindwall e Bisholt (2019) ao referir que os enfermeiros com 20 anos de experiência se autoavaliaram mais positivamente do que os participantes com menos tempo de prática. Também a investigação de Gillespie et al. (2018) comparou a perceção da competência do enfermeiro de perioperatório em vários países e o tempo de serviço no BO e, confirmou que os enfermeiros australianos percecionaram níveis de competência em enfermagem perioperatória mais altos quando comparadas com os enfermeiros suecos. Já Ângelo (2015) não encontrou diferenças significativas quanto à experiência profissional e tempo de serviço. Por sua vez, Santana, Rodrigues e Evangelista (2016) estudaram uma amostra com 12 anos de experiência profissional, 6 dos quais em BO e demonstraram que os profissionais tinham necessidades de estímulo na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nomeadamente em ações de segurança na sala operatória, promovendo dessa forma o empoderamento da equipa. No nosso estudo, apurámos que os enfermeiros com tempo de serviço entre 6 e 10 anos no BO se destacam com aumento de pontuação na frequência das suas práticas, em algumas áreas, o que nos leva a inferir que a divisão de funções, conduz a uma maior habilidade na execução da praxis diária.

Em relação à hipótese - existe diferença entre a perceção da frequência das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório, ficou patente a existência de

diferenças, principalmente as que são particulares a cada função. Apurámos diferenças significativas nas práticas do enfermeiro circulante/instrumentista, especialmente nas áreas de atuação 5, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 15. Quando questionamos o enfermeiro sobre os cuidados a ter para a manutenção da técnica assética cirúrgica, com o garrote pneumático, na contagem de itens quantificáveis, na identificação das amostras cirúrgicas, o enfermeiro com funções de circulante/instrumentista evidencia-se positivamente. De salientar que a área de atuação dos cuidados a ter com o "Garrote pneumático", obtém perceção positiva por parte do enfermeiro que executa todas as funções em perioperatório. Corroborando o nosso estudo, Ângelo (2015) observou dois itens referentes aos cuidados a ter com o garrote pneumático (de um total de dezoito), que necessitavam de ser corrigidos. Um estudo realizado por Schessler, Stiles e Mancuso (2020) revelou que a adoção de novas tecnologias no intraoperatório e um maior fluxo de atividades do foro anestésico, levaram a novos desafios, havendo um potencial para a melhoria dos cuidados quando os doentes eram tratados por equipas eficientes e bem treinadas. Este estudo remete para Queirós (2017), que identifica na sua investigação, o enfermeiro perito como um profissional com conhecimentos aprofundados e alargados e que adquire metacompetências caracterizadas pela capacidade de agir reflexivamente, planear, sistematizar e avaliar com maior destreza. A OE (Despacho 556/2017, p.23636) valida as competências acrescidas como sendo "fruto da complexificação permanente dos conhecimentos, das práticas e contextos, adquiridos ao longo do percurso profissional do enfermeiro e permitem responder, de forma dinâmica às necessidades em cuidados de saúde da população".

Quanto à hipótese - existe relação entre a perceção do clima de segurança e a perceção da frequência das práticas do enfermeiro, apuramos uma relação positiva entre a área de atuação 4 – Ambiente operatório com a dimensão Clima de segurança do SAQ, ou seja, a frequência das práticas do enfermeiro aumenta, consoante acresce a concordância do profissional sobre o clima de segurança. O estudo de Gutierres et al. (2018) definiu a clima de segurança como o conjunto de práticas compartilhadas pela equipa, nomeadamente a existência de protocolos, assim como, a disponibilidade de equipamentos e materiais testados e verificados, como sendo fatores importantes e promotores de um bom ambiente operatório. Também Saraiva e Almeida (2017), concluíram que na grande maioria (88,5%) dos profissionais de saúde tinham conhecimento dos meios adequados para direcionar as questões relacionadas com a segurança do doente, mas apenas 64,7% destes referiram a cultura no serviço impulsionadora de aprendizagens com os erros. Em sentido oposto ao resultado obtido

no nosso estudo, Ângelo (2015) referiu que o enfermeiro perceciona a existência de um certo clima de insegurança, notório quando 40% dos enfermeiros discordaram parcialmente da questão, pois sentir-se-iam seguros se tivesse de ser operados no serviço e consideram que existem áreas a melhorar, na discussão e notificação dos erros e na existência de protocolos de atuação. Ainda na testagem da mesma hipótese, obtivemos uma correlação positiva significativa entre a área de atuação 6 - Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória e a dimensão 6 do SAQ -Condições de trabalho. O enfermeiro que mais frequentemente se envolve na manutenção do ambiente da sala é o que apresenta maior perceção sobre as condições de trabalho. Consideramos esta relação fidedigna, pois o ambiente seguro é a soma das atitudes, perceções, competências e padrões de comportamento individuais e da equipa, que a par com a formação contínua, são a fonte da qualidade do ambiente da sala operatória (OMS, 2009; Antunes, 2020). Contudo, Ângelo (2015) encontrou condições de trabalho aquém do esperado, havendo pontos a melhorar, por exemplo na equipa, na comunicação, na aprendizagem com os erros e na liderança. Também Marti (2017) se deparou com debilidades e questões a melhorar nas condições de trabalho. Mas de acordo com a AORN (2020), são os enfermeiros perioperatórios que desempenham um papel fundamental na criação e manutenção de um ambiente limpo e seguro para os doentes submetidos a procedimentos anestésico - cirúrgicos, devendo atuar de forma responsável e colaborativa com toda a equipa multidisciplinar envolvida na prestação de cuidados de saúde.

Por último, referimos a correlação estatisticamente significativa entre a frequência da prática do enfermeiro na Identificação de amostra/espécimenes cirúrgicos (área 15) com a perceção da dimensão 4, Reconhecimento do Stresse, do SAQ. Verificamos a existência de uma relação negativa muito significativa, em que quanto mais os enfermeiros reconhecem o stresse, menos efetuam a identificação das amostras. E, este resultado é corroborado por Saraiva e Almeida (2017) ao constatarem que 78,6% dos profissionais consideraram ter maior probabilidade de cometer erros em situações tensas ou hostis. Por sua vez, Ângelo (2015) afirma que 47,2% da sua amostra tem perceção de stresse no local de trabalho. BO é sinónimo de um ambiente de elevado stresse, o que por vezes prediz uma certa prevalência de incidentes (Fragata, 2010). A função do enfermeiro de perioperatório inclui planear a necessidade de colheitas de espécimenes aquando da programação do plano de cuidados cirúrgicos (AORN, 2020). É expectável a sua prática, contudo Antunes (2020) afirmou que, estando o enfermeiro inserido numa equipa multidisciplinar, exposto a elevados níveis de stresse e envolto

num ambiente altamente tecnológico, onde as condições físicas/ambientais são, por vezes adversas, pode ser conduzido a procedimentos de omissão. Fragata (2010) salientou que este tipo de falhas pode ser atenuado com equipas fixas e coesas de forma a gerar comportamentos de aproximação a atitudes positivas.

#### **CONCLUSÃO**

A presente investigação identifica a perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança, no BO de um centro hospitalar da região centro do país. Pretende dar destaque às práticas dos enfermeiros de perioperatório e refletir sobre a qualidade do ambiente que se vive na sala operatória. A metodologia proposta para o estudo empírico é fundamentada pelo estado da arte. A literatura sublinha a importância para a convergência de princípios, normas e procedimentos, baseados na melhor evidência, como guias orientadores das práticas dos enfermeiros no sentido da promoção da segurança do ambiente. A OMS (2009) refere que o clima de segurança abrange um conjunto de crenças partilhadas que suportam a prática segura entre os profissionais de saúde, sendo este assunto a prioridade no âmbito da cultura organizacional. E a avaliação do clima de segurança possibilita o acesso a informações dos profissionais a respeito das suas perceções e comportamentos, permitindo identificar e monitorizar áreas problemáticas com o objetivo de planear e implementar intervenções (Silva, 2019).

O estudo empírico tem em consideração a questão norteadora, "Será que a perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório promovem um ambiente cirúrgico seguro"?

De forma a responder à questão formulada, a investigação envolveu uma amostra expressiva dos enfermeiros que exercem a sua atividade no BO onde decorreu o estudo. São na sua maioria do sexo feminino, com idade compreendida entre 30-39 anos, havendo um grupo considerável com idade superior ou igual a 50 anos. Relativamente ao tempo de serviço em BO, os enfermeiros situam-se entre menos ou igual a 5 anos de tempo de serviço e um número significativo com maior ou igual a 21 anos de serviço na unidade. A equipa de enfermagem está divida por funções de circulante, instrumentista, de apoio à anestesia e UCPA.

Da aplicação do questionário SAQ, apuramos uma média elevada, 70,40, o que revela uma perceção positiva dos enfermeiros sobre o clima de segurança. Os resultados permitem concluir que a maioria dos enfermeiros concorda que trabalha num serviço onde existe uma boa colaboração entre os elementos da equipa, apresenta compromisso com o serviço e a liderança é reconhecida e respeitada pelo grupo. De

salientar que a amostra concorda com a questão "gosto do meu trabalho" e concorda que é um bom local para trabalhar.

Mas o verdadeiro cerne da nossa dissertação são as práticas dos enfermeiros de perioperatório, sobre as quais questionámos na última parte do instrumento de colheita de dados. Apurámos resultados que induzem para linhas de discussão que nos levam a considerar que são boas práticas as realizadas nas áreas de atuação: "Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado", "Higienização das mãos", "Segurança do medicamento", "Ambiente operatório", "Posicionamento do doente" e a "Transferência do doente para a UCPA", porque obtêm maior percentagem de respostas "Sempre", com média superior a 4 e, consequentemente manifestam elevar não só a qualidade do ambiente como também a segurança do doente.

Explorámos relações e verificámos que o enfermeiro, quanto mais idade, mais experiência profissional e tempo de serviço em perioperatório possui, maior é a frequência das suas práticas, no exercício das suas funções. Concluímos que existe relação entre o ambiente operatório e a dimensão do SAQ relativa ao clima de segurança, ou seja, as práticas de verificação de condições do ambiente operatório aumentam consoante aumenta a perceção dos enfermeiros sobre o clima de segurança no serviço.

Consideramos, que esta fase do nosso trabalho é, o momento para tecer algumas apreciações, em torno das fragilidades do estudo. A inexperiência na área de investigação, assim como a não existência de investigações sobre a temática que nos propusemos estudar constituíram inicialmente limitações que ao longo do desenvolvimento do estudo, fomos transformando em oportunidade. A inexperiência levou-nos a construir um instrumento de colheita de dados muito abrangente, extenso e exaustivo. No entanto, foi estimulador constatar que a população colaborou massivamente permitindo-nos obter uma amostra muito significativa do universo em estudo. O tempo de pandemia, que se vive atualmente, foi um fator que concorreu como limitação de tempo disponível para a realização do estudo, consequência do ritmo extenuante de trabalho hospitalar.

Sintetizadas as principais conclusões e embora não possamos inferir nem generalizar para outras populações, em contextos semelhantes, admitimos que os resultados obtidos constituem um forte contributo para a mensuração do trabalho do enfermeiro de perioperatório durante a sua praxis clínica.

Ao refletirmos sobre qual o contributo deste estudo para a prática profissional, bem como para a tomada de decisão na prestação de cuidados ao doente em situação de perioperatório, consideramos ser relevante chegar ao consenso que o enfermeiro que executa função de circulante/instrumentista, tem maior frequência de boas práticas. Acreditamos que a divulgação dos resultados do estudo aos que nele participaram possa contribuir para aferir práticas e atitudes, valorizando os cuidados prestados, elevando a segurança do doente e do ambiente, no sentido da promoção da consciência cirúrgica. Pretendemos identificar as boas práticas do enfermeiro num ambiente peculiar designado como perioperatório, valorizando a Enfermagem como disciplina do conhecimento.

Consideramos como um dos pontos fortes deste estudo, o facto de abrir horizontes, ajudando na reflexão/ ação sobre conceitos tão comuns e complexos que estão no centro da humanização dos cuidados, sempre com o propósito da busca da melhoria contínua da qualidade dos mesmos e do clima de segurança. Por último, e tendo presente as conclusões apresentadas, sugerimos que se realize investigação sobre cada uma das quatro funções do enfermeiro de perioperatório. De forma a viabilizar a construção de um manual de boas práticas para os enfermeiros de BO, que possa servir como guia orientador de qualidade e, em última análise, de complemento na avaliação do profissional onde sejam incluídos os objetivos individualmente contratualizados. Enfatizamos ainda que a implementação das melhores práticas e das medidas de segurança preconizadas para cada procedimento, favorecem a tomada de decisão, garantem estratégias facilitadoras de um ambiente cirúrgico seguro e conduzem não só à diminuição do erro, mas são também fatores motivacionais capazes de diminuir a desmotivação e atitudes de insatisfação.

No términus do nosso estudo e perante os resultados e conclusões apresentados, cumpre-nos afirmar que os objetivos a que nos propusemos inicialmente foram alcançados e que a questão de investigação obteve claramente resposta fundada na evidência percebida.

Antes de concluir, pretendemos divulgar que foi publicado o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 pelo Despacho 9390/2021 de 24 de setembro, onde é reforçado o papel do Estado enquanto entidade promotora de saúde, e onde a "segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais" (Despacho n.º 9390/202, p.96).

Como nota final, sublinhamos que é imperativo diagnosticar as práticas conducentes a cuidados de excelência de forma a elaborar protocolos, normas e instruções de trabalho apostando numa *praxis* promotora da segurança, sendo inquestionável que somente a prestação de cuidados de qualidade promove a segurança do ambiente.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. Recuperado de http://www2.acss.min-saude.pt/Portals/0/RT\_05-2011%20DOC%20COMP%20PDF.pdf
- Administração Central do Sistema de Saúde. (2013). *Recomendações técnicas para o bloco operatório*. Recuperado de http://www2.acss.minsaude.pt/Portals/0/RT%2009%202013%20DOC%20COMPLE TO PD
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem* perioperatória: Da filosofia à prática dos cuidados (2ª ed.). Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2013). *Práticas recomendadas para o bloco operatório* (3ª ed.). Lisboa, Portugal: Espaço Gráfico.
- Agency for Healthcare Research and Quality. (2019). *Pacient safety primer: Adverse events, near misses, and errors.* Recuperado de https://psnet.ahrq.gov/primer/adverse-events-near-misses-and-errors#
- Amaral, A. F. (2014). Um modelo de efetividade de cuidados de enfermagem. *Revista de Investigação em Enfermagem*, 8, 20-34.
- Amaral, A. F. (2015). Resultados dos cuidados de enfermagem qualidade e efetividade (Tese de doutoramento). Recuperado de http://hdl.handle.net/10316/28468
- Ângelo, S. V. (2015). Segurança do doente no intraoperatório: Competências do enfermeiro circulante (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal.
- Antunes, M. C. (2020). O stress ocupacional nos enfermeiros do bloco operatório (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal.
- Association of Perioperative Registered Nurses. (2020). *Guidelines for perioperative practice:* 2020 edition. Denver, CO: Author.
- Bäck-Wiklund, M., Guerreiro, M. D., Szücs, S., Billquist, L., Barroso, M. M., & Rodrigues, E. A. (2019). Os hospitais são organizações saudáveis?: Qualidade de vida no

- trabalho hospitalar no norte e no sul da europa. *Sociologia, Problemas e Práticas, 86*, 45-67. doi:10.7458/SPP20188613534
- Blomberg, A. C., Lindwall, L., & Bisholt, B. (2019). Operating theatre nurses self- reported clinical competence in perioperative nursing: A mixed method study. *Nursing Open*, 6(4), 1510-1518. doi:10.1002/nop2.352
- Costa, A., & Gaspar, P. (2017). Perfil de competências do enfermeiro no serviço de urgência. In M. A. Dixe, P. M. Sousa & P. J. Gaspar (Coords.), Construindo conhecimento em enfermagem à pessoa em situação crítica (pp. 49-67). Recuperado de https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/2877/1/PSC\_Ebook.pdf
- De Oliveira, P. S., & Carvalho, R. D. (2016). Implantação e funcionamento de sala híbrida em hospital privado de São Paulo. *Revista SOBECC*, *21*(2), 97-102. doi:10.5327/z1414-4425201600020006
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. *Diário da República nº 28/15 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro. *Diário da República n.º 187/2021 2ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal
- Direcção-Geral da Saúde. (2015). Avaliação da cultura de segurança do doente nos hospitais. Recuperado de https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/relatorio-seguranca-dos-doentes-avaliacao-da-cultura-nos-hospitais-pdf.aspx
- Duarte, A., & Martins, O. (2014). Enfermagem em bloco operatório. Lisboa, Portugal: Lidel.
- European Operating Room Nurses Association. (2019). *Eorna common core curriculum for perioperative nursing*. Recuperado de https://eorna.eu/eorna-common-core-curriculum-for-perioperative-nursing-third-edition-2019/
- Epstein, N. (2014). Multidisciplinary in-hospital teams improve patient outcomes: A review. *Surgical Neurology International*, *5*(Suppl. 7), S295-S302. doi:10.4103/2152-7806.139612
- Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Andersson, A. E., & Angenete, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: A prospective interventional study. *Patient Safety in Surgery*, *11*(1), 1-10. doi:10.1186/s13037-017-0120-6

- Famolaro, T., Yount, N., Hare, R., Thornton, S., Meadows, K., Fan, L., & Sorra, J. (2018). Hospital survey on patient safety culture: 2018 user database report. Recuperado de https://www.ahrq.gov/sites/default/files/wysiwyg/sops/quality-patientsafety/patientsafetyculture/2018hospitalsopsreport.pdf
- Fanelli, D. (2019). A theory and methodology to quantify knowledge. *Royal Society Open Science*, *6*(4), 181055. doi:10.1098/rsos.181055
- Ferreira, M., Santos, S., Santos, D., Brandão, S., Oliveira, M., Resende, V., . . . & Figueiredo, M. (2019). *Determinantes de satisfação no trabalho. Revista Rol de Enfermería*, 42(11-12, Supl.), 51.
- Figueiredo, A. R., Potra, T. S., & Lucas, P. B. (2019). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde: Uma revisão scoping. In *Atas do 8º Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa, Lisboa, Portugal, 16-19 julho 2019* (Vol. 2, pp. 279-288). Recuperado de https://proceedings.ciaiq.org/index.php/CIAIQ2019/issue/view/28
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Portugal: Lusodidacta.
- Fragata, J. I. (2010). Erro médico: A segurança dos doentes: Indicador de qualidade em saúde. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *26*(6), 564-570. doi:10.32385/rpmgf.v26i6.10799
- Gillespie, B. M., Harbeck, E. B., Falk-Brynhildsen, K., Nilsson, U., & Jaensson, M. (2018).
  Perceptions of perioperative nursing competence: A cross-country comparison. *BMC Nursing*, 17(1), 1-7. doi:10.1186/s12912-018-0284-0
- Gomes, J. A., Martins, M. M., & Fernandes, C. S. (2016). Instrumentos para avaliar a qualidade e segurança no bloco operatório: Revisão integrativa. *Cogitare Enfermagem*, *21*(5 Especial). doi:10.5380/ce.v21i5.45640
- Gomes, J. A., Martins, M. M., Tronchin, D., & Fernandes, C. S. (2020). Perceção dos enfermeiros sobre a qualidade em saúde no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, *5*(1), e19053. doi:10.12707/RIV19053
- Gouveia, L. H., Ribeiro, V. F., & Carvalho, R. D. (2020). Satisfação profissional de enfermeiros que atuam no bloco cirúrgico de um hospital de excelência. *Revista SOBECC*, *25*(1), 33-41.

- Guido, L. D., Goulart, C. T., Brum, C. N., Lemos, A. P., & Umann, J. (2014). Nursing perioperative care: An integrative review of literature. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, *6*(4), 1601-1609. doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609
- Gutierres, L. S., Santos, J., Peiter, C. C., Menegon, F. H., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: Nurses recommendations. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *71*(Suppl 6), 2775-2782. doi:10.1590/0034-7167-2018-0449
- Health, I., & Guidelines, F. (2017). Part B: Health Facility Briefing & Design: Including Functional Planning Units (5<sup>a</sup> ed.). Recuperado de: https://www.healthfacilityguidelines.com/ViewPDF/ViewIndexPDF/iHFG\_part\_b\_complete
- Hulley, S., Cummings, S., Browner, W., Grady, D., & Newman, T. (2013). *Designing clinical research* (4<sup>a</sup> ed.). Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins.
- Hwang, J. I. (2015). What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence?: Findings from three Korean hospitals. *International Journal for Quality in Health Care*, *27*(3), 232-238. doi:10.1093/intqhc/mzv027
- Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa, Portugal: Autor.
- Jones, J. H. (2010). Developing critical thinking in the perioperative environment. *AORN Journal*, *91*(2), 248-256. doi:10.1016/j.aorn.2009.09.025
- Jung, J. H., Kim, H. J., & Kim, J. S. (2020). Comparison of nursing performance competencies and practical education needs based on clinical careers of operating room nurses: A cross-sectional study. *Healthcare*, 8(2), 136. doi:10.3390/healthcare8020136
- Katz, J. D. (2017). Control of the environment in the operating room. *Anesthesia & Analgesia*, 125(4), 1214-1218. doi:10.1213/ane.0000000000001626
- Kuipers, B. S., & Giurge, L. M. (2017). Does alignment matter?: The performance implications of HR roles connected to organizational strategy. *International Journal of Human Resource Management*, 28(22), 3179-3201. doi:10.1080/09585192.2016.1155162

- Madeira, A. M. (2012). A cultura de segurança no bloco operatório: como cuidamos da segurança dos doentes (Dissertação de mestrado não publicada). Instituto Universitário de Lisboa, Portugal.
- Mallouli, M., Tlili, M. A., Aouicha, W., Ben Rejeb, M., Zedini, C., Salwa, A., & Ajmi, T. (2017). Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. *International Journal for Quality in Health Care*, *29*(2), 176-182. doi:10.1093/intqhc/mzw157
- Medeiros, A. C., & Araújo-Filho, I. (2017). Centro cirúrgico e cirurgia segura. *Journal of Surgical and Clinical Research*, *8*(1), 77-105. Recuperado de https://periodicos.ufrn.br/jscr/article/view/13037
- Ministério da Saúde. (2018). Relatório Social do Ministério da Saúde e do Serviço Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor.
- Munhoz, O. L., Arrial, T. S., Barlem, E. L., Dalmolin, G. D., Andolhe, R., & Magnago, T.
  S. (2020). Estresse ocupacional e burnout em profissionais de saúde de unidades de perioperatório. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20190261. doi:10.37689/acta-ape/2020ao0261
- Nagle, G. M. (2006). Perioperative nursing. *Nursing Clinics of North America*, 41(2), XI-XV. doi:10.1016/j.cnur.2006.02.001
- Nunes, C. S. (2017). Satisfação com o trabalho: A perceção dos enfermeiros perioperatórios da Unidade Local de Saúde do Nordeste (Dissertação de mestrado não publicada). Escola Superior de Saúde, Bragança, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Recomendações da OMS para a cirurgia segura 2009: Cirurgia segura salva vidas. Recuperado de https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-2/orientacoes-da-oms-para-a-cirurgia-segura-2009-pdf.aspx
- Organização Mundial de Saúde. (2003). *Quality of care: Patient safety 2: Report by the Secretariat* (A55/13 23 March 2002). Recuperado de https://www.who.int/patientsafety/worldalliance/ea5513.pdf
- Penedo, J. M., Gonçalves, G. F., Ormonde, L. P., Barros, M. J., Carvalho, M. G., Gomes, P. P., Sá, R. A., & Ribeiro, V. I. (2015). *Avaliação da situação nacional dos blocos operatórios*.

  Recuperado de

- https://www.apca.com.pt/documentos/2015/Avaliacao\_situacao\_nacional\_blocos\_operatorios\_Outubro2015.pdf
- Piccoli, M., & Galvão, C. M. (2001). Enfermagem perioperatória: Identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de Levine. *Revista Latino-Americano de Enfermagem*, *9*(4), 37-43. doi:10.1590/s0104-11692001000400007
- Pinheiro, J. P., & Sousa Uva, A. (2016). Clima de segurança na sala de cirurgia: Tradução, validação e aplicação do Questionário de Atitudes de Segurança. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34(2), 107-116. doi:107-11610.1016/j.rpsp.2015.07.006
- Prati, G., & Pietrantoni, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. *Work*, *49*(4), 669-677. doi:10.3233/WOR-131702
- Queirós, P. (2017). Enfermagem de prática avançada: Ir ao cerne da questão [Editorial]. Revista Investigação em Enfermagem, 2(18), 7-9. Recuperado de: https://www.sinaisvitais.pt/images/stories/Rie/RIE18.pdf
- Regulamento n.º 556/2017 de 10 julho. *Diário da República n.º 200/2017 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República nº 135/2018 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf
- Ribeiro, O. M., Martins, M. M., & Tronchin, D. M. (2016). Modelos de prática profissional de enfermagem: Revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, *4*(10), 125-133. doi:10.12707/RIV16008
- Rodríguez, E. O., Oliveira, J. K., Menezes, M. O., Silva, L. S., Almeida, D. M., & Lopes Neto, D. (2018). Health professionals' adhesion to hand hygiene. *Revista de Enfermagem UFPE*, *12*(6), 1578-1585.
- Santana, H. T., Rodrigues, M. C., & Evangelista, M. S. (2016). Surgical teams attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. *BMC Research Notes*, *9*, 276. doi:10.1186/s13104- 016-2078-3

- Santos, V. L. (2019). Conduta e clima de segurança: Construção e aplicação de um código de ética e conduta na metalofarense (Dissertação de mestrado). Recuperado de http://hdl.handle.net/10400.1/13560
- Saraiva, D. M., & de Almeida, A. A. (2017). Tradução e adaptação cultural do Safety Attitudes Questionnaire: Short form 2006 para Portugal. *Portuguese Journal of Public Health*, *35*(3), 145-154. doi:10.1159/000486015
- Schmidt, N. A., & Brown, J. M. (2019). The effect of a perioperative nursing elective on nursing career paths. AORN Journal, 109(1), 87-94. doi:10.1002/aorn.12444
- Schuessler, Z., Scott Stiles, A., & Mancuso, P. (2020). Perceptions and experiences of perioperative nurses and nurse anaesthetists in robotic-assisted surgery. *Journal of Clinical Nursing*, *29*(1-2), 60-74. doi:10.1111/jocn.15053
- Serrano, M. T., Costa, A. S., & Costa, N. M. (2011). Cuidar em enfermagem: Como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, *3*(3), 15-23. doi:10.12707/RIII1019
- Sexton, J. B.; Helmreich, R. L.; Neilands, T. B.; Rowan, K.; Vella, K.; Boyden, J.; Roberts, P. R. & Thomas, E. J. (2006). The Safety Attitudes Questionnaire: psychometric properties, benchmarking data, and emerging research. BMC Health Services Research, 6 (44), pp. 1-10.
- Sileyew, K. J. (2019). Research design and methodology. doi:10.5772/intechopen.85731
- Silva, E. L., & Rodrigues, F. R. (2016). Segurança do doente e os processos sociais na relação com enfermeiros em contexto de bloco operatório. *Cultura de los Cuidados*, 20(46), 134-145. doi:10.14198/cuid.2016.46.13
- Strasser, L. A. (2012). Improving skin integrity in the perioperative environment using an evidence-based protocol. *Journal of the Dermatology Nurses' Association*, *4*(6), 351-360. doi:10.1097/JDN.0b013e318274b46c
- Teunissen, C., Burrell, B., & Maskill, V. (2019). Effective surgical teams: An integrative literature review. Western *Journal of Nursing Research*, *42*(1), 61-75. doi:10.1177/0193945919834896
- Tiusanen, T. S., Junttila, K., Leinonen, T., & Salanterä, S. (2010). The validation of AORN recommended practices in Finnish perioperative nursing documentation. *AORN Journal*, *91*(2), 236-247. doi:10.1016/j.aorn.2009.06.027

- Vilelas, J. (2017). *Investigação: O processo de construção do conhecimento* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Edições Sílabo.
- von Vogelsang, A. C., Swenne, C. L., Gustafsson, B. A., & Falk Brynhildsen, K. (2020). Operating theatre nurse specialist competence to ensure patient safety in the operating theatre: A discursive paper. *Nursing Open*, 7(2), 495-502. doi:10.1002/nop2.424
- Weller, J., Boyd, M., & Cumin, D. (2014). Teams, tribes and patient safety: Overcoming barriers to effective teamwork in healthcare. *Postgraduate Medical Journal*, *90*(1061), 149-154. doi:10.1136/postgradmedj-2012-131168
- World Health Organization. (2019). *Patient safety*. Recuperado de: https://www.euro.who.int/en/health-topics/Health-systems/patient-safety/patient-safety

## APÊNDICE I

# INDICADORES BIBLIOMÉTRICOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Estudo/Artigo	País	Desenho de Investigação
E1		
Gutierres, L. D. S., Santos, J. L. G. D., Peiter, C. C., Menegon, F. H. A., Sebold, L. F., & Erdmann, A. L. (2018). Good practices for patient safety in the operating room: nurses' recommendations. <i>Revista brasileira de enfermagem</i> , 71, 2775-2782.	Brasil	Misto  Descritivo e exploratório
E2		
Mallouli, M., Tlili, M. A., Aouicha, W., Ben Rejeb, M., Zedini, C., Salwa, A., & Ajmi, T. (2017). Assessing patient safety culture in Tunisian operating rooms: A multicenter study. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , <i>29</i> (2), 176-182.	Tunísia	Quantitativo  Multicêntrico  Descritiva transversal
E3		
Santana, H. T., Rodrigues, M. C. S., & Evangelista, M. D. S. N. (2016). Surgical teams' attitudes and opinions towards the safety of surgical procedures in public hospitals in the Brazilian Federal District. <i>BMC research notes</i> , <i>9</i> (1), 276.	Brasil	Quantitativo Transversal
E4		
Hwang, J. I. (2015). What are hospital nurses' strengths and weaknesses in patient safety competence? Findings from three Korean hospitals. <i>International Journal for Quality in Health Care</i> , 27(3), 232-238.	Coreia	Quantitativo Transversal
E5	- <del></del>	
Prati, G., & Pietrantoni, L. (2014). Attitudes to teamwork and safety among Italian surgeons and operating room nurses. <i>Work</i> , <i>49</i> (4), 669-677.	Brasil	Quantitativo Transversal

#### **APENDICE II**

# APRESENTAÇÃO DO CONTEXTO, POPULAÇÃO E PRINCIPAIS RESULTADOS DOS ESTUDOS SELECIONADOS

Estu	do Contexto	População	Principais resultados
E1	Bloco Operatório	Enfermeiros N=220	A pesquisa teve início com o envio do <i>link</i> com o questionário por e-mail. Identificando como Boas Práticas para a segurança do doente o preenchimento da checklist da Cirurgia Segura (24,7%), Estabelecimento de uma cultura de segurança (23%) e a Formação contínua (13,8%). Sendo que a primeira recomendação é o envolvimento e a participação da equipe multiprofissional.
E2	Bloco Operatório Público e Privado	Enfermeiros Cirurgiões Anestesiologis tas	Este estudo demostrou que a cultura de segurança precisa de ser melhorada com a implementação de sistemas de gestão de qualidade. O trabalho em equipa (41,67%) é referido como sendo de vital importância na cultura de segurança.
		N=368	
E3	Bloco Operatório	Enfermeiros Cirurgiões Anestesiologistas Internos Medicina Alunos de Enfermagem e Medicina N=470	
E4	Bloco Operatório Cuidados Intensivos Enfermaria	Enfermeiros N=459	83% dos enfermeiros avaliam a sua competência em segurança acima da média. Mas não têm confiança no trabalho em equipe. Enfermeiros com maior competência em segurança entendem o clima de segurança de forma mais positiva. Os esforços que enfatizam o trabalho em equipa para desenvolver competências de segurança devem ser priorizados, contribuindo para a melhoria do clima de segurança
E5	Bloco Operatório	Enfermeiros Cirurgiões N=103	Os resultados mostraram várias discrepâncias nas atitudes sobre o trabalho em equipa e a segurança entre cirurgiões e a enfermagem. Os cirurgiões têm opiniões mais positivas sobre a qualidade da liderança, comunicação, trabalho em equipe e clima organizacional. Os enfermeiros relataram que as regras e procedimentos de segurança eram mais frequentemente desconsiderados pelos cirurgiões.

#### APÊNDICE III

#### INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS



X CURSO DE MESTRADO EM ENFERMACIEM MEDICO-CIRCIPCICA

#### QUESTIONÁRIO

Caro (a) Colega

Eu, Lina Maria Ferreira Caetano, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médicocirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESENFC) e enfermeira no Bloco Operatório Central, do Centro Hospitalar de Leiria, venho solicitar a sua colaboração para a realização do trabalho de investigação a efetuar no âmbito do desenvolvimento da Dissertação do Mestrado. Este trabalho tem a orientação do Sra. Professora Nazaré Cerejo, da ESENFC.

Este questionário está dividido em duas partes, a primeira refere-se à caracterização sociodemográfica e a segunda é constituída por dois grupos de questões, em que as do primeiro grupo se referem à identificação da Cultura de Segurança dos Enfermeiros do Bloco Operatório e as do segundo grupo pretendem identificar as práticas dos Enfermeiros na manutenção do ambiente cirúrgico seguro.

A sua participação irá ter um contributo fundamental na realização do estudo pelo que lhe solicito 10 minutos do seu tempo para o preenchimento do questionário.

Grata pela colaboração Lina Caetano



### QUESTIONÁRIO

#### Parte I

# Caracterização sociodemográfica

1. Sexo	_
Feminino 🔲 Masculi	no 🗖
2. Idade	_
20 - 29 anos	
30 - 39 anos	
40 - 49 anos	
≥ a 50 anos	
3. Habilitações	
Licenciatura	
Mestrado	
Enfermeiro Especialista	
Outras Habilitações	
4. Tempo de serviço	
≤ a 5 anos	
6 - 10 anos	
11 – 15 anos	
16 – 20 anos	
21 ≥ anos	
5. Tempo de serviço no bl	oco operatório
≤ de 5 anos	
6 - 10 anos	
11 – 15 anos	
16 – 20 anos	
21 ≥ anos	
6. Funções no perioperató	ório
Opção de resposta múltipla:	:
Enfermeiro de anestesia	
Enfermeiro circulante/ ins	strumentista 🔲
Enfermeiro UCPA	



#### Parte II

Safety Attitudes Questionnaire "(SAQ) – Short Form 2006, PT

Selecione apenas uma resposta, usando a seguinte escala:



	1-Discordo totalmente; 2- Discordo Parcialmente; 3- Não concordo nem discordo; 4- Concordo parcialmente; 5- Concordo totalmente; 6; Não se aplica	3-Discardo totalmente	2-Discardo Durristranta	3-Não concordo nem discordo	4-Concordo	5-Concordo totalmente	6-Mile se aplica
1	As sugestões dos (das)enfermeiros são bem recebidas neste serviço-						
2	Neste serviço é dificil falar livremente se me aperceber de um problema na prestação						
-	de cuidados ao doente.						
3	As divergências neste serviço são resolvidas adequadamente (i.e., não se trata de						
Ш	quem está certo, mas do que é melhor para o doente).						
4	Tenho o apoio de que necessito por parte de outros profissionais na prestação de						
_	cuidades ao doente.	_					
5	É fácil para os profissionais que atuam neste serviço colocarem questões quando não compreendem algo.						
6	Os médicos (as) e os enfermeiros(as) deste serviço trabalham em conjunto como uma	$\vdash$					
ь	equipa bem coordenada.						
7	Sentir-me-ia seguro caso fosse tratado como aqui como doente.						
8	Os erros dos profissionais são tratados de forma adequada neste serviço.	$\vdash$				$\vdash$	
9	Conheço os meios adequados para encaminhar questões relacionadas com a segurança	$\vdash$				$\vdash$	
-	do doente neste serviço.						
10	Recebo feedback adequado acerca do meu desempenho.						
11	Neste serviço é dificil discutir as erros.						
12	Sou encorajado pelos meus colegas a reportar qualquer preocupação que possa ter						
	com a segurança do doente.						
13	A cultura neste serviço faz com que seja fácil aprender com os erros dos outros.						
14	As minhas sugestões acerca da segurança seriam postas em prática caso as expressasse à chefia						
15	Gosto do meu trabalho.	$\vdash$				-	
16	Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande familia.	$\vdash$				-	
17	Este é um bom local para trabalhar.						
18	Tenho orgulho em trabalhar neste serviço.	$\vdash$				$\vdash$	
19	A moral neste serviço é alta.	$\vdash$				$\vdash$	
20	Quando a minha carga de trabalho se torna excessiva, o meu desempenho é	$\vdash$				-	
20	prejudicado.						
21	Sou menos eficiente no trabalho quando estou cansado.						
22	Tenho maior probabilidade de cometer erros em situações tensas e hostis.						
23	A fadiga influencia o meu desempenho em situações de emergência.						
24	A chefia apoia os meus esforços diários.						
25	A administração não compromete de forma consciente a segurança dos doentes						
26	A chefia faz um bom trabalho.						
27	Profissionais problemáticos são tratados de forma construtiva pela chefia						
28	Recebo informações adequadas e oportunas sobre eventos que possam afetar o meu						
29	trabalho por parte da chefia.  O número de profissionais deste serviço é suficiente para tratar o número de doentes.					$\vdash$	
Ш							
30	Este hospital realiza um bom trabalho na formação de novos enfermeiros.	_				$\vdash$	
31	Toda a informações necessária para decisões de diagnóstico e terapêutica é-me disponibilizada de forma sistemática.						
32	Os estagiários são adequadamente supervisionados.						
33	Vivencio boa colaboração entre os elementos da equipa de enfermagem.			$\vdash$		$\vdash$	
34	Vivencio boa colaboração com os médicos (as)neste serviço.					$\vdash$	
35	Vivencio boa colaboração com os (as) farmacêuticos (as) neste serviço.						
36	São comuns as falhas de comunicação que levam a atrasos na prestação de cuidados.			$\vdash$		$\vdash$	
30	на при при при почет на при	oxdot					



Avalie com que frequência executa as seguintes PRÁTICAS DE ENFERMAGEM no exercício das suas funções.

	1- Não se aplica; 2-Raramete; 3-Ocasionalmente; 4-Frequentemente; 5- Sempre	1-Não se aplica	2- Faramente	3-Contorulmente	4-Frequentementa	5-Senpre
Pre	venção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente errado					
	Verificação da identificação do doente					
	Confirmação do procedimento					
	Verificação do local e lateralidade com marcação					
	Preenchimento da checklist Cirurgia Segura Salva Vidas					
	Promove o conforto do doente na mesa operatória					
Hig	ieniza as mãos					
	Antes do contacto com o doente					
	Antes de um procedimento limpo/assético					
	Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não					
	intacta ou penso	$\vdash$	_	<u> </u>	Ш	
	Após o contacto com o doente			_		
	Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente	Ш		ldot	Ш	ldot
Seg	urança do medicamento					_
	Confirma a prescrição verbal do medicamento (confirmando o fármaco, a dose, a via de administração- repetindo em voz alta antes da administração (dizer de volta).					
$\vdash$	Preparações injetáveis rotuladas com nomenciatura, dose e via de administração do medicamento.	$\vdash$			$\vdash$	
$\vdash$	Preparações injetáveis para perfusões rotulados no frasco com nomenclatura, dose e via do	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	Н	$\vdash$
	medicamento.					
	Descarta o excedente do medicamento para contentor de picantes/saco vermelho	М		$\vdash$		
Am	biente operatório					
	Verifica se as condições ambientais são as adequadas					
	Verifica se as condições de limpeza da sala são adequadas					
	Verifica se os equipamentos e acessórios necessários para a sessão cirúrgica estão disponíveis e					
	funcionantes	$ldsymbol{ldsymbol{ldsymbol{ldsymbol{eta}}}$				
Ma	nutenção de técnica asséptica cirúrgica					
	Usa campos cirúrgicos e coberturas impermeáveis.					
$ldsymbol{ldsymbol{ldsymbol{eta}}}$	Certifica a esterilidade do material.	$\sqcup$			Ш	
	Garante uma distância mínima de 30 cm da equipa não estéril <u>à</u> estéril e dos campos cirúrgicos ao chão.					
	Garante que a equipa estéril se movimente apenas entre áreas estéreis					
	Não executa movimentos que impliquem a passagem de mãos e braços não estéreis, sobre campos estéreis.					
	Dá o material esterilizado à mão do enfermeiro instrumentista	П				
	Usa a "técnica de atirar" material esterilizado para a mesa do instrumentista					
	Abre os frascos de soluções para o campo estéril na altura da sua utilização					
	Identifica ou confirma as soluções presentes na mesa estéril					
	Na transferência de solutos para o campo estéril evita salpicos acidentais					
Em	penho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória					
	Fecha as portas da sala					
	Limita o número de pessoas dentro da sala					
	Controla a movimentação da equipa em redor da equipa estéril					
	Corrige situações de ruido promovendo o ambiente calmo					
	Deteta e corrige falhas no vestuário (barrete, máscara, etc)					



1- Não se aplica; 2-Raramete; 3-Ocasionalmente; 4-Frequentemente; 5- Sempre	1-Moveaples	2-lateranie	3-Control rente	4-frequentamente	5-Senpre
Posicionamento do doente	_				
Providencia recursos humanos e materiais necessários para o posicionamento (anestésico/cirúrgico)					
Protege possíveis zonas de pressão com material acessório apropriado	$\vdash$	-	$\vdash$	$\vdash$	
Promove o respeito pela privacidade e individualidade do doente					
Assegura que o posicionamento não dificulta a monitorização do doente e os acessos vasculares	$\vdash$			$\vdash$	
Regista o posicionamento e monitoriza complicações	$\vdash$	-	$\vdash$	$\vdash$	
Unidade Eletrocirurgia					
Antes de cada utilização verifica se a consola está funcionante					
Aplica/ coloca a placa em pele integra, limpa, seca e sem pelos	$\vdash$			$\overline{}$	
Em doentes com pelos realiza tricotomia antes de aplicar a placa	$\vdash$			$\vdash$	
Aplica a placa numa zona mais musculada e mais próxima do local de incisão cirúrgica	$\vdash$			$\vdash$	
Remove a placa cuidadosamente de forma a prevenir lesões na pele	$\vdash$		$\vdash$	$\vdash$	
Monitoriza alteração da pele				$\Box$	
Garrote Pneumático					
Antes de utilizar testa a sua funcionalidade insuflando-o com ar				$\Box$	
Antes de aplicar o garrote protege a pele com um material macio e não enrugável	$\vdash$			$\vdash$	
Assegura um adequado ajuste da manga à extremidade do doente e insufia o garrote rapidamente	$\vdash$			$\vdash\vdash$	_
verificando o seu enchimento por palpação					
Regista local, pressão e hora de insuflação/desinsuflação					
Avalia o aspeto da pele antes e após aplicação do garrote					
Faz a avaliação do membro onde foi aplicado					
Na UCPA alerta para o facto de ter sido utilizado garrote no doente, sendo necessária a vigilância do membro em relação à cor, sensibilidade, temperatura e dor					
Contagem de compressas					
Conta e regista antes do início da cirurgia.					
Conta e regista sempre que são abertos novos pacotes de compressas.				$\Box$	
Conta e regista no primeiro plano de encerramento o nº de compressas.				$\Box$	
Conta e regista o nº de compressas se a incisão for reaberta após contagem final.				$\Box$	
Conta e regista se o enfermeiro instrumentista e circulante for substituído.				$\Box$	
Valida com o enfermeiro instrumentista o número de compressas, estas são contadas de forma					
audível pelos enfermeiros, separando-as uma a uma e verificando a presença de fita de contraste	igspace			Ш	
Comunica de forma audível ao cirurgião e equipa a contagem de compressas	$oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{oldsymbol{ol}}}}}}}}}}}}}}}}}}$				
Conta instrumentos e regista					
Antes do início da cirurgia				$\square$	
No final da cirurgia				ш	
Conta corto perfurantes e regista					
Antes do início da cirurgia					
Sempre que são abertos novos corto perfurantes para a mesa.					
No final da cirurgia					
Se há erros na contagem de compressas					
Repete a contagem					
Informa o cirurgião e o enfermeiro chefe			$\Box$	$\overline{}$	
Procura no lixo e campos cirúrgicos		$\vdash$	$\vdash$		
Regista o incidente e providência o RX	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	$\vdash$	
	$\overline{}$				



	1- Não se aplica; 2-Raramete; 3-Ocasionalmente; 4-Frequentemente; 5- Sempre	1-Mione uplica	2-Saumente	3-Ocasionalmente	4-Frequentements	5-Semple
Tro	nsferência do doente para UCPA					
	Faz a avaliação final do doente e respetivos registos					
	Acompanha o doente à UCPA					
	Cumpre os protocolos do serviço					
	Garante a transmissão da informação pertinente relativa ao doente utilizando a técnica ISBAR					
Ide	ntificação de amostras/espécimenes cirúrgicos					
	Confirma a amostra cirúrgica e acondiciona-a.					
	Confirma se está corretamente rotulada com a identidade do doente, o nome e a					
	localização da amostra (local e lado).					
	Lé a etiqueta da amostra em voz alta e o enfermeiro instrumentista confirma verbalmente					
	a concordância.					

## **APÊNDICE IV**

## Tabela da Estatísticas dos itens do SAQ - Short Form 2006 PT

	N	Mín	Máx	Média	DP
1 - O desempenho da equipa de enfermagem é valorizado	74	2	5	4,09	0,706
neste serviço.					
2 - Neste serviço é difícil falar abertamente se identifico algum	75	1	5	2,95	1,262
problema relacionado com os cuidados de enfermagem ao					
doente.					
3 - Neste serviço as discordâncias são resolvidas de modo	74	1	5	3,86	0,998
adequado (ou seja, não importa quem está certo, mas o que					
é melhor para o doente).					
4 -Sinto que tenho apoio de todos os profissionais da equipa	75	1	5	4,23	0,894
para cuidar do doente.					
5 - É fácil para os profissionais que trabalham neste serviço	75	2	5	4,09	0,918
questionar, quando existe algo que não compreendem.					
6 - Neste serviço os médicos e os enfermeiros trabalham	75	1	5	3,81	0,881
juntos e bem coordenados.					
7 - Sentir-me-ia seguro se tivesse de ser operado neste	75	1	5	4,57	0,825
serviço.					
8 - Os erros dos profissionais são tratados de forma	75	1	5	3,75	1,028
adequada neste serviço.					
9 - Conheço protocolos de atuação para encaminhamento de	75	2	5	4,41	0,737
questões relacionadas com a segurança do doente.					
10 - Recebo feedback adequado sobre o meu desempenho.	74	1	5	3,12	1,033
11 - Neste serviço é difícil discutir erros.	75	1	5	2,83	1,143
12 - Sou incentivado pelos meus colegas a informar qualquer	75	2	5	4,15	0,996
preocupação relacionada com a segurança do doente.					
13 - É cultura do serviço aprender com os erros dos outros.	75	1	5	3,47	1,131
14 - Se expressar sugestões à chefia sobre a segurança,	74	2	5	3,93	0,833
estas são consideradas como ações futuras					
15 - Gosto do meu trabalho.	75	4	5	4,83	0,381
16 - Trabalhar aqui é como fazer parte de uma grande família.	74	1	5	3,93	0,941
17 - Este é um bom lugar para trabalhar.	75	3	5	4,59	0,548
18 - Tenho orgulho de trabalhar neste serviço.	75	1	5	4,55	0,664
19 - A moral neste serviço é alta.	74	1	5	3,36	1,054
20 - Quando fico com excesso de trabalho o meu	75	1	5	3,92	1,160
desempenho é comprometido.					
21 - Sou menos eficiente quando estou cansado.	75	1	5	4,17	1,083
22 - Sou mais propenso a cometer erros em situações tensas	75	1	5	3,93	1,178
e hostis.					

23 – A fadiga influencia o meu desempenho durante situações de emergência.	75	1	5	3,81	1,216
				(Co	ontinua)
24 - A chefia apoia os meus esforços diários.	75	1	5	3,48	1,031
25 - A gestão não compromete conscientemente a segurança	74	1	5	3,45	1,184
dos doentes.					
26 - A chefia faz um bom trabalho.	75	2	5	4,33	0,777
27 - Membros problemáticos são orientados de forma	73	1	5	2,73	1,096
construtiva pela equipa.					
28 - Recebo informações adequadas e oportunas sobre	75	1	5	3,56	0,990
eventos que possam afetar o meu trabalho por parte da					
chefia.					
29 - A dotação de pessoal neste serviço é suficiente para o	75	2	5	4,20	0,870
número de doentes.					
30 - Este hospital faz um bom trabalho no treino de novos	74	1	5	2,72	1,211
enfermeiros.					
31 - Todas as informações necessárias para decisões de	74	1	5	3,72	1,041
diagnóstico e terapêutica estão em protocolo e acessíveis					
para consulta.					
32 - Estudantes são adequadamente supervisionados.	74	1	5	3,82	1,025
33 - Trabalho num serviço onde existe boa colaboração entre	75	2	5	3,89	0,909
os elementos da equipa de enfermagem.					
34 - Vivencio boa colaboração com a equipa médica.	75	2	5	4,03	0,854
35 - Vivencio boa colaboração com a equipa farmacêutica.	73	1	5	3,64	0,888
36 - São comuns as falhas de comunicação levando a atrasos	75	1	5	2,87	1,201
na prestação de cuidados.					
	•	•	•	•	•

**APÊNDICE V** 

Tabela da Frequência das respostas ao questionário sobre a perceção das práticas dos enfermeiros

Itens	NA	Raramente	Ocasionalmente	Frequentemente	Sempre
(N=75)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
1.1	0	0	0	7 (9,3)	68 (90,7)
1.2	0	0	0	13 (17,3)	62 (82,7)
1.3	0	2 (2,7)	6 (8)	13 (17,3)	54 (72)
1.4	0	0	6 (8)	6 (8)	63 (84)
1.5	0	0	0	19 (25,3)	56 (74,7)
2.1	0	0	2 (2,7)	30 (40)	43 (57,3)
2.2	0	0	0	9 (12)	66 (88)
2.3	0	0	0	4 (5,3)	71 (94,7)
2.4	0	0	0	13 (17,3)	62 (82,7)
2.5	0	0	1 (1,3)	33 (44)	41 (54,7)
3.1	1 (1,3)	0	4 (5,3)	19 (25,3)	51 (68)
3.2	1 (1,3)	0	2 (2,7)	25 (33,3)	47 (62,7)
3.3	1 (1,3)	0	3 (4)	20 (26,7)	51 (68)
3.4	1 (1,3)	1 (1,3)	2 (2,7)	20 (26,7)	51 (68)
4.1	0	1 (1,3)	3 (4)	34 (45,3)	37 (49,3)
4.2	0	0	1 (1,3)	22 (29,3)	52 (69,3)
4.3	0	0	3 (4)	18 (24)	54 (72)
5.1	9(12)	0	2 (2,7)	14 (18,7)	50 (66,7)
5.2	11 (14,7)	1 (1,3)	0	8 (10,7)	55 (73,3)
5.3	12 (16)	0	1 (1,3)	25 (33,3)	37 (49,3)
5.4	13 (17,3)	1 (1,3)	1 (1,3)	22 (29,3)	38 (50,7)
5.5	10 (13,3)	0	1 (1,3)	19 (25,3)	45 (60)
5.6	11 (14,7)	1 (1,3)	2 (2,7)	41 (54,7)	20 (26,7)
5.7	17 (22,7)	18 (24)	28 (37,3)	9 (12)	3 (4)
5.8	12 (16)	0	6 (8)	19 (25,3)	38 (50,7)
5.9	14 (18,7)	5 (6,7)	16 (21,3)	20 (26,7)	20 (26,7)
5.10	11 (14,7)	1 (1,3)	1 (1,3)	29 (38,7)	33 (44)
6.1	2 (2,7)	0	0	33 (44)	40 (53,3)
6.2	6 (8)	16 (21,3)	13 (17,3)	35 (46,7)	5 (6,7)
6.3	4 (5,3)	6 (8)	14 (18,7)	36 (48)	15 (20)
6.4	2 (2,7)	3 (4)	22 (29,3)	33 (44)	15 (20)
6.5	2 (2,7)	3 (4)	11 (14,7)	32 (42,7)	27 (36)
7.1	0	0	1 (1,3)	29 (38,7)	45 (60)
7.2	0	0	1 (1,3)	25 (33,3)	49 (65,3)
7.3 7.4	0	0	0	22 (29,3)	53 (70,7)
7.5	0	2 (2,7)	1 (1,3) 7 (9,3)	22 (29,3) 30 (40)	52 (69,3) 36 (48)
8.1 8.2	13 (17,3) 10 (13,3)	4 (5,3)	5 (6,7) 5 (6,7)	25 (33,3) 17 (22,7)	28 (37,3)
8.3	13 (17,3)	1 (1,3)	5 (6,7) 13 (17,3)	27 (36)	42 (56) 20 (26,7)
8.4	10 (17,3)	2 (2,7) 1 (1,3)	4 (5,3)	32 (42,7)	28 (37,3)
8.5	10 (13,3)	1 (1,3)	3 (4)	18 (24)	43 (57,3)
8.6	10 (13,3)	3 (4)	2 (2,7)	20 (26,7)	40 (53,3)
9.1	16 (21,3)	29 (38,7)	14 (18,7)	9 (12)	7 (9,3)
9.2	12 (16)	0	2 (2,7)	5 (6,7)	7 (9,3) 56 (74,7)
9.3	13 (17,3)	2 (2,7)	4 (5,3)	16 (21,3)	40 (53,3)
9.4	11 (14,7)	1 (1,3)	4 (5,3)	5 (6,7)	54 (72)
9.5	10 (13,3)	1 (1,3)	1 (1,3)	17 (22,7)	46 (61,3)
9.6	10 (13,3)	1 (1,3)	6 (8)	22 (29,3)	36 (48)
9.7	6 (8)	3 (4)	7 (9,3)	32 (42,7)	27 (36)
10.1	14 (18,7)	2 (2,7)	2 (2,7)	5 (6,7)	52 (69,3)
10.2	14 (18,7)	2 (2,7)	1 (1,3)	5 (6,7)	53 (70,7)
10.3	16 (21,3)	2 (2,7)	1 (1,3)	9 (12)	47 (62,7)
	(= 1,0)	- (-,-,	. (.,.)	- (· <del>-</del> /	(=,,,

10.4	15 (20)	2 (2,7)	1 (1,3)	5 (6,7)	52 (69,3)
10.5	14 (18,7)	1 (1,3)	2 (2,7)	9 (12)	49 (65,3)
10.6	14 (18,7)	1 (1,3)	2 (2,7)	5 (6,7)	53 (70,7)
10.7	14 (18,7)	1 (1,3)	2 (2,7)	5 (6,7)	53 (70,7)
11.1	19 (25,3)	0	2 (2,7)	15 (20)	39 (52)
11.2	19 (25,3)	0	1 (1,3)	14 (18,7)	41 (54,7)
12.1			4 (5,3)	10 (13,3)	40 (53,3)
12.2	19 (25,3)	3 (4)	4 (5,3)	14 (18,7)	35 (46,7)
12.3	19 (25,3)	0	1 (1,3)	10 (13,3)	45 (60)
13.1	14 (18,7)	1 (1,3)	1 (1,3)	0	59 (78,7)
13.2	15 (20)	2 (2,7)	1 (1,3)	3 (4)	54 (72)
13.3	14 (18,7)	1 (1,3)	19 (25,3)	2 (2,7)	58 (77,3)
13.4	16 (21,3)	0	1 (1,3)	4 (5,3)	54 (72)
14.1	1 (1,3)	0	3 (4)	23 (30,7)	48 (64)
14.2	1 (1,3)	0	1 (1,3)	28 (37,3)	45 (60)
14.3	1 (1,3)	0	0	31 (41,3)	43 (57,3)
14.4	1 (1,3)	0	3 (4)	26 (34,7)	45 (60)
15.1	11 (14,7)	0	2 (2,7)	11 (14,7)	51 (68)
15.2	44 (44 7)	1 (1 2)	1 (1,3)	11 (14,7)	51 (68)
	11 (14,7)	1 (1,3)	1 (1,3)	11(14,7)	51 (00)

## **APÊNDICE VI**

# Tabela Estatística dos itens do questionário sobre a perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório

	Mín	Máx	Média	DP
<ol> <li>Prevenção da cirurgia do lado errado, procedimento cirúrgico errado e utente</li> </ol>	errac	do		
Verificação da identificação do doente	4	5	4,91	0,293
Confirmação do procedimento	4	5	4,83	0,381
Verificação do local e lateralidade com marcação	2	5	4,59	0,755
Preenchimento da checklist Cirurgia Segura Salva-Vidas	3	5	4,76	0,589
Promove o conforto do doente na mesa operatória	4	5	4,75	0,438
2. Higienização das mãos				
Antes do contacto com o doente	3	5	4,55	0,552
Antes de um procedimento limpo/assético	4	5	4,88	0,327
Após risco de exposição a fluidos orgânicos, secreções, excreções, membranas mucosas, pele não intacta ou penso	4	5	4,95	0,226
Após o contacto com o doente	4	5	4,83	0,381
Após o contacto com objetos e equipamento do ambiente envolvente do doente	3	5	4,53	0,528
3. Segurança do medicamento				
Confirma a prescrição verbal do medicamento (confirmando o fármaco, a dose, a via de administração— repetindo em voz alta antes da administração (dizer de volta).	1	5	4,59	0,718
Preparações injetáveis rotuladas com nomenclatura, dose e via de administração do medicamento.	1	5	4,56	0,683
Preparações injetáveis para perfusões rotulados no frasco com nomenclatura, dose e via do medicamento.	1	5	4,60	0,697
Descarta o excedente do medicamento para contentor de picantes/saco vermelho	1	5	4,59	0,737
4. Ambiente operatório				
Verifica se as condições ambientais são as adequadas	2	5	4,43	0,640
Verifica se as condições de limpeza da sala são adequadas	3	5	4,68	0,498
Verifica se os equipamentos e acessórios necessários para a sessão cirúrgica estão disponíveis e funcionantes	3	5	4,68	0,549
5. Manutenção de técnica assética cirúrgica				
Usa campos cirúrgicos e coberturas impermeáveis.	1	5	4,28	1,311
Certifica a esterilidade do material aquando da preparação da mesa estéril.	1	5	4,27	1,436
Garante uma distância mínima de 30 cm da equipa não estéril à estéril e dos campos cirúrgicos ao chão.	1	5	4,00	1,405
Garante que a equipa estéril se movimente apenas entre áreas estéreis	1	5	3,95	1,469

Não executa movimentos que impliquem a passagem de mãos e braços não estéreis, sobre campos estéreis.	1	5	4,19	1,343
Dá o material esterilizado à mão do enfermeiro instrumentista	1	5	3,77	1,279
Usa a "técnica de atirar" material esterilizado para a mesa do instrumentista	1	5	2,51	1,095
Abre os frascos de soluções para o campo estéril na altura da sua utilização	1	5	3,95	1,432
Identifica ou confirma as soluções presentes na mesa estéril.	1	5	3,36	1,430
Na transferência de solutos para o campo estéril evita salpicos acidentais	1	5	3,96	1,360
6. Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória				
Fecha as portas da sala	1	5	4,45	0,759
Limita o número de pessoas dentro da sala	1	5	3,23	1,110
Controla a movimentação da equipa em redor da equipa estéril	1	5	3,69	1,052
Corrige situações de ruido promovendo o ambiente calmo	1	5	3,75	0,917
Deteta e corrige falhas no vestuário (barrete, máscara, etc)	1	5	4,05	0,957
7. Posicionamento do doente				
Providencia recursos humanos e materiais necessários para o posicionamento (anestésico/cirúrgico)	3	5	4,59	0,522
Protege possíveis zonas de pressão com material acessório apropriado	3	5	4,64	0,510
Promove o respeito pela privacidade e individualidade do doente	4	5	4,71	0,458
Assegura que o posicionamento não dificulta a monitorização do doente e os acessos vasculares	3	5	4,68	0,498
Regista o posicionamento e monitoriza complicações	2	5	4,33	0,759
3. Unidade Eletrocirurgia				
Antes de cada utilização verifica se a consola está funcionante	1	5	3,68	1,463
Aplica/ coloca a placa em pele integra, limpa, seca e sem pelos	1	5	4,07	1,379
Em doentes com pelos realiza tricotomia antes de aplicar a placa	1	5	3,52	1,379
Aplica a placa numa zona mais musculada e mais próxima do local de incisão cirúrgica	1	5	3,89	1,300
Remove a placa cuidadosamente de forma a prevenir lesões na pele	1	5	4,11	1,371
Monitoriza alteração da pele	1	5	4,03	1,395
O.Garrote Pneumático				
Antes de utilizar testa a sua funcionalidade insuflando-o com ar	1	5	2,49	1,223
Antes de aplicar o garrote protege a pele com um material macio e não enrugável	1	5	4,24	1,478
Assegura um adequado ajuste da manga à extremidade do doente e insufla o garrote rapidamente verificando o seu enchimento por palpação	1	5	3,91	1,508
Regista local, pressão e hora de insuflação/desinsuflação	1	5	4,20	1,461
Avalia o aspeto da pele antes e após aplicação do garrote	1	5	4,17	1,369
Faz a avaliação do membro onde foi aplicado	1	5	3,97	1,355

Na UCPA alerta para o facto de ter sido utilizado garrote no doente, sendo necessária a vigilância do membro em relação à cor, sensibilidade, temperatura e dor	1	5	3,95	1,161
10.Contagem de compressas				
Conta e regista antes do início da cirurgia.	1	5	4,05	1,593
Conta e regista sempre que são abertos novos pacotes de compressas.	1	5	4,08	1,592
Conta e regista no primeiro plano de encerramento o nº de compressas.	1	5	3,92	1,642
Conta e regista o nº de compressas se a incisão for reaberta após contagem final.	1	5	4,03	1,627
Conta e regista se o enfermeiro instrumentista e circulante for substituído.	1	5	4,04	1,563
Valida com o enfermeiro instrumentista o número de compressas, estas são contadas de forma audível pelos enfermeiros, separando-as uma a uma e verificando a presença de fita de contraste	1	5	4,09	1,578
Comunica de forma audível ao cirurgião e equipa a contagem de compressas	1	5	4,09	1,578
1.Conta instrumentos e regista				
Antes do início da cirurgia	1	5	3,73	1,671
No final da cirurgia	1	5	3,77	1,681
2. Conta corto perfurantes e regista				
Antes do início da cirurgia	1	5	3,67	1,703
Sempre que são abertos novos corto perfurantes para a mesa.	1	5	3,57	1,678
No final da cirurgia	1	5	3,83	1,704
3. Se há erros na contagem de compressas				
Repete a contagem	1	5	4,19	1,591
Informa o cirurgião e o enfermeiro chefe	1	5	4,05	1,635
Procura no lixo e campos cirúrgicos	1	5	4,17	1,589
Regista o incidente e providência o RX	1	5	4,07	1,639
4.Transferência do doente para UCPA				
Faz a avaliação final do doente e respetivos registos	1	5	4,56	0,702
Acompanha o doente à UCPA	1	5	4,55	0,664
Cumpre os protocolos do serviço	1	5	4,53	0,644
Garante a transmissão da informação pertinente relativa ao doente utilizando a técnica ISBAR	1	5	4,52	0,704
5. Identificação de amostras/espécimenes cirúrgicos				
Confirma a amostra cirúrgica e acondiciona-a.	1	5	4,21	1,417
Confirma se está corretamente rotulada com a identidade do doente, o nome e a localização da amostra (local e lado).	1	5	4,20	1,433
Lê a etiqueta da amostra em voz alta e o enfermeiro instrumentista confirma verbalmente a concordância.	1	5	3,35	1,457
N (75)				

## **APÊNDICE VII**

Tabela - Resultados do teste Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e a idade

	ld-d-	N.	Posto	Н	р
4 Daniera Sanda simonia da la la la comada	Idade	N	Médio	7.050	0.054
1.Prevenção da cirurgia do lado errado,		5	30,90	7,650	0,054
procedimento cirúrgico errado e utente errado	30 - 39 anos	29	31,05	_	
enado	40 - 49 anos	16	41,91	_	
0.11:	≥50 anos	25	44,98	1.000	
2. Higieniza as mãos	20 - 29 anos	5	37,50	1,303	0,728
	30 - 39 anos	29	34,72	_	
	40 - 49 anos	16	41,00		
	≥50 anos	25	39,98		
3. Segurança do medicamento	20 - 29 anos	5	43,50	2,874	0,412
	30 - 39 anos	29	33,17		
	40 - 49 anos	16	38,50		
	≥50 anos	25	42,18		
4. Ambiente operatório	20 - 29 anos	5	37,00	4,553	0,208
	30 - 39 anos	29	36,83		
	40 - 49 anos	16	30,50		
	≥50 anos	25	44,36		
5. Manutenção de técnica asséptica	20 - 29 anos	5	29,40	12,314	0,006
cirúrgica	30 - 39 anos	29	28,17		
40 - 49 ≥50 and 6. Empenho na manutenção do ambiente seguro na sala operatória 30 - 39 40 - 49	40 - 49 anos	16	45,44		
	≥50 anos	25	46,36		
6. Empenho na manutenção do	20 - 29 anos	5	32,30	4,984	0,173
ambiente seguro na sala operatória	30 - 39 anos	29	31,86		
	40 - 49 anos	16	41,91		
	≥50 anos	25	43,76		
7. Posicionamento do doente	20 - 29 anos	5	40,40	4,020	0,259
	30 - 39 anos	29	35,88		,
	40 - 49 anos	16	31,44		
	≥50 anos	25	44,18		
8. Unidade Eletrocirurgia	20 - 29 anos	5	33,40	4,291	0,232
· ·	30 - 39 anos	29	32,16		
	40 - 49 anos	16	42,09		
	≥50 anos	25	43,08		
9.Garrote Pneumático	20 - 29 anos	5	30,60	4,337	0,227
	30 - 39 anos	29	33,57	, , , ,	,
	40 - 49 anos	16	37,53		
	≥50 anos	25	44,92		
10.Contagem de compressas	20 - 29 anos	5	29,60	10,261	0,016
ro.comagem ao compressas	30 - 39 anos	29	30,12	-10,201	0,010
	40 - 49 anos	16	47,06		
	≥50 anos	25	43,02	_	
11.Conta instrumentos e regista	20 - 29 anos	5	32,00	11,013	0,012
11.00ma manamentos e regista	30 - 39 anos	29	29,83		0,012
	40 - 49 anos	16	49,00	-	
	250 anos	25			
12 Conta corto perfurantes o registo	20 - 29 anos	5	41,64	10,697	0,013
12. Conta corto perfurantes e regista			29,50	10,097	0,013
	30 - 39 anos	29	29,64		
	40 - 49 anos	16	46,97		
40. Co há amas na contence de	≥50 anos	25	43,66	44.000	0.000
13. Se há erros na contagem de	20 - 29 anos	5	27,40	14,099	0,003
compressas	30 - 39 anos	29	29,90		

	40 - 49 anos	16	46,50		
	≥50 anos	25	44,08		
14.Transferência do doente para UCPA	20 - 29 anos	5	48,20	9,021	0,029
	30 - 39 anos	29	33,53		
	40 - 49 anos	16	29,88		
	≥50 anos	25	46,34		
15. Identificação de	20 - 29 anos	5	34,00	12,771	0,005
amostras/espécimenes cirúrgicos	30 - 39 anos	29	28,02		
	40 - 49 anos	16	40,91		
	≥50 anos	25	48,52		
	Total	75			

## **APÊNDICE VIII**

Tabela - Resultados do teste de Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e o tempo de experiência profissional

	Tempo de serviço	N	Posto Médio	Н	р
1.Prevenção da cirurgia do lad		4	44,00	8,959	0,062
errado, procedimento cirúrgico	6 - 10 anos	8	29,63		
errado e utente errado	11 - 15 anos	21	30,38		
	16 - 20 anos	5	31,40		
	≥21	37	44,38		
2. Higieniza as mãos	≤5 anos	4	34,50	3,286	0,511
	6 - 10 anos	8	33,06		
	11 - 15 anos	21	34,93		
	16 - 20 anos	5	51,30		
	≥21	37	39,39		
3. Segurança do medicamento	≤5 anos	4	61,00	9,211	0,056
	6 - 10 anos	8	34,44		
	11 - 15 anos	21	29,57		
	16 - 20 anos	5	37,80		
	≥21	37	41,09		
4. Ambiente operatório	≤5 anos	4	43,75	1,730	0,785
	6 - 10 anos	8	39,88		
	6 - 10 anos 8 39,8 11 - 15 anos 21 33,3 16 - 20 anos 5 37,0 ≥21 37 39,7 ≥21 37 39,7 enção de técnica ≤5 anos 4 15,8 1 cirúrgica 6 - 10 anos 8 31,1 11 - 15 anos 21 29,7 16 - 20 anos 5 48,0	33,31			
	16 - 20 anos	5	37,00	1,730 0,785  13,181 0,010  6,658 0,155  5,180 0,269	
	≥21	37	39,77		
5. Manutenção de técnica	≤5 anos	4	15,88	13,181	0,010
asséptica cirúrgica	6 - 10 anos	8	31,13		
	11 - 15 anos	21	29,71		
	16 - 20 anos	5	48,00		
	≥21	37	45,23		
6. Empenho na manutenção do	o ≤5 anos	4	30,00	6,658	0,155
ambiente seguro na sala	6 - 10 anos	4 30,00 6,658 0,155			
operatória	11 - 15 anos	21	32,33		
	16 - 20 anos	5	30,80		
	≥21	37	44,50		
7. Posicionamento do doente	≤5 anos	4	52,63	5,180	0,269
	6 - 10 anos	8	42,88		
	11 - 15 anos	21	31,17		
	16 - 20 anos	5	32,50		
	≥21	37	39,99		
8. Unidade Eletrocirurgia	≤5 anos	4	28,63	5,980	0,201
	6 - 10 anos	8	32,81		
	11 - 15 anos	21	31,21		
	16 - 20 anos	5	39,10		
	≥21	37	43,84		
9.Garrote Pneumático	≤5 anos	4	19,00	7,288	0,121
	6 - 10 anos	8	30,44		
	11 - 15 anos	21	35,02		
	16 - 20 anos				
	≥21	37	43,88		
10.Contagem de compressas	≤5 anos	4	19,13	11,965	0,018
	6 - 10 anos	8	29,81		
	11 - 15 anos	21	31,48		
	16 - 20 anos	5	40,80		
	≥21	37	45,14		
11.Conta instrumentos e regist	a≤5 anos	4	21,50	11,831	0,019

	6 - 10 anos	8	29,50		
	11 - 15 anos	21	30,81		
	16 - 20 anos	5	46,80		
	≥21	37	44.51		
12. Conta corto perfurantes e	≤5 anos	4	22,00	12,592	0,013
regista	6 - 10 anos	8	28,19		'
	11 - 15 anos	21	30,26		
	16 - 20 anos	5	44,50		
	≥21	37	45,36		
13. Se há erros na contagem	≤5 anos	4	18,13	13,364	0,010
de compressas	6 - 10 anos	8	30,56		
	11 - 15 anos	21	32,36		
	16 - 20 anos	5	41,50		
	≥21	37	44,49		
14.Transferência do doente	≤5 anos	4	54,25	5,553	0,235
para UCPA	6 - 10 anos	8	40,25		
	11 - 15 anos	21	31,62		
	16 - 20 anos	5	31,00		
	≥21	37	40,32		
15. Identificação de	≤5 anos	4	27,50	14,119	0,007
amostras/espécimenes	6 - 10 anos	8	28,38		
cirúrgicos	11 - 15 anos	21	31,62		
	16 - 20 anos	5	21,30		
	≥21	37	47,09		
	Total	75			

## **APÊNDICE IX**

Tabela com os Resultados do teste de Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e o tempo de serviço no bloco operatório

	Tempo de serviço no		Posto	Н	p
	bloco operatório	Ν	Médio		
1.Prevenção da cirurgia do lado	≤5 anos	25	33,18	6,399	0,171
errado, procedimento cirúrgico	6 - 10 anos	7	33,00		
errado e utente errado	11 - 15 anos	16	34,53		
	16 - 20 anos	3	47,33		
	≥21	24	45,63		
<ol><li>Higieniza as mãos</li></ol>	≤5 anos		36,32	2,211	0,697
	6 - 10 anos	7	32,86		
	11 - 15 anos	16	37,03		
	16 - 20 anos	3	31,33		
	≥21	24	42,73		
3. Segurança do medicamento	≤5 anos	25	42,62	8,539	0,074
	6 - 10 anos	7	28,29		
	11 - 15 anos	16	29,69		
	16 - 20 anos	3	22,33		
	≥21	24	43,52		
<ol> <li>Ambiente operatório</li> </ol>	≤5 anos	25	40,58	6,643	0,156
	6 - 10 anos	7	24,21		
	11 - 15 anos	16	32,94		
	16 - 20 anos	3	30,33		
	≥21	24	43,67		
<ol><li>Manutenção de técnica</li></ol>	≤5 anos	25	26,94	11,067	0,026
asséptica cirúrgica	6 - 10 anos	7	36,43		
	11 - 15 anos	16	41,78		
	16 - 20 anos	3	45,50		
	≥21	24	46,52		
6. Empenho na manutenção do	≤5 anos	25	30,92	14,543	0,006
ambiente seguro na sala	6 - 10 anos	7	20,71		
operatória	11 - 15 anos	16	40,84		
	16 - 20 anos	3	30,50		
	≥21	24	49,46		
7. Posicionamento do doente	≤5 anos	25	40,02	6,235	0,182
	6 - 10 anos	7	22,71		
	11 - 15 anos	16	36,38		
	16 - 20 anos	3	26,00		
	≥21	24	42,94		
8. Unidade Eletrocirurgia	≤5 anos	25	28,72	8,655	0,070
	6 - 10 anos	7	38,43		
	11 - 15 anos	16	40,16		
	16 - 20 anos	3	34,00		
0.0 1.0 1.0	≥21	24	46,60	0.000	0.050
9.Garrote Pneumático	≤5 anos	25	30,22	9,223	0,056
	6 - 10 anos	7	26,71	_	
	11 - 15 anos	16	41,69	_	
	16 - 20 anos	3	43,50	_	
10.0	≥21	24	46,25	40 400	0.000
10.Contagem de compressas	≤5 anos	25	25,52	16,163	0,003
	6 - 10 anos	7	38,71		
	11 - 15 anos	16	48,59		
	16 - 20 anos	3	38,83		
	≥21	24	43,63		

11.Conta instrumentos e regista	≤5 anos	25	22,88	21,678	0,000
	6 - 10 anos	7	48,00		
	11 - 15 anos	16	44,88		
	16 - 20 anos	3	46,67		
	≥21	24	45,17		
12. Conta corto perfurantes e	≤5 anos	25	24,64	17,083	0,002
egista	6 - 10 anos	7	41,07		
	11 - 15 anos	16	41,56		
	16 - 20 anos	3	47,17		
	≥21	24	47,50		
13. Se há erros na contagem de compressas	≤5 anos	25	25,66	18,084	0,001
	6 - 10 anos	7	41,50		
	11 - 15 anos	16	45,59		
	16 - 20 anos	3	40,67		
	≥21	24	44,44		
14.Transferência do doente para	≤5 anos	25	38,14	3,467	0,483
JCPA	6 - 10 anos	7	29,00		
	11 - 15 anos	16	33,69		
	16 - 20 anos	3	40,33		
	≥21	24	43,06		
15. Identificação de	≤5 anos	25	27,28	11,082	0,026
amostras/espécimenes cirúrgicos	6 - 10 anos	7	39,14		
	11 - 15 anos	16	42,75		
	16 - 20 anos	3	31,50		
	≥21	24	46,48		
	Total	75			

## **APÊNDICE X**

# Tabela com os resultados do teste Kruskal-Wallis entre a perceção das práticas do enfermeiro e as funções em perioperatório

	F	N.I	Posto	Н	p
1.Prevenção da cirurgia do lado errado,	Funções Enf. UCPA/anestesia	N 23	Médio 31,15	3,858	0,145
procedimento cirúrgico errado e utente	Enf.	16		3,000	0,145
errado	Circulante/instrumentista	10	40,22		
citado	Todas	36	41,39	-	
2. Higieniza as mãos	Enf. UCPA/anestesia	23	36,07	0,603	0,740
2. Higieriiza as maos	Enf.	16	41,25	0,003	0,740
	Circulante/instrumentista	10	41,25		
	Todas	36	37,79		
3. Segurança do medicamento	Enf. UCPA/anestesia	23	43,22	2,940	0,230
	Enf.	16	31,56		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	37,53		
4. Ambiente operatório	Enf. UCPA/anestesia	23	38,15	0,467	0,792
	Enf.	16	40,88		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	36,63		
5. Manutenção de técnica asséptica	Enf. UCPA/anestesia	23	22,89	16,737	0,000
cirúrgica	Enf.	16	48,38		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	43,04		
6. Empenho na manutenção do	Enf. UCPA/anestesia	23	29,91	5,049	0,080
ambiente seguro na sala operatória	Enf.	16	44,44		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	40,31		
7. Posicionamento do doente	Enf. UCPA/anestesia	23	40,74	1,338	0,512
	Enf.	16	40,69		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	35,06		
8. Unidade Eletrocirurgia	Enf. UCPA/anestesia	23	21,96	18,259	0,000
	Enf.	16	45,84		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	44,76		
9.Garrote Pneumático	Enf. UCPA/anestesia	23	22,98	16,017	0,000
	Enf.	16	43,00		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	45,38		
10.Contagem de compressas	Enf. UCPA/anestesia	23	16,46	42,233	0,000
	Enf.	16	55,50		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	43,99		
11.Conta instrumentos e regista	Enf. UCPA/anestesia	23	16,78	37,596	0,000
	Enf.	16	48,56		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	46,86		
12. Conta corto perfurantes e regista	Enf. UCPA/anestesia	23	16,33	37,524	0,000
	Enf.	16	49,88		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	46,57		
13. Se há erros na contagem de	Enf. UCPA/anestesia	23	19,70	35,561	0,000
compressas	Enf.	16	50,00		
	Circulante/instrumentista				

	Todas	36	44,36		
14.Transferência do doente para UCPA	Enf. UCPA/anestesia	23	41,13	1,283	0,526
	Enf.	16	16 33,47		
	Circulante/instrumentista	Circulante/instrumentista			
	Todas	36	38,01		
15. Identificação de	Enf. UCPA/anestesia	23	20,07	23,362	0,000
amostras/espécimenes cirúrgicos	Enf.	16	47,69		
	Circulante/instrumentista				
	Todas	36	45,15		
	Total	75			

**ANEXOS** 

#### **ANEXOS I**

### Autorização Presidente do Conselho de Administração

DELIBERAÇÃO DO

Conselho de Administração
Acta mais 2020/04/08

Do. 37.38

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho alcondicteministração

Interest Claros

Emilia Fele
Entre Directora
Interes Carlos

Lempiscarios

Lemp

Assunto: Estudo observacional "Práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro" submetido pela Enf.ª Lina Caetano, a desenvolver no Bloco Operatório

De acordo com o Procedimento Interno "Aprovação de estudos e projetos de Investigação", em vigor desde 2016.03.07, informa-se que o estudo mencionado em epígrafe está devidamente instruído de acordo com os elementos assinalados na Listagem de Documentos e Validação, em anexo.

Uma vez que o estudo consiste na aplicação de um questionário dirigido a profissionais de saúde, considera-se que o mesmo não colide com as medidas do Plano de Contingência, para a COVID-19, atualmente em vigor no CHL.

Mais se informa que o presente estudo obteve o parecer favorável pela Comissão de Ética, de acordo com a Ata n.º 03 de 2020.06.04. Neste sentido, submete-se o pedido anexo para decisão final do Conselho de Administração.

Com os melhores cumprimentos,

CI - Centro de Investigação Ref.ª 032/2020

O COORDENADOR DO CENTRO DE INVESTIGAÇÃO

(JOÃO MORAIS)

Ao C. J. 2020.07.09 Sc..

Recolina 2020.07.02 Sc.

Pouso, 2410.197 Lebia
Telefone: 24417000; Ext. 40024003; Fax: 244817087

Centro Hospitalar de Leiria Accredited by Joint Commission International

ile on and on 12-07700

ANEXOS II

Parecer da Comissão de Ética

Exma. Senhora

Enf.ª Lina Maria Ferreira Caetano

Bloco Operatório

Ref. CE - Nº 22/20

Leiria, 22 de junho de 2020

**Assunto:** Trabalho Académico - Práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro

A Comissão de Ética vem por este meio informar V. Exa., do parecer da reunião desta Comissão realizada dia 2020.06.04 e enviado ao Gabinete de Apoio Técnico do Centro de Investigação Clínica, sobre o estudo mencionado em epígrafe:

Tomou-se conhecimento de um pedido de parecer submetido pela Enf.ª Lina Maria Ferreira Caetano, a exercer funções no Bloco Operatório do CHL, para realização de um trabalho académico no âmbito do seu Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, intitulado "Práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro". Este estudo será para realizar no Bloco Operatório do HSA e terá como investigadora principal a proponente. Após análise do estudo, esta Comissão decidiu dar parecer favorável à sua realização.

Mais se informa, que este estudo carece de autorização por parte do Conselho de Administração.

Sem outro assunto de momento

Com os melhores cumprimentos,

Paulo Lopes Vice-presidente

Rua das Olhalvas
Pousos, 2410 – 197 Leiria
Telefone: 244817089 – Ext. 4605
Email sec comteonicas@chleiria.min-saude.pt
www.chleiria.pt



#### **ANEXOS III**

#### Consentimento Informado

#### CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO

Eu, Lina Maria Ferreira Caetano, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Enfermeira no Bloco Operatório Central, do Centro Hospitalar de Leiria, venho solicitar a colaboração de V. Ex.ª para a realização do trabalho de investigação no âmbito do desenvolvimento da Dissertação do Mestrado. Este trabalho tem a orientação do Sra. Professora Nazaré Cerejo, docente desta Escola e intitula-se: "Práticas do enfermeiro perioperatório na manutenção do ambiente cirúrgico seguro". Os objetivos do estudo são: identificar as práticas do enfermeiro de perioperatório que visam a promoção do ambiente cirúrgico seguro; analisar as práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção e manutenção do ambiente cirúrgico seguro; analisar as práticas do enfermeiro de acordo com as funções e formação em perioperatório na promoção e manutenção do ambiente cirúrgico seguro.

A sua participação é voluntária, contudo é imprescindível para o sucesso deste trabalho.

Os dados recolhidos destinam-se a fins estritamente científicos, garantindo confidencialidade e o anonimato de todos os inquiridos, sendo que no final do trabalho de investigação os instrumentos de colheita dos dados serão destruídos.

A sua distinta colaboração é fundamental, peço que responda com sinceridade, não existindo respostas certas ou erradas.

#### Parte declarativa do investigador/profissional de saúde:

Confirmo que expliquei à pessoa abaixo indicada, de forma adequada e inteligível, os procedimentos necessários ao ato referido neste documento.

Respondi a todas as questões que me foram colocadas e assegurei-me de que houve um período de reflexão suficiente para a tomada da decisão.

Também garanti que, em caso de recusa, será assegurado o respeito pelos seus direitos, assim como informei que a qualquer momento pode retirar o consentimento.

Nome do investigador Lina Maria Ferreira			Lina Maria Ferre	ira Caetano	Bloco Operatório Central
Data:	/	/2020	Hora:	N.º Cédula Profissional: 120116	
Contac	to In	stitucional d	o investigador	Assinatura:	

#### Parte declarativa da pessoa que consente:

Por favor leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações se não estiver completamente esclarecido/a. verifique se todas as informações estão corretas. Se tudo estiver conforme, então assine o documento.

□Declaro ter compreendido os objetivos de tudo quanto me foi proposto e explicado pela(s) pessoa(s) que acima assina(m) este documento, ter-me sido dada oportunidade de fazer todas as perguntas sobre o assunto e para todas elas ter obtido resposta esclarecedora, bem como o tempo suficiente para refletir sobre esta proposta.

□AUTORIZO □NÃO AUTORIZO, participar neste estudo e que tomo a minha decisão de forma inteiramente livre e permito a utilização dos dados que de forma voluntaria forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo investigador.

Data:	Assinatura(s):
0 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10 10	

Consentimento Informado, esclarecido e livre para participação em estudos de investigação nos termos da Norma N.º 015/2013 da Direcção-Geral da Saúde, de acordo com: Declaração de Helsínquia, Convenção de Oviedo e respeitando o estabelecido no Regulamento Geral de Protecção de Dados.

#### **ANEXOS IV**

### Autorização para utilizar o questionário



Lina Caetano < linamaria caetano@gmail.com>

## Autorização para utilizar o questionário " Atitudes de Segurança: Perspetivas da equipa nesta área de cuidados ao doente"

Lina Caetano <i namariacaetano@gmail.com> Para: dorasaraiva1@hotmail.com

Ex.<sup>ma</sup> Sra. Enfermeira Dora Saraiva

Lina Maria Ferreira Caetano, mestranda do X Curso de Mestrado em Enfermagem-Médico Cirúrgica, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra e enfermeira do Centro Hospitalar de Leiria, a exercer funções no Bloco Central , venho por este meio solicitar a V. Ex.ª autorização para utilizar o questionário " Atitudes de Segurança: Perspetivas da equipa nesta área de cuidados ao doente" que validou para a população portuguesa em 2015, no âmbito da Dissertação para obtenção do Grau de Mestre em Gestão de Unidades de Saúde.

Proponho-me utilizar o questionário como instrumento de colheita de dados para a realização da dissertação subordinada ao tema "Perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório na manutenção de um ambiente cirúrgico seguro".

Antecipadamente grata e coloco-me à disposição de V. EX.ª para esclarecimento de qualquer dúvida .

Sem outro assunto, com os mais respeitosos cumprimentos

Lina Caetano



Lina Caetano linamariacaetano@gmail.com>

## Autorização para utilizar o questionário " Atitudes de Segurança: Perspetivas da equipa nesta área de cuidados ao doente"

Dora Saraiva <dorasaraiva1@hotmail.com> Para: Lina Caetano <linamariacaetano@gmail.com>

Boa tarde Exma. Srª Enfermeira Lina Caetano:

Agradeço o seu contacto.

Serve o presente email para autorizar a utilização do questionário Safety Attitudes Questionnaire - Short

Form 2006 PT no estudo que refere.

Votos de muito sucesso pessoal e profissional.

Com os melhores cumprimentos

-

Dora Saraiva

#### **ANEXOS V**

### Grelha de observação

Caldas da Rainha, 10 de maio de 2020

#### Autorização

Eu Sónia Ventura Ângelo, autorizo a investigadora Lina Maria Ferreira Caetano, a frequentar o X Curso de Mestrado, na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, sob a orientação da Sra. Professora Nazaré Cerejo, utilize no âmbito do desenvolvimento da sua Dissertação de Mestrado "As Práticas do enfermeiro de perioperatória na promoção do ambiente cirúrgico seguro", a grelha de observação desenvolvida por mim, em 2015, sobre as "Praticas dos enfermeiros de perioperatório", aquando da elaboração da minha Dissertação de Mestrado com o título "Segurança do doente no intraoperatorio-competências do enfermeiro circulante".

Atenciosamente

assinatura

Enfermeira especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

Bloco Operatório

Hospital Caldas da Rainha

Resultados da adesão à higiene das mãos por momentos Bloco operatório

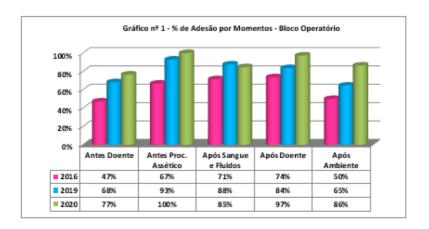
## RESULTADOS DA ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS POR MOMENTOS BLOCO OPERATÓRIO

O gráfico nº 1 refere-se aos resultados da Adesão à Higiene das Mãos por Momentos, do Bloco Operatório no ano de 2016, 2019 e 2020. Não são apresentados dados do ano 2017 (96) e 2018 (64), uma vez que o serviço <u>não efetuou as 200 observações à higiene das mãos</u>, que é considerado o número mínimo para participar no estudo.

#### Bloco Operatório

Total de Oportunidades **2019** - 440. Total de Ações – 344. Taxa de Adesão – **78,2%** [Muito Satisfatório]
Total de Oportunidades **2020** - 279. Total de Ações – 249. Taxa de Adesão – **89,2%** [Muito Satisfatório]

Constatou-se que houve uma subida acentuada na adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais em 2020 (89,2%) em relação a 2019 (78,2%). Valor superior à taxa conseguida tanto a nível hospitalar (85,8%), como à Nacional (82,7%).



Pela análise do gráfico nº 1, verificou uma subida na adesão da higiene das mãos em todos os momentos, exceto "Após Sangue e Fluídos" (-3%). A subida mais acentuada verificou-se no momento "Após Ambiente" (+21%) em relação a 2019. Este ano verificou-se 100% de adesão no momento "Antes Proc. Assético".

[Insuficiente] [Razoável] [Satisfatório] [Muito Satisfatório]
- 30% 30 a 50% 50% a 70% +70%

Bloco Operatório 1/2

#### RESULTADO DA AUDITORIA DO USO DE LUVAS

O Bloco Operatório <u>efetuou 100 observações ao Uso de Luvas, que é considerado o número mínimo de</u> observações para participar no estudo

Tabela 1. Índice de Qualidade do Bloco Operatório (Uso de Luvas – Por Padrão)

	Índice de Qualidade	Índice de Qualidade
Padrão		
	2019	2020
1 - SELECÇÃO/COLOCAÇÃO DAS LUVAS	94,44%	95,00%
2 - USO/SUBSTITUIÇÃO DAS LUVAS	77,62%	95,65%
3 - REMOÇÃO DAS LUVAS	95,90%	94,33%
Índice Global de Qualidade do Processo para o Serviço	86,99%	94,97%

Pela análise da tabela 1, este ano verificou-se uma subida acentuada no item "Uso/Substituição das luvas" (95,65%), em relação a 2019 (+18,03%). Comparativamente ao do Hospital (87,88%), o índice de qualidade do processo foi superior (94,97%).

Bioco Operatório 2/2