

§



**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**Verónica Raquel Ferreira da Silva | nº 22117026**

## **Relatório de Estágio**

**Desenvolvimento de competências comuns e específicas do  
Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Fatores que influenciam a adesão à Lista de Verificação  
Segurança Cirúrgica: *Scoping Review*

**Coimbra, Junho 2023**





**Escola Superior de Enfermagem de Coimbra**  
**CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA**  
**Verónica Raquel Ferreira da Silva | nº 22117026**

## **Relatório de Estágio**

**Desenvolvimento de competências comuns e específicas do  
enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica**

Fatores que influenciam a adesão à Lista de Verificação  
Segurança Cirúrgica: *Scoping Review*

Trabalho realizado no âmbito da  
Unidade Curricular Estágio com  
Relatório Final sob orientação  
do Professor Doutor Luís Leitão  
Sarnadas

**Coimbra, Junho 2023**



## **AGRADECIMENTOS**

Quero agradecer à minha família por toda a ajuda ao longo desta jornada, pelo amor incondicional e por acreditarem sempre em mim.

Ao Professor Doutor Luís Sarnadas, serei eternamente grata pelo apoio nos momentos mais difíceis, pela compreensão e por todos os conhecimentos transmitidos, ainda bem que os nossos caminhos se cruzaram.

A uma das minhas melhores amigas, Sandra Coelho companheira desta aventura, agradeço todas as palavras de incentivo, apoio emocional e troca de ideias enriquecedoras, que foram fundamentais para superar os desafios e manter a motivação ao longo do caminho. A todos os meus outros amigos, já sabem que o digo várias vezes, mas é a verdade, os melhores amigos são difíceis de encontrar porque já são todos meus.

Às minhas chefes e aos meus colegas que assumiram uma carga de trabalho adicional, permitindo-me concluir esta etapa, muito obrigada a todos.

Por último, mas não menos importante, gostaria de agradecer a ti Ricardo Cavaleiro, pela pessoa magnífica que és, pelo pai e companheiro dedicado e por toda a tua preciosa ajuda neste percurso, não poderia ter escolhido melhor há 18 anos atrás.

Sou imensamente feliz por vos ter a todos na minha vida e por todo o amor e apoio que recebi ao longo desta jornada, sem vocês não teria conseguido chegar ao fim.

Obrigada a todos de todo o coração.



## **LISTA DE SIGLAS**

AESOP - ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES

ACSS - ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DO SISTEMA DE SAÚDE

BO- BLOCO OPERATÓRIO

DGS - DIREÇÃO GERAL DA SAÚDE

ELPO - ESCALA DE LESÕES PERIOPERATÓRIA

OE - ORDEM DOS ENFERMEIROS

IACS - INFEÇÕES ASSOCIADAS AOS CUIDADOS DE SAÚDE

ISBAR - IDENTIFICATION, SITUATION, BACKGROUND, ASSESSMENT, RECOMMENDATION

LVSC - LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

UCA - UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATORIO

UCPA – UNIDADE CUIDADOS PÓS ANESTÉSICOS





## **RESUMO:**

A segurança do doente tem vindo a tornar-se uma preocupação crescente nas organizações de saúde, especialmente desde que a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconheceu, em 2009, a segurança cirúrgica como o "Segundo Desafio Global para a Segurança do Doente" no âmbito do programa "Cirurgia Segura, Salva Vidas". Esta ação da OMS aumentou a consciencialização e impulsionou os esforços para melhorar a segurança durante os procedimentos cirúrgicos. Como parte desses esforços, a implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi estabelecida como uma estratégia fundamental para garantir que os procedimentos sejam realizados de forma mais segura e prevenir a ocorrência de incidentes.

O presente relatório de estágio tem como desígnio explicar o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica; mapear a evidência científica existente referente aos fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da lista de verificação de segurança cirúrgica, através da realização de uma *scoping review*.

Este documento está organizado em duas partes: 1) análise das competências adquiridas ao longo dos estágios, através de uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva; e 2) realização de uma *scoping review*, efetuada com base no método proposto pela *Joanna Briggs Institute* apresentada em formato de artigo científico.

Através dos estágios realizados, fica evidente o papel fundamental do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na liderança de projetos de formação, assessoria e pesquisa, bem como no desenvolvimento e implementação de práticas baseadas nas evidências científicas mais recentes. A sinergia entre essas áreas potencializa a qualidade dos cuidados prestados e promove a melhoria contínua da prática, garantido a excelência da mesma.

Os resultados da investigação efetuada, comprovam a existência de fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da lista de verificação de segurança cirúrgica,

nomeadamente fatores individuais, processuais e contextuais. Através da mesma destacam-se algumas estratégias para melhorar a adesão que se prendem essencialmente com a formação contínua e supervisão do desempenho dos membros da equipa cirúrgica no preenchimento da lista.

**Palavras-chave:** checklist; segurança do doente; adesão; período intraoperatório.

## **ABSTRACT:**

Patient safety has become a growing concern in healthcare organizations, especially since the World Health Organization (WHO) recognized surgical safety as the "Second Global Patient Safety Challenge" under the "Safe Surgery Saves Lives" program in 2009. This action by WHO raised awareness and boosted efforts to improve safety during surgical procedures. As part of these efforts, the implementation of the Surgical Safety Checklist (SSC) was established as a key strategy to ensure that procedures are performed more safely and to prevent incidents from occurring.

The purpose of this internship report is to explain the process of acquisition and development of common and specific competences of the nurse specialized in Medical-Surgical Nursing; to map the existing scientific evidence regarding the factors that influence adherence to the surgical safety checklist, by conducting a scoping review.

This document is divided in two parts: 1) an analysis of the acquired competencies during the internships, using a descriptive and critical-reflection method., and 2) make a scoping review based on the methodology proposed by the Joanna Briggs Institute and written in accordance with the guidelines for a scientific article.

Having undergone these internships enhanced the fundamental role of the nurses specializing in Medical surgical nursing, in the leadership of educational programs, research and representation, and also the development and implementation of the most recent scientifically based evidence applied to the practice. The synergy between these aspects will exponentially higher the quality of care and promote the continuous enhancement in care, guaranteeing excellence in care.

The results of the undergone research prove the existence of factors that influence adherence to SSC, namely individual factors and related with the process and context. The research permitted the highlight of some strategies to improve the adhesion that are connected to continuous education and supervision of the surgical team professionals' performance in filling in the checklist.

**Keywords:** checklist; patient safety; adherence; intraoperative period

**LISTA DE TABELAS:**

Tabela 1 - Expressão de pesquisa..... 57

Tabela 2 - Codificação dos artigos ..... 59



**LISTA DE FIGURAS:**

Figura 1 –Fluxograma do processo de seleção dos estudos, adaptado do PRISMA Flow Diagram. .... 58





## SUMÁRIO:

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	19
<b>Parte 1 – ESTÁGIO DE NATUREZA PROFISSIONAL</b> .....	21
<b>1 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM</b> .....	23
1.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	23
1.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA .....	26
<b>1.2.1 - Responsabilidade profissional, ética e legal</b> .....	<b>27</b>
<b>1.2.2- Melhoria contínua da qualidade</b> .....	<b>30</b>
<b>1.2.3 - Gestão dos cuidados</b> .....	<b>34</b>
<b>1.2.4 - Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais</b> .....	<b>36</b>
1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA.....	37
<b>1.3.1 Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica</b> .....	<b>38</b>
<b>1.3.2 Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica</b> .....	<b>42</b>
<b>1.3.3 Maximiza a prevenção, intervenção e controlo da infeção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos</b>	

<b>complexos, decorrentes de doença aguda ou crônica.....</b>	<b>46</b>
<b>Parte 2 – SCOPING REVIEW .....</b>	<b>51</b>
<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>67</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>69</b>

## **APÊNDICES**

APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO FORMATIVA E POSTER BRIFIENG E DEBRIFIENG

APÊNDICE III – POSTER POSICIONAMENTO CIRÚRGICO PREVENÇÃO DE LESÕES

APÊNDICE IV – POSTER CHOQUE SÉTICO

## **ANEXOS**

ANEXO I – PROJETO MELHORIA CONTINUA-POSICIONAMENTO CIRÚRGICO

ANEXO II - FORMAÇÃO EM GESTÃO DO RISCO EM SAÚDE: 8ª EDIÇÃO

ANEXO III – CERTIFICADO PRESENÇA

## INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde e conseqüentemente os cuidados de enfermagem assumem hoje uma maior importância, exigência técnica e científica, sendo a diferenciação bem como a especialização cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento nº 140/2019).

Nos últimos tempos, têm sido certificadas e regulamentadas as habilitações profissionais dos enfermeiros que independentemente da sua área de especialidade, partilham um conjunto de competências comuns. Conforme estabelecido no Regulamento nº 140/2019 essas competências centram-se nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens dos profissionais. Além disso, no Regulamento nº 429/2018 são particularizadas as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica nas suas diferentes áreas.

A sociedade atual evolui rapidamente, encontrando-se em constante mudança e inovação. Essa evolução exige aos profissionais de enfermagem uma atualização permanente dos conhecimentos e uma atitude de reflexão crítica em relação ao que os rodeia. Acredita-se que profissionais mais qualificados e conscientes da sua prática profissional, com capacidade crítica e de resolução de problemas, são fulcrais para a melhoria do nível da qualidade da assistência em saúde (Silva R. et al, 2018).

No Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, está inserida a unidade curricular Estágio com Relatório Final que para além da componente em contexto clínico, prevê a construção de um relatório final de estágio, representando o culminar deste percurso de aprendizagem.

Um relatório de estágio é de uma forma sucinta, um documento onde se relatam as atividades desenvolvidas, as competências adquiridas e o ganho pessoal e profissional obtido com o referido estágio, tendo por base o projeto elaborado inicialmente (Ricou M., 2018)

Nesta perspetiva, este relatório tem como principais objetivos:

- Refletir criticamente sobre atividades desenvolvidas, dificuldades no processo de aprendizagem e das experiências adquiridas, face aos objetivos delineados inicialmente no projeto de estágio (Apêndice I);

- Refletir sobre as capacidades adquiridas e desenvolvidas durante este percurso, que contribuíram para a aquisição de competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica;

O plano de estudos do Mestrado acima referido pressupõe a realização de três estágios, nomeadamente no serviço de medicina intensiva, serviço de urgência polivalente e uma Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA). Apesar do desenvolvimento de competências ter sido um contínuo ao longo deste percurso, este relatório terá maior enfoque nas atividades desenvolvidas na UCA, uma vez que este foi o estágio com maior durabilidade, permitindo a concretização dos objetivos gerais definidos, bem como dos objetivos pessoais de desenvolvimento de competências nesta área.

Estruturalmente, o presente relatório é constituído por duas partes. Numa primeira parte será realizada a descrição sumária do contexto clínico onde o estágio foi realizado, as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica desenvolvidas, bem como uma análise crítica dos fatores influentes no processo de aprendizagem.

A segunda parte do documento é constituída pelo trabalho de investigação, uma *scoping review* intitulada de “Quais os fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica?”. A mesma será apresentada em formato de artigo científico, organizada segundo os pressupostos exigidos pela revista de Enfermagem Millenium.

A experiência, a perceção pessoal e a evidência científica avolumaram o interesse em estudar a problemática relacionada com os fatores que interferem na adesão ao cumprimento da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC).

Apesar do uso da LVSC aumentar a segurança do doente, a adesão ao seu preenchimento continua a ser um desafio para profissionais e organizações e a sua utilização diária apresenta lacunas (Papadakis, et al., 2019).

## **Parte 1- Estágio de Natureza Profissional**



## **1 - ANÁLISE CRÍTICO-REFLEXIVA DO PROCESSO DE APRENDIZAGEM**

A aprendizagem é um processo contínuo, ao longo do qual se torna essencial a adoção de uma análise crítica do nosso desempenho, para que desse modo, possamos progredir, desenvolver e otimizar as nossas capacidades, melhorando, por conseguinte, o desempenho profissional.

O estágio supervisionado permite a aplicação prática de conceitos teóricos previamente adquiridos, transformando-os em ação. Este assume-se como um momento valioso de reflexão e análise da prática, que são fundamentais para o desenvolvimento do pensamento crítico e da capacidade de avaliar os cuidados prestados. Além disso, promove o desenvolvimento de competências através da aplicação da evidência científica. (Viana R., 2016).

Com base nos objetivos e nas competências a desenvolver/adquirir foram implementadas um conjunto de atividades com vista a aumentar os conhecimentos e as habilidades na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, refletindo criticamente sobre as mesmas de forma a promover a prática especializada.

O desenvolvimento destas competências foi contínuo ao longo de três locais de estágio, sendo eles: o serviço de medicina intensiva, o serviço de urgência e por último a UCA. Este último estágio por ser o mais longo, permitiu o reforço das aprendizagens e competências adquiridas nas experiências anteriores, bem como uma consolidação de novas abordagens, partilha de experiências e aquisição de novos conhecimentos. No desenvolvimento deste relatório será dado mais ênfase ao último estágio, contudo sempre que seja pertinente, serão referenciados, os estágios anteriores.

Seguidamente, será efetuada uma breve caracterização do último local de estágio e uma reflexão face ao desenvolvimento das competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica.

### **1.1 - DESCRIÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO**

A cirurgia de ambulatório tem contribuído fortemente para o aumento da qualidade dos cuidados e da eficácia na organização hospitalar, apresentando inúmeras vantagens reconhecidas nacional e internacionalmente. A cirurgia neste regime apresenta um impacto positivo para o utente, uma vez que em menos de 24 horas é intervencionado de forma planeada, podendo efetuar a sua recuperação num ambiente familiar. A cirurgia em regime de ambulatório viabiliza ainda, a existência de uma organização da

estrutura hospitalar, podendo os serviços de internamentos ficarem disponíveis para as situações mais complexas, racionalizando a despesa em saúde com uma correta reorientação dos custos hospitalares (Diário da República, 2ª série — N°28 — 8 de fevereiro de 2018).

Deste modo, a cirurgia de ambulatório proporciona a existência de ganhos superiores aos da cirurgia convencional quer seja a nível psicológico, sociofamiliar ou mesmo económicos. Como referido pela Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP (2012), o modelo apresenta inúmeras vantagens para a pessoa, para o hospital e para a sociedade envolvente.

A unidade escolhida para realização do estágio, caracteriza-se pela adoção de um funcionamento misto – cirurgia de dia e cirurgia com pernoita até 24 horas. A distribuição da atividade das salas operatórias está estabelecida numa planificação semanal, que vai sofrendo alterações conforme necessário.

A UCA dispõe de uma Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) dentro do seu próprio espaço físico. O período de recobro é dividido em três fases. A primeira fase, equivalente à UCPA de um bloco convencional, corresponde à Fase I. O cumprimento desta, depende essencialmente do tipo e complexidade da intervenção a que o doente foi submetido. Caracteriza-se por uma monitorização apertada e contínua da pessoa, incluindo parâmetros hemodinâmicos e neurológicos, garantindo a estabilidade necessária para a transferência segura para a próxima fase de recobro. Segue-se a Fase II na qual a pessoa já está mais estável, desperta e consciente reunindo as condições necessárias para realizar levante para cadeirão e por último a Fase III. Nesta última fase, são verificados os requisitos pré-alta nomeadamente capacidade de deambulação, ingestão de alimentos líquidos e sólidos e reflexo de micção. Nos casos em que exista necessidade de pernoitar por não estarem ainda reunidos, todos os critérios cirúrgicos e/ou anestésicos para a alta, existe um espaço com seis camas.

Para a realização de cirurgia de ambulatório, impõe-se a determinação de critérios de seleção/admissão. Os critérios de admissibilidade nesta UCA são os definidos pelo Ministério da Saúde e Direção Geral da Saúde (DGS), que estão referenciados em procedimento específico.

A UCA obedece não só às regras de um Bloco Operatório (BO) convencional, como também às de um serviço de ambulatório. Num BO convencional é crucial assegurar percursos diferenciados e sequenciais de forma a garantir a assepsia. Num serviço de



ambulatório, em adição ao descrito anteriormente, é igualmente necessário garantir a ligação ao exterior e a continuidade dos cuidados no domicílio.

De acordo com a AESOP (2012), uma unidade de cirurgia de ambulatório deve contemplar: a área de receção/admissão; gabinete de consulta; sala de espera para utentes e acompanhantes; vestiário para os utentes; sala de preparação pré-operatória; UCPA (fase 1, 2 e 3); bloco operatório; espaço exterior para estacionamento automóvel para o utente/acompanhante.

A UCA em questão cumpre todos estes requisitos, contemplando todas as áreas acima explanadas, existindo circuitos próprios e diferenciados, com uma sequência lógica e com funções, comportamentos e intervenções percebidas em cada uma das áreas.

As duas salas de operação da UCA seguem as diretrizes estabelecidas no manual da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) com as recomendações técnicas para a BO (RT 05/2011). As mesmas são compostas por uma mesa cirúrgica articulada, constituídas por um suporte e um tampo removível. A iluminação da área cirúrgica é feita através de dois candeeiros articulados (um central e outro auxiliar), com ajuste de intensidade permitindo eliminar calor e sombras. Além disso, existem carros de suporte à circulação e anestesia, que possuem o material necessário reduzindo, por conseguinte, a necessidade de entrada e saída frequente da sala. As portas foram projetadas para resistir a impactos, abrindo automaticamente quando a mão é colocada próxima do sensor, possuem visores que poderão ser ocultados, se necessário, e são facilmente identificáveis. Dentro das salas, também estão disponíveis materiais/equipamentos para monitoramento e ventilação invasiva.

A ACSS (2011) recomenda a existência de uma sala de anestesia na área restrita, localizada entre o transfer e a sala operatória, permitindo que a indução anestésica seja realizada antes do doente entrar a sala. Na UCA, embora exista uma sala inicial à entrada, a anestesia é administrada na sala operatória por questões logísticas e pela dinâmica da equipa multidisciplinar.

A equipa de enfermagem da UCA é considerada jovem e é constituída maioritariamente por indivíduos do sexo feminino. A maioria dos enfermeiros desempenha atividades desenvolvidas na admissão de utentes, consulta pré-operatória, sala operatória (apoio à anestesia, circulante e instrumentista) e recobro.

A organização dos elementos da equipa desta forma, permite a rotatividade e distribuição adequada dos profissionais, sem prejuízo para o utente, e possibilitando um

bom funcionamento do serviço. Dada a complexidade inerente às especificidades das diversas especialidades, os enfermeiros encontram-se organizados por grupos, que se associam a um conjunto de especialidades. Cada grupo exerce a sua atividade maioritariamente nesse conjunto de especialidades. Toda a equipa de enfermagem está integrada e assim capacitada a desenvolver a função de anestesia, circulação e instrumentista nas diversas especialidades.

No ponto seguinte, será efetuada uma reflexão relativamente ao contributo deste estágio na aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, sendo as mesmas uma componente crucial na definição do perfil do Enfermeiro especialista em Médico-cirúrgica.

## 1.2 - COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

Face à crescente exigência técnica e científica dos cuidados de enfermagem, o Regulamento nº 140/2019 veio definir o enfermeiro especialista como um profissional a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados. Embora existam várias especialidades nas quais os enfermeiros se podem diferenciar, no regulamento acima mencionado estão plasmadas as competências transversais a todas elas, que se subdividem em quatro domínios:

- Responsabilidade profissional, ética e legal: desenvolver uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais;
- Melhoria contínua da qualidade: garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; garantir um ambiente terapêutico e seguro;
- Gestão dos cuidados: gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; adaptar a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais: desenvolver o autoconhecimento e a assertividade; basear a sua praxis clínica especializada em evidência científica.

### **1.2.1 Responsabilidade profissional, ética e legal**

A Deontologia desempenha um papel crucial no contexto profissional dos enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2015), sendo um valioso instrumento que fundamenta e guia as ações diárias. Além disso, a referência à ética está intrinsecamente ligada ao comportamento humano, ressaltando a importância de agir em conformidade com princípios éticos e morais.

A Enfermagem é uma profissão que se confronta diariamente com situações complexas, exigindo uma tomada de decisão fundamentada. Do enfermeiro especialista, que se pressupõe detentor de um conjunto de competências aprofundadas, é esperado que construa estratégias de resolução de problemas em parceria com os intervenientes, suportando a tomada de decisão em normas deontológicas, liderando e avaliando esse processo através da recolha de contributos, que possibilitem uma decisão fundamentada, uma reflexão sobre o processo e o aferimento dos seus resultados (Regulamento nº140/2019).

Em todos os estágios, procurei sempre suportar a minha tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência, promovendo a minha prática de acordo com a deontologia profissional e garantido o respeito pela pessoa, adotando continuamente uma postura preventiva relativamente aos cuidados a prestar.

As minhas ações foram sempre pautadas pelos princípios bioéticos fundamentais, nomeadamente a promoção do bem-estar (Beneficência), a prevenção de danos (Não-maleficência), a justa distribuição de recursos (Justiça distributiva) e o respeito pela autonomia individual (Autonomia) (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Desta forma, garanti que a pessoa compreendesse todas as informações necessárias para exercer a sua autodeterminação e tomar decisões informadas, com a máxima segurança para todos os envolvidos. Adicionalmente, empenhei-me em envolver ativamente a pessoa/cuidador no processo de tomada de decisão relativo aos cuidados necessários.

A segurança do doente foi uma preocupação constante ao longo de todos os estágios, tendo dedicado um esforço contínuo na identificação meticulosa de potenciais fatores de risco e na implementação de medidas efetivas para assegurar a máxima segurança e bem-estar do doente.

No contexto particular da cirurgia de ambulatório, há uma convergência de múltiplos fatores que aumentam a probabilidade de ocorrência de eventos adversos. A constante rotatividade de doentes, a natureza peculiar dos procedimentos realizados e a

complexidade do ambiente e dos recursos disponíveis são fatores que contribuem para esse cenário. Considerando tais circunstâncias, tornou-se essencial a adoção de uma abordagem proativa, com o intuito de identificar de maneira minuciosa as práticas de risco e implementar, de forma sistemática, medidas preventivas sempre que necessário.

O acolhimento da pessoa submetida a cirurgia, é realizado num espaço onde se encontram outras pessoas, que serão igualmente intervencionadas nas diferentes especialidades existentes.

Com o intuito de garantir a segurança do doente, adotei uma abordagem cuidadosa na verificação de sua identidade. Isso envolveu a confirmação oral do seu nome completo, do uso de pulseira identificadora, bem como da data de nascimento. Além disso, assegurei o cumprimento adequado do jejum, a ausência de próteses e adornos, e a inexistência de alergias conhecidas.

Estes aspetos assume um papel fundamental na proteção e segurança do doente, uma vez que, são inúmeros os eventos adversos que poderão advir caso os mesmos não sejam confirmados. Por exemplo, o risco de aspiração devido a um jejum inadequado antes de um procedimento cirúrgico, o risco de queimaduras devido à presença de próteses e adornos, e ainda o risco de administração de medicamentos aos quais a pessoa pode ter hipersensibilidade ou alergia.

No decorrer dos diferentes estágios, tive oportunidade de participar nos processos de tomada de decisão ética, especialmente na otimização de procedimentos e atitudes éticas para com os utentes e equipa multiprofissional. Neste último estágio, a garantia do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o consentimento informado livre e esclarecido em contexto pré-operatório, foi uma dessas oportunidades.

Constatei com alguma frequência a inexistência de consentimento assinado, e ainda em alguns casos a ausência de um consentimento esclarecido. Importa referir que, nem sempre o consentimento assinado subentende a existência de consentimento livre e esclarecido. O conceito de consentimento informado é composto por dois componentes fundamentais: compreensão e livre consentimento. *“Conjuntamente, estes dois conceitos, quando assumidos pelo doente, são a garantia de que qualquer decisão assenta nos pressupostos de auto-responsabilização e liberdade de escolha.”* (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.3).

A Convenção sobre os Direitos do Homem e a Biomedicina quanto ao consentimento, no seu artigo 5º estabelece como regra geral que *“qualquer intervenção no domínio da*

*saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido. Esta pessoa deve receber previamente a informação adequada quanto ao objetivo e à natureza da intervenção, bem como, às suas consequências e riscos”* (Resolução da Assembleia da república N° 1/2001, p.27).

A minha intervenção em colaboração com a equipa de enfermagem revelou-se mais eficaz em certos campos de estágio em comparação com outros. No entanto, ao enfatizar a importância de esclarecer o doente como um direito fundamental, essa abordagem foi efetivamente alcançada através de uma comunicação eficaz e contínua com os demais profissionais de saúde. O objetivo era garantir a plena compreensão e envolvimento do doente em relação aos cuidados que lhe são prestados.

As ações de intervenção do enfermeiro, devem ter em conta o direito do doente a ser tratado com dignidade, valorizando a sua perceção de doença estando este direito consagrado na Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes (Entidade Reguladora da Saúde, 2021).

Na UCA, a Carta dos Direitos e Deveres dos Utentes é enviada via e-mail, possibilitando que os utentes a conheçam e leiam antecipadamente. No dia da cirurgia, durante o acolhimento da pessoa, é validado o conhecimento, e o consentimento em relação às normas de funcionamento da unidade, da equipa cirúrgica, bem como dos seus direitos e deveres. A existência de uma checklist no momento de admissão do utente facilita os registos e a sistematização das informações recolhidas, contribuindo assim para garantir que nenhum item importante seja esquecido.

Ao longo dos vários momentos de transferência da pessoa, tanto do acolhimento para a sala operatória como da sala para a UCPA, sempre assegurei a confidencialidade e segurança da informação escrita e oral, respeitando o direito do utente à privacidade. Realizei a documentação dos cuidados e a transmissão da informação relevante de forma sistematizada, seguindo a mnemónica ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, Recommendation), que é vigente na unidade e é preconizada pela norma 001/2017 da DGS, datada de 8 de fevereiro de 2017.

A salvaguarda da privacidade individual assume um papel preponderante nos diversos âmbitos da existência de cada indivíduo, alcançando uma magnitude ainda maior nos momentos de fragilidade e vulnerabilidade, como é o caso dos doentes que passam pelo Serviço de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva e, igualmente, na UCA. Os profissionais, por sua vez, devem estar permanentemente vigilantes quanto ao impacto que as suas condutas podem exercer sobre a pessoa em questão.

De forma a garantir a privacidade do doente, foi sempre alvo da minha preocupação, a minimização da exposição do corpo do doente, durante a sua permanência em qualquer um dos serviços acima mencionados. Essa preocupação foi amplamente compartilhada por todos os profissionais envolvidos, e, na minha opinião, alcançou maior sucesso na UCA, onde a esmagadora maioria dos profissionais estava genuinamente comprometida com esse especto.

### **1.2.2 Melhoria contínua da qualidade**

De acordo com o documento "Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem" divulgado pela Ordem dos Enfermeiros em 2011, a enfermagem concentra-se na relação interpessoal e na produção baseada em evidências. Esses padrões visam melhorar continuamente o exercício profissional, promovendo a satisfação do cliente, a saúde, a prevenção de complicações, o autocuidado, a readaptação funcional e a organização dos cuidados de enfermagem. Adicionalmente, foram estabelecidos os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com o propósito de orientar o exercício profissional e fornecer um referencial para a prática especializada (Ordem dos Enfermeiros, 2017).

A excelência dos cuidados é vinculada à segurança, que por sua vez emerge como produto da dedicação, comprometimento e empenho coletivo. A UCA apresenta um notável plano de formação em pleno desenvolvimento, juntamente com a implementação de projetos direcionados para a melhoria contínua da qualidade. O objetivo principal dessas iniciativas é a redução de erros durante a prestação de cuidados, bem como a busca incessante pela excelência dos mesmos.

Compreendendo a interligação entre qualidade e segurança dos cuidados, surgiu a necessidade de estabelecer as Comissões da Qualidade e Segurança através do Despacho nº 3635/2013. Essas comissões asseguram o cumprimento das recomendações, orientações e normas técnicas emitidas pela DGS, visando a melhoria contínua da qualidade. As diretrizes são disseminadas de forma constante e permanente entre todos os profissionais na sua prática clínica diária, desempenhando o papel de reunir, de maneira metódica e contínua, informações sobre a implementação da Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde na instituição que representam (Despacho nº 3635/2013).

Em qualquer contexto económico-financeiro, é imperativo aprimorar a eficiência e eficácia dos cuidados de saúde, uma vez que tais pilares constituem a essência da

qualidade no setor. A qualidade, por sua vez, assume um papel crucial na garantia da sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde. É importante salientar que a abordagem da segurança em saúde compreende, de forma imprescindível, a valorização da qualidade na interação e comunicação entre os profissionais envolvidos no cuidar (Barcellos, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) concebeu uma lista de verificação de segurança cirúrgica, com o objetivo primordial de fortalecer as práticas seguras e fomentar uma comunicação e colaboração ainda mais eficientes entre os profissionais da área da saúde. A mesma já foi implementada em mais de quatro mil hospitais de todo o mundo, visando aperfeiçoar de forma distinta a segurança nos procedimentos cirúrgicos, resultando numa redução significativa de mortes e complicações (Putnam et al. 2014) e sendo considerada um indicador de qualidade nos cuidados ao doente (Bergs et al., 2014).

Em Junho de 2013, a DGS atualizou a circular normativa que determina a implementação do programa denominado “Cirurgia Segura Salva Vidas”, estabelecido pela OMS, em todos os blocos operatórios do sistema nacional de saúde português. No entanto, a adesão ao preenchimento da LVSC continua a representar um desafio, tanto para os profissionais quanto para as organizações, existindo lacunas no seu preenchimento (Papadakis, et al. 2019). Apesar da LVSC ser amplamente reconhecida como uma ferramenta de segurança nos cuidados, a evidência indica que ainda não se tem dado a devida atenção à estratégia de implementação da lista, requerendo esforços para aumentar sua correta implementação (Pugel et al., 2015; Weiser & Haynes, 2018).

Na UCA, frequentemente enfrenta-se o desafio do preenchimento da LVSC devido à falta de colaboração da restante equipa multidisciplinar. Ao contrário da realidade do BO, onde exerce funções, onde a responsabilidade do preenchimento é atribuída aos médicos anestesistas, na UCA essa responsabilidade recai sobre o enfermeiro circulante. Infelizmente, na maioria das vezes, observei a ausência de partilha de experiências e informações necessárias para o correto preenchimento da lista.

De acordo com Busemann, et al. (2012), para obter sucesso no preenchimento da LVSC é necessário que a segurança seja vista como uma prioridade organizacional, de forma a serem criadas condições para a efetiva implementação deste instrumento de gestão de risco. É crucial que a totalidade da equipa cirúrgica encare a LVSC como um meio agregador de dez objetivos básicos, através do qual é possível validar, um conjunto sequencial de atividades, assegurando cuidados seguros perioperatórios sistemáticos.

O preenchimento adequado da LVSC desempenha um papel fundamental na comunicação entre os profissionais e contribui positivamente para o sucesso cirúrgico e qualidade dos cuidados. No entanto, quando a LVSC é utilizada incorretamente, além de não beneficiar o doente, pode causar danos devido à falsa sensação de segurança que pode criar, além de interferir negativamente na dinâmica da equipa (Nagpal, et al., 2010).

Nesse contexto, é fundamental ressaltar o quão importante é realizar o *Briefing* e o *Debriefing* na área da segurança cirúrgica, podendo esses momentos ser incorporados durante o *Time In* e o *Time Out*. Embora sejam extremamente relevantes, o *Briefing* e o *Debriefing* ainda não são comumente praticados na UCA. Com o objetivo de abordar a temática, foram elaborados um plano de sessão formativa e um póster (Apêndice II) com os seguintes objetivos:

- Mostrar através da evidencia científica as vantagens da realização do *Briefing* e *Debriefing* em contexto de cirurgia de ambulatório na minimização de eventos de adversos;
- Debater conteúdos da checklist e possíveis estratégias de implementação do *Briefing* e *Debriefing*;

A introdução dos itens da checklist recomendada pela Association of periOperative Registered Nurses (AORN), com o objetivo de sistematizar e orientar a realização do *Briefing* e do *Debriefing*, tem o potencial de contribuir significativamente para a melhoria dos cuidados prestados e prevenção de eventos adversos.

Estou atualmente envolvida, em coautoria, no desenvolvimento do projeto intitulado "Prevenção de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico" como parte dos esforços contínuos na melhoria da qualidade dos cuidados no BO onde exerço funções. Esse projeto encontra-se em andamento e foi submetido no âmbito da celebração do Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório 2023 - EPND, com o lema "Aprender, Liderar, Inspirar", promovido pela AESOP com o intuito de contribuir para a melhoria das práticas de segurança centradas no doente com ganhos em saúde (Anexo I).

Além do objetivo acima referido, gostaria de salientar que o início deste projeto teve também como propósito, a justificação da aquisição de material para posicionamento e a implementação da Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO) durante o período intraoperatório. Foi realizada previamente uma ação de formação à equipa referente ao tema com os seguintes objetivos:



- Consolidar conhecimentos sobre o posicionamento cirúrgico
- Refletir sobre as práticas do serviço
- Partilhar experiências e dificuldades sentidas no exercício profissional
- Capacitar a equipa para a tomada de decisão.

Posteriormente, convidou-se a enfermeira responsável pela tradução e validação da escala para a população portuguesa, que esteve na nossa instituição com o intuito de partilhar informações sobre a forma de operacionalização e aplicação da escala no seu contexto. Os próximos passos do projeto, que está a decorrer, consistem na formação e capacitação da equipa para iniciar a aplicação da escala e elaborar um protocolo de atuação.

Tendo por base a elaboração deste projeto no meu contexto de trabalho e analisando a realidade na cirurgia de ambulatório, onde não é aplicada a ELPO, elaborei um poster (Apêndice III), de forma a fomentar e estimular a reflexão da equipa da cirurgia de ambulatório, relativamente à importância de um correto posicionamento na prevenção de lesões. Dados os múltiplos programas de formação que estão a decorrer no serviço, não foi considerado prioritário o desenvolvimento desta temática no momento.

No presente contexto, a curta duração da cirurgia muitas vezes leva a subestimar o impacto do posicionamento cirúrgico. No entanto, evidências científicas revelam que, mesmo em procedimentos cirúrgicos de curta duração, as lesões resultantes do posicionamento são uma realidade incontestável. De acordo com Lopes et al. (2016), vários fatores extrínsecos, além da duração da cirurgia, contribuem para a predisposição dessas lesões, e o tipo de decúbito é um dos principais influenciadores.

O posicionamento é uma atividade multidisciplinar fundamental para a segurança intraoperatória do doente, estando associado a riscos como lesões nervosas, vasculares e cutâneas, cujas consequências podem influenciar o equilíbrio hemodinâmico e ventilatório (AESOP, 2012). Tendo isso em consideração, sempre atribuí grande importância ao posicionamento do doente, procurando conscientizar a equipa cirúrgica sobre a utilização adequada dos materiais existentes para prevenir complicações e melhorar a qualidade dos cuidados. Na minha opinião, o papel do enfermeiro especialista neste processo, no qual toda a equipa deve participar, é fundamental para alertar sobre as limitações do doente e as suas implicações na segurança e conforto durante o posicionamento, garantindo assim as exigências do procedimento cirúrgico e preservando a integridade física. O posicionamento cirúrgico é, portanto, um ato complexo, pois para além de proporcionar o referido anteriormente,

não pode negligenciar a dependência e a diminuição da vigilância do indivíduo. A UCA está equipada com vários dispositivos que permitem um correto posicionamento do doente nos vários decúbitos, sendo os colchões de viscoelástico, que, de acordo com estudos recentes, são os que melhor previnem a ocorrência de lesões.

Para a aquisição de competências decorrentes da concretização deste domínio, efetuei também uma ação de formação de Gestão de Risco em Saúde: A Segurança do Cliente - 8ª edição da Ordem dos enfermeiros que decorreu de 3 a 25 de Maio do presente ano, bem como várias ações de formação em várias áreas nomeadamente, “Segurança do medicamento em contexto perioperatório”, “Segurança Hospitalar/ Segurança contra incêndios”, “VATS – perspetiva do enfermeiro perioperatório” (Anexo II).

### **1.2.3 Gestão dos cuidados**

O domínio da Gestão dos Cuidados perspetiva que o enfermeiro especialista desenvolva competências para gerir cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da equipa de pares e no seio da equipa multidisciplinar, tendo em consideração a procura dos mais altos níveis de qualidade de cuidados (Regulamento nº140/ 2019).

A capacidade do profissional de enfermagem para planear, coordenar e desenvolver intervenções decorrentes da especialização tem uma interferência direta na melhoria da qualidade dos cuidados, especialmente em ambientes complexos.

Ao longo da minha trajetória nos serviços de urgência e medicina intensiva, tive várias oportunidades de acompanhar o enfermeiro coordenador de turno e colaborar nas suas atividades. Em ambos os serviços, o coordenador desempenha funções cruciais, que incluem o controlo de substâncias estupefacientes, a avaliação contínua da operacionalidade dos equipamentos e a gestão dos recursos humanos e materiais disponíveis. Esse elemento assume um papel fundamental durante todos os turnos e é selecionado pelas chefias com base em critérios como especialização, tempo de experiência no serviço e demonstração de perfil e competências adequadas, como capacidade de liderança.

Como mencionado anteriormente, na UCA a organização do serviço é assegurada pela enfermeira gestora através de um plano semanal, no qual a equipa é distribuída pelas diferentes áreas do serviço e salas operatórias. Os elementos da equipa são designados para funções específicas, visando otimizar as dinâmicas nas áreas onde existem novos

equipamentos e a complexidade e variedade de material cirúrgico e procedimentos, aumentam continuamente.

Neste contexto específico, o cuidado à pessoa em situação perioperatória desenvolveu-se de forma natural, através da familiarização com o local de estágio, o modo de funcionamento e desenvolvimento/aquisição de conhecimentos teórico-práticos, levando, assim, à otimização dos cuidados prestados em ambiente cirúrgico.

A concretização desta competência traduziu-se na gestão eficaz dos recursos materiais, na colaboração com os enfermeiros de outras valências da unidade e na participação ativa na tomada de decisões, apresentando sugestões eficazes para resolver as problemáticas que foram surgindo.

Além disso, o estabelecimento de prioridades e métodos de atuação, com base na evidência científica mais recente, foi sempre considerado na tomada de decisão, tendo em vista o bem-estar da pessoa.

Assim, a minha integração no contexto perioperatório permitiu uma atuação fluída e coerente, baseada no conhecimento adquirido, na gestão eficiente dos recursos e na constante busca pela melhoria dos cuidados prestados.

A UCA dispõe de um sistema de armazém avançado para material esterilizado e não esterilizado e de um sistema de armazenamento de medicação *Pyxis*. Diferentemente dos outros locais de estágio pelos quais passei, como o serviço de urgência e o serviço de medicina intensiva, a UCA destaca-se por possuir esses armazéns avançados. É evidente a vantagem de contar com um modelo de gestão eficiente e funcional, que garanta a disponibilidade constante dos recursos materiais e farmacológicos necessários, ao mesmo tempo prevenindo o consumo indiscriminado ou o termo dos prazos de validade devido a um excesso de quantidades, especialmente em serviços que requerem grande quantidade de recursos materiais para fornecer cuidados adequados. A existência de um armazém avançado, faz com que a reposição, verificação de validades e inventários seja da responsabilidade do armazém geral do Hospital. O referido armazém está equipado com o sistema SGICM (Sistema de Gestão Integrado do Circuito do Medicamento), que permite uma gestão de recursos mais eficaz (controlo de gastos e a sua reposição). Este armazém é repostado por níveis, duas vezes por semana, acontecendo o mesmo com o armazém da farmácia.

A sala de armazenamento de medicamentos é constituída por prateleiras e gavetas que estão devidamente identificadas com o nome do medicamento e organizados tendo em atenção a norma 14-2015 da DGS:

- Sinalização de medicamentos de alto risco ou de alerta máximo;
- Sinalização de medicamentos LASA;
- Utilização do método de inserção de letras maiúsculas (Tall Man Lettering).

#### **1.2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais**

No âmbito do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, o enfermeiro especialista deve conduzir a sua intervenção desenvolvendo o autoconhecimento e assertividade, bem como uma prática clínica baseada em evidência científica (Regulamento nº 140/2019).

Na área de enfermagem a aprendizagem poderá ser o resultado da simbiose entre o profissional, o meio e o seu investimento. Esta assume-se como um desafio constante para os profissionais, que perante os conhecimentos adquiridos deverão estar em constante adaptação, renovação e enriquecimento.

O desenvolvimento do autoconhecimento e assertividade é uma competência na qual se espera que o enfermeiro especialista desenvolva uma maior noção de si mesmo como pessoa, mas também como enfermeiro. Younas, et al., (2019), referem que o autoconhecimento envolve a análise objetiva de crenças, atitudes, pontos fortes e limitações pessoais, mas abarca igualmente o reconhecimento de capacidades para a tomada de decisão em resposta a várias situações sociais e profissionais.

A assertividade é uma competência emocional essencial, uma vez que esta facilita a expressão de ideias e a defesa de interesses, sem violar o direito do outro (Rosa & Oliveira, 2012). Na minha opinião, essa virtude reveste-se de um papel primordial na sustentação de relações saudáveis e equitativas no seio de uma equipa, promovendo o estabelecimento de confiança e respeito mútuos, bem como permitindo a fluidez de ideias. Ao longo das distintas etapas de estágio, gradualmente materializei o meu potencial, tanto no que concerne às relações interpessoais como no domínio da gestão de emoções e sentimentos em contextos de pressão, visando sempre conferir os melhores cuidados à pessoa.

Com base nas minhas experiências nos diferentes estágios, posso afirmar que o serviço de urgência foi aquele que me permitiu trabalhar de forma mais intensa o

desenvolvimento da priorização de intervenções perante pessoas em estado crítico. No que diz respeito à minha experiência no serviço de medicina intensiva, considero que o facto de ter trabalhado neste contexto no início da minha carreira profissional me permitiu mobilizar conhecimentos, realizar comparações e refletir sobre a evolução dos cuidados.

Na apreciação que fazem da abordagem reflexiva dos conceitos de Donald Schön, Dorigon & Romanowski (2012), referem que é após a observação da prática que surge a reflexão conjunta sobre a mesma, permitindo que este período reflexivo seja uma oportunidade para a troca de conhecimento e experiências entre os profissionais.

A consulta dos protocolos e normas em vigor nos serviços mencionados foi sempre uma preocupação minha, com o intuito de analisar e refletir se estas estavam em conformidade com a evidência científica mais recente. Além disso, ao consultar esses documentos, foi-me possível contextualizar e fundamentar as intervenções realizadas com base nos mesmos. Estes conhecimentos constituíram assim uma parte integrante do meu percurso, com a certeza de que facilitarão significativamente o processo de aprendizagem.

Também ainda no contexto desta competência, destaca-se a realização de uma *scoping review* relativa aos fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da lista de verificação da segurança cirúrgica, que será apresentada na segunda parte deste relatório, como já foi referido anteriormente. Através do percurso metodológico científico inerente à produção de uma *scoping review*, e com o objetivo de posteriormente publicar o artigo desenvolvido, foi possível participar na produção e disseminação de investigação em enfermagem, contribuindo para o desenvolvimento de uma prática especializada.

### 1.3 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Concomitantemente com o regulamento nº 140/2019, que define as competências comuns do enfermeiro especialista, o regulamento nº 429/2018 define o perfil de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. De acordo com este regulamento, é expectável que o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica implemente e avalie, tendo como alicerce a mais recente evidência, um conjunto de intervenções direcionadas para resultados sensíveis

aos cuidados de enfermagem, contribuindo para uma detecção precoce, manutenção e recuperação face a contextos que exigem meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica de forma a prevenir complicações e eventos adversos, bem como na promoção da saúde e na prevenção da doença.

### **1.3.1 Cuida da pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica**

O cuidar da pessoa em contexto de bloco operatório, principalmente no período intraoperatório, compreende vários momentos. Seguidamente de uma maneira sucinta, evidenciarei de que forma dei resposta ao cumprimento desta competência, destacando as minhas intervenções durante todos este circuito:

- Confirmei sempre a identificação da pessoa através do nome completo, pulseira data de nascimento e número do processo clínico;
- Estabeleci comunicação verbal e não-verbal, esclarecendo dúvidas, receios e transmitindo segurança;
- Assegurei o conforto, a privacidade e o posicionamento da pessoa, através do uso de dispositivos existentes;
- Identifiquei alterações do estado de consciência e percepção da dor, comunicando com a equipa médica de forma a atuar prontamente;
- Reconheci alterações hemodinâmicas de forma a minimizar possíveis consequências resultante das mesmas;
- Preservei a segurança da pessoa e a prevenção da infeção (Ex: confirmação da integridade/esterilidade dos materiais, colocação da placa neutra (quando utilizado bisturi elétrico monopolar, etc.)).

O enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica possui o dever acrescido, de estabelecer com a pessoa/cuidador, uma relação equilibrada entre o fator humano e a componente técnica, pois é através dessa mesma relação que se desencadeiam as diferentes possibilidades de ação. Atendendo ao descrito, mobilizei as competências que detenho no domínio da comunicação, de modo a adequar a mesma à pessoa/cuidador alvo dos meus cuidados.

Em cirurgia de ambulatório, são vários os momentos nos quais há troca de informação, quer entre os profissionais, quer entre o profissional e a pessoa submetida à cirurgia, ou ainda entre o profissional e o familiar/cuidador. Assim sendo, a transmissão de informação necessária nas diferentes fases deve ser organizada e rigorosa. Nos

momentos de transmissão de informação, utilizei sempre a mnemónica ISBAR, com o objetivo de minimizar erros e omissões, promovendo o aumento da segurança da pessoa.

A comunicação assume-se como um pilar da segurança do utente, na medida em que os cuidados de saúde em muito se baseiam numa comunicação eficaz entre os vários intervenientes. A norma 01/2017 da DGS, para além de alertar para a importância da segurança na comunicação destaca a utilização da mnemónica ISBAR. A mnemónica ISBAR funciona como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde, promovendo o pensamento crítico diminuindo o tempo de transferência da informação e promovendo a rápida integração de novos profissionais (DGS, 2017). Esta metodologia de transmissão de informação já se encontra instituída na UCA, sendo utilizada pela maior parte dos profissionais.

No intuito de assegurar a clareza e compreensão da informação em todas as etapas do processo, procurei ativamente estimular a pessoa/cuidador a manifestar suas inquietações e preocupações, validando, assim, a apreensão da informação. A fim de eliminar quaisquer incertezas, empreendi esforços para garantir que não restassem dúvidas ou questões, em todas e quaisquer fases do mencionado processo.

As intervenções planeadas e implementadas na UCA foram sempre baseadas em conhecimentos teórico-práticos, antecipando sempre que possível as necessidades do doente e da equipa, e sendo detentora do maior número de informações relevantes sobre a pessoa, o tipo de cirurgia, as preferências da equipa, os materiais necessários e a forma de obtê-los, bem como o cumprimento das normas de assepsia em bloco operatório.

A pessoa que irá ser submetida a uma intervenção cirúrgica, encontra-se numa situação de dependência e vulnerabilidade, pelo que a proteção, garantia e promoção dos seus direitos devem ser uma preocupação por parte do enfermeiro. Sabemos que a entrada numa sala operatória é, por si só, uma experiência geradora de ansiedade.

A AESOP (2012) destaca a importância de estabelecer uma relação entre o enfermeiro e o doente, a fim de proporcionar esclarecimento e apoio durante a experiência do cirúrgica, com o intuito de minimizar a ansiedade. Essa relação de apoio e esclarecimento faz parte de uma abordagem de cuidados centrados no doente.

Ao longo deste percurso, reconheci a importância de recorrer a uma Teoria de Enfermagem que orientasse o meu pensamento e a minha prática. Nesse sentido, a

Teoria das Transições desenvolvida por Afaf Meleis foi adotada como um fio condutor e uma referência para orientar o pensamento

A Teoria das Transição, desenvolvida pela autora supracitada, enfatiza a importância do enfermeiro nas diferentes fases do ciclo de vida identificando, quanto à sua natureza, quatro tipos: de desenvolvimento, de situação, de saúde/doença, ou de organização (Costa, 2016).

Assim, o objetivo da intervenção do enfermeiro nas diferentes fases do ciclo de vida passa pela implementação de intervenções facilitadoras da vivência da transição, com vista a proporcionar estabilidade e uma adaptação bem conseguida. A preparação e conhecimentos prévios sobre o que esperar durante a transição e as habilidades a usar na gestão da situação, ajudam na experiência de transição, enquanto que o contrário prejudica todo este processo. A minha intervenção focou-se, na adaptação aos processos de transição e na promoção de estratégias de autorregulação.

O Regulamento nº 429/2018 refere que o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica tem um papel acrescido no êxito da adaptação ao processo saúde/doença da pessoa, através da realização de planos de intervenção. Estes devem compreender estratégias adaptadas aos intervenientes, de forma a realçar o potencial da pessoa e cuidadores, nomeadamente por meio de uma hierarquização de intervenções especializadas na prevenção de complicações. A implementação do plano de intervenções definido constitui outra das competências do enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica, capacitando os intervenientes, fundamentando e documentando toda sua intervenção com base na evidência mais recente.

Na UCA, o período pós-operatório não termina na UCPA, estende-se até à recuperação no domicílio. Vieira et al. (2017) referem que num serviço de cirurgia ambulatória, o período pós-operatório pode ser dividido em duas fases: a primeira é a fase de recuperação anestésica, designada por recobro imediato, e a segunda é a readaptação ao ambiente, na qual a pessoa é encorajada a sentar-se, levantar-se, urinar e caminhar. Após essas duas fases a pessoa terá alta para o domicílio, respeitando um conjunto de critérios definidos, na procura da segurança e bem-estar da pessoa que vai deixar de estar sob vigilância por parte dos profissionais de saúde, mas que deve continuar a sentir-se acompanhada.

Para esse acompanhamento, são realizados nesta unidade telefonemas nas vinte e quatro horas e nos trinta dias, seguintes à cirurgia. Adicionalmente, é disponibilizado um contacto telefónico de urgência e é ainda possível solicitar a articulação com o serviço



domiciliário, desde que a pessoa resida na área de abrangência do mesmo, através de um formulário próprio da instituição.

A cirurgia de ambulatório, ao invés do bloco central onde exerço funções, permite o acompanhamento do doente nas diferentes fases do processo cirúrgico até ao momento da alta. O facto de o enfermeiro cuidar da pessoa nessas diferentes fases, possibilita a aquisição de conhecimentos e desenvolvimento de competências, quer na preparação da alta quer na capacitação da pessoa/cuidador, tornando-se uma mais valia.

Considero o processo de alta como o mais desafiante, uma vez que é nesta fase que o enfermeiro precisa mobilizar todas as suas competências, para promover a adesão ao processo terapêutico por parte da pessoa/cuidador. Com base no exposto anteriormente, procurei intervir de forma compreensiva e humanizada, estabelecendo uma relação empática e de auxílio, demonstrando interesse pela pessoa e pelo seu modo de vida, esclarecendo dúvidas, desmitificando medos e capacitando a pessoa/cuidador para a continuidade de cuidados.

A presença do prestador de cuidados que irá acompanhar o doente em casa durante esta fase de alta é essencial, uma vez que permite reforçar as informações relativas aos cuidados no pós-operatório, que já foram anteriormente fornecidas de forma sucinta à pessoa na UCPA. A existência de um contacto telefónico disponível vinte e quatro horas por dia, de segunda a sexta-feira, para qualquer dúvida ou emergência que possa surgir, proporciona uma grande tranquilidade à pessoa/cuidador, revelando-se uma mais-valia na redução da ansiedade no momento da alta. A unidade dispõe ainda de folhetos que são entregues neste momento referentes a cada tipo de cirurgia, onde constam além dos cuidados que a pessoa intervencionada deverá ter após a intervenção cirúrgica, o que poderá sentir, as adaptações que deverá fazer e os sinais de alarme.

De acordo com Ribeiro (2014) referindo-se a Martin *et al.* (2010), os profissionais de saúde devem utilizar estratégias que possam ajudar os utentes/acompanhantes a recordarem-se das informações prestadas, tais como:

- Falar pausadamente e não fornecer demasiada informação;
- Utilizar linguagem que a pessoa e cuidador compreendam;
- Certificar-se que o estão a compreender;
- Conhecer o nível de conhecimentos em saúde da pessoa e transmitir informações de forma adequada;

- Proporcionar conforto e segurança aos utentes de forma a aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade de compreender e recordar as informações fornecidas;

Assim, dediquei-me com empenho ao cumprimento de todas essas recomendações, visando alcançar o máximo de sucesso nas minhas intervenções.

Por último, mas não menos importante, é imprescindível realizar uma avaliação dos resultados das intervenções planeadas, envolvendo novamente todos os intervenientes neste processo, bem como monitorizar e documentar a sua eficácia e a evolução obtida, reajustando o plano de intervenção sempre que necessário (Regulamento nº 429/2018).

Neste sentido, os telefonemas efetuados após vinte e quatro horas e trinta dias do momento da alta desempenham um papel fundamental neste processo avaliativo. Através desses telefonemas, foi possível avaliar a situação de saúde da pessoa, garantindo a continuidade dos cuidados, identificando possíveis complicações e registando essa informação no processo. Na minha perspetiva, o enfermeiro especialista tem a responsabilidade acrescida de assegurar a realização desses telefonemas, pois para além do reforço dos ensinamentos, esclarecimento de dúvidas e avaliação da eficácia dos protocolos de analgesia pós-operatória, é efetuada a avaliação do grau de satisfação do utente, sendo este um indicador importante na avaliação da qualidade dos cuidados prestados.

A informação obtida nos telefonemas é registada em suporte informático próprio e incluído no processo do utente. São retirados 10% dos processos clínicos dos utentes operados aleatoriamente para realizar o telefonema dos trinta dias, para avaliar o seu grau de satisfação.

### **1.3.2 Otimiza o ambiente e os processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crónica**

No cuidado à pessoa e família/cuidador a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crónica, o enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica assegura condições de segurança com gestão do risco e ambiente favorável à prestação de cuidados, adequando a resposta e salvaguardando a segurança dos intervenientes (Regulamento n.º 429/2018).

A gestão dos aspetos ambientais desempenha um papel crucial na prevenção de eventos adversos. Nesse sentido, é responsabilidade do enfermeiro especialista atuar como gestor de risco, monitorizando cuidadosamente os fatores que podem desencadear esses eventos e colaborando ativamente no desenvolvimento de planos de controlo e emergência na instituição. Estes planos de controlo devem basear-se em programas estabelecidos por entidades competentes e, posteriormente, ser apresentados à equipa através de simulações, de acordo com o Regulamento n.º 429/2018.

A segurança do doente é uma componente crítica da área dos cuidados, motivo pelo qual as organizações de saúde reconhecem cada vez mais a importância de estabelecer uma cultura de segurança. De acordo com o Ministério da Saúde, “as consequências nefastas resultantes de incidentes ocorridos na prestação de cuidados de saúde têm repercussão humana, física e emocional nos doentes e nas suas famílias, mas também têm repercussões estratégicas na reputação do Sistema Nacional de Saúde e na sua economia” (DR, 2015, pág. 3882).

O objetivo da gestão de riscos associados à prestação de cuidados em saúde é garantir a maior segurança possível dos utentes, profissionais e utilizadores dos serviços de saúde, de forma a prevenir incidentes, que poderão ser graves e muitas vezes evitáveis. A segurança é um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde, sendo da responsabilidade de cada organização criar e implementar planos e estratégias que visem a gestão do risco e promovam uma prestação de cuidados seguros.

O contributo dos enfermeiros na identificação, avaliação e controlo dos riscos em saúde é essencial, na medida em que as suas funções se revestem de um carácter único de proximidade com os doentes e de responsabilidade de gestão direta das unidades de saúde. O ambiente de risco físicos, químicos, biológicos e ambientais a que a pessoa está exposta em contexto perioperatório, evidencia a importância deste papel na segurança e conforto da mesma. A deteção e intervenção atempada de um incidente por parte do enfermeiro influencia positivamente a qualidade dos cuidados, dando resposta às necessidades da pessoa e contribuindo, por sua vez, para os indicadores de saúde que presentemente tanto se investe.

A UCA dispõe de um plano anual de ação de gestão de risco, em que estão identificados os perigos, os riscos inerentes, o prazo em que os mesmos devem ser superados e as respetivas ações que permitiram a sua superação.

Os mecanismos de deteção podem ser parte de um sistema ou resultar de uma postura de maior consciência da situação, que envolve o conhecimento profissional responsável pelo cuidado sobre o risco e a melhor forma de o prevenir (Mendes, 2019).

Em relação à notificação de incidentes, há uma tendência de estigmatizar e punir a falha, equiparando-se à incompetência, inibindo, assim, a notificação e as estratégias de recuperação nas equipas. A padronização e a promoção de um ambiente livre de culpa foram mais bem estabelecidas em alguns dos locais onde estagiei, em comparação com outros. No entanto, a notificação desses incidentes é possível por meio do 'Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - NOTIFICA', conforme estabelecido na norma nº15/2014 da DGS, disponível para todos os profissionais. A análise e comunicação dos incidentes e eventos adversos para a equipa nem sempre são uma realidade, o que dificulta a implementação de medidas e atitudes de melhoria para evitar a ocorrência desses incidentes no futuro.

Um dos fatores que poderá ser desencadeante de erro, evidente em todos os locais de estágio, foi o ruído excessivo durante a prestação dos cuidados. Especificamente na UCA, no momento de admissão da pessoa submetida a cirurgia, este fator desempenha um papel crucial na promoção de um ambiente seguro. Tendo em conta a estrutura física da unidade, em que a admissão e a preparação dos utentes são realizadas numa sala comum existindo apenas um gabinete de enfermagem e devido igualmente à grande rotatividade de utentes, este fator é altamente potenciado. Deste modo, um dos aspetos alvo da minha preocupação foi que a admissão da pessoa fosse efetuada em gabinete próprio para o efeito, de forma a usufruir de um ambiente o mais calmo possível e salvaguardando a privacidade e intimidade da pessoa. Sensibilizei, sempre que possível, todos os trabalhadores para a importância do trabalho em condições acústicas favoráveis de forma a minimizar a probabilidade da ocorrência de eventos adversos. A monitorização de fatores que poderão ser desencadeadores de eventos adversos, bem como a instituição de estratégias de prevenção na gestão de processos terapêuticos complexos, constitui uma das áreas na qual o enfermeiro especialista em médico-cirúrgica deve ter um papel ativo.

O enfermeiro especialista em enfermagem médico cirúrgica deve igualmente, ser detentor de conhecimentos para a gestão da dor aguda e crónica, identificando focos de mal-estar, evidenciando habilidades de resposta aos focos identificados e implementando medidas farmacológicas e não farmacológicas com vista a melhorar o bem-estar da pessoa a vivenciar o processo de doença.

Esta competência assume especial interesse na cirurgia efetuada em regime de ambulatório, uma vez que, enquanto em contexto de internamento a gestão de grande parte do processo terapêutico é efetuada pelo profissional responsável pelos cuidados à pessoa, em regime de ambulatório esta gestão será efetuada maioritariamente pela própria pessoa. De acordo com a Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (2013), o controlo da dor pós-operatória neste âmbito assume-se como um dos aspetos essenciais na consecução de resultados de qualidade. Apesar de todos os avanços farmacológicos e tecnológicos, segundo a mesma fonte a dor permanece como o sintoma pós-operatório mais vezes mencionado.

Como já referido anteriormente, a UCA cumpre o Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro, que prevê a regulamentação da cedência de medicação para o domicílio de utentes submetidos a cirurgia neste regime. A mesma dispõe de protocolos analgésicos em coordenação com a comissão de farmácia da instituição, facultando a medicação aquando do momento da alta.

O êxito do plano para controlo da dor passa em grande parte por uma avaliação adequada da pessoa. Posto isto, tentei sempre que possível, conhecer as suas expectativas relativamente a este assunto, o seu contexto social e a realização de ensinamentos durante todo o processo. A título de exemplo, na consulta pré-operatória, procurei compreender o conhecimento que a mesma detinha sobre a patologia associada, a medicação efetuada no domicílio e as experiências dolorosas anteriores, pretendendo desta forma saber que fármacos analgésicos utilizava habitualmente e a que outras medidas não farmacológicas recorria.

A escala da dor é o instrumento utilizado para avaliação da dor (auto e heteroavaliação), tendo por isso recorrido a esta ferramenta para, no período de recobro, avaliar e registar sempre a dor no campo de registo apropriado, não esquecendo que a dor é o quinto sinal vital, tornando o seu registo obrigatório.

### **1.3.3. Maximiza a intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica**

A tríade ecológica fundamental é descrita por Cândido & Bernardi (2016), como a relação estabelecida entre o hospedeiro, o agente e o ambiente, sendo um determinante crucial para o aparecimento de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). Assim, o enfermeiro especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica deverá assumir um papel de liderança no desenvolvimento de procedimentos para prevenção e controlo de infeções.

O enfermeiro desempenha um papel fundamental na investigação, vigilância epidemiológica, formação para a prevenção e controlo da infeção, bem como na gestão das práticas, especialmente as que se relacionam com a segurança dos cuidados de enfermagem (Martins & Benito, 2016).

Na União Europeia, cada ano, aproximadamente quatro milhões de doentes adquirem IACS (Aholaaikko & Metsala, 2015), representando um peso epidemiológico devido ao aumento da morbilidade e mortalidade associada, peso social e custo económico. Esta situação reflete-se na hospitalização prolongada, diagnósticos adicionais, cirurgias de revisão, acréscimo em terapêutica, entre outros, traduzindo-se num impacto negativo na qualidade dos cuidados (Simons et al., 2014).

Em contexto perioperatório, a prevenção da infeção é definida como um dos pilares da segurança dos cuidados à pessoa em situação perioperatória ou doente cirúrgico. Considerando o elevado risco de infeção associada aos cuidados perioperatórios, compete aos enfermeiros maximizar a segurança tanto da pessoa em situação perioperatória, como da equipa multidisciplinar. Na prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios o enfermeiro promove o ambiente seguro aos intervenientes do processo cirúrgico e a liderança nos processos de prevenção e controlo de infeção nesta área (Regulamento n.º 429/2018).

No processo de prevenção e controlo de infeção, outro dos aspetos essenciais referido pela AESOP (2012), prende-se com a organização dos BO e a existência de áreas e circuitos bem definidos. Cada uma dessas áreas está associada a um nível de assepsia que contém regras de circulação, desinfeção e da qualidade do ar, garantindo o controlo de infeção.

A UCA possui instalações e condições estruturais adequadas, com circuitos bem definidos para a circulação dos doentes e profissionais, além de áreas específicas para

cada tipo de atividades, cumprindo assim o princípio da assepsia progressiva. A área livre é composta por gabinetes, uma sala de reuniões e vestiários, sendo a área menos restrita, sem a presença de pessoas ou objetos que representem alto risco de contaminação. A área semi-restrita, contempla as zonas de suporte periférico às salas operatórias, armazéns, salas de trabalho e corredores de acesso, na qual a indumentária própria assume carácter obrigatório tal como é preconizado. Por último a área restrita, é composta pelas salas operatórias, a sala de desinfeção e a sala de sujos. Nesta área, para além da indumentária própria o uso de máscara assume carácter obrigatório, sempre que se inicie a preparação cirúrgica das mãos e ou a abertura de material estéril.

O cumprimento dessas regras fundamentais de assepsia, torna-se por vezes um desafio para as várias classes profissionais. Assim, zelei sempre pela sua observância, alertando a restante equipa para a importância do cumprimento das regras e normas de paramentação no BO com o intuito de prevenir a ocorrência de infeções.

A consciência cirúrgica representa um conjunto de valores internos que conduzem a uma prática correta por parte do profissional em qualquer momento do seu desempenho (AESOP, 2012). O conhecimento e cumprimento destes circuitos revelam-se de extrema importância. Conforme mencionado pela mesma fonte, essa abordagem implica uma circulação controlada, restrita e com barreiras tanto para o pessoal, como para os utentes e materiais. Nesse sentido, a circulação ocorre das áreas menos limpas para as mais limpas, enquanto a circulação do ar segue o sentido oposto, das áreas mais limpas para as menos limpas (AESOP, 2012).

Na UCA, é realizada anualmente formação sobre controlo de infeção, sendo seguidas auditorias semestrais de acordo com uma grelha própria. Posteriormente, são comunicados à equipa os resultados relativos às taxas de cumprimento dos protocolos de intervenção, identificando áreas que podem ser alvo de melhorias e fornecendo orientações sobre como implementá-las. No que diz respeito às precauções básicas de controlo de infeção na UCA, verificou-se algumas vezes que os contentores de corto perfurantes não são devidamente fechados com o sistema de fecho intermédio, como é preconizado. Além disso, a utilização da técnica assética para prevenção de infeções em dispositivos intravasculares ainda é, por vezes, esquecida. Este assunto já está a ser abordado pelos elos de ligação com o Grupo Controlo Local - Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos, que têm

promovido ações de sensibilização e formação junto dos profissionais sobre esta temática.

Em relação à higienização das mãos, as estruturas existentes para tal (lavatórios) são adequadas e em número suficiente. As soluções alcoólicas também estão disponíveis em quantidade adequada, sendo constantemente repostas e colocadas em locais previamente identificados. A formação sobre higiene das mãos e a sensibilização através de cartazes são práticas adotadas, sendo dada especial atenção aos aspetos que, após auditoria, apresentam níveis mais baixos de cumprimento. A auditoria interna à higienização das mãos é realizada anualmente pelo elo do Unidade de Prevenção e Controlo de Infeção e de Resistência aos Antimicrobianos, sendo elaborado um relatório de auditoria e enviado a toda a equipa através da plataforma informática.

Relativamente aos feixes de intervenção, a administração de profilaxia antibiótica cirúrgica é realizada, sempre que indicado, no prazo de sessenta minutos antes da incisão cirúrgica. A tricotomia é realizada apenas quando estritamente necessária e o mais próximo possível da hora da cirurgia. São mantidas a normotermia e a normoglicemia, havendo evidências do cumprimento desses feixes. Durante o meu estágio, assegurei sempre o registo de todos os valores em folha própria para o efeito.

No que diz respeito à normotermia, a UCA dispõe de mantas de aquecimento de ar quente forçado, que são aplicadas para pré-aquecer os doentes submetidos a anestesia geral e que se prevê que o tempo anestésico seja superior a trinta minutos, conforme as recomendações. A temperatura ambiente das salas operatórias é regularmente verificada e mantida acima de um limite mínimo de 21°C, quando o doente está exposto, de acordo com as diretrizes da Azenha (2017).

O facto de ser uma cirurgia em regime de ambulatório, em que a pessoa vem de casa no próprio dia, faz com que o cumprimento da realização do banho com clorhexidina a 2% na véspera e no dia da cirurgia seja um desafio. Porém, os esforços para atingir o cumprimento deste feixe, têm disso evidentes, estando neste momento a UCA a disponibilizar de forma gratuita o produto às pessoas que se disponham a recolhê-lo.

Na sala operatória devem estar igualmente reunidas todas as condições ambientais e estruturais, para que o controlo de infeção seja mantido e garantido. O manual de recomendações técnicas para o BO da ACSS (2011), refere que as salas operatórias devem estar em sobrepressão comparativamente aos espaços adjacentes, sendo que esses espaços deverão por sua vez, estar em sobrepressão em relação aos restantes locais do bloco.



As salas operatórias da UCA obedecem aos requisitos anteriormente expostos, garantindo assim que o ar da sala flui para o exterior não sendo alvo de contaminação pelo ar proveniente de outros compartimentos e pelo mesmo princípio, as zonas “sujas” estão em subpressão. As salas dispõem ainda de portas automáticas, que apenas são abertas em caso de necessidade, cumprindo o preconizado pelo manual acima referido. Os filtros de ar são dispositivos destinados a garantir a retenção das impurezas sólidas, líquidas ou gasosas contidas no ar atmosférico, que devem estar limpos, sendo de quinze em quinze dias assegurada a sua limpeza, pela gestão da unidade.

Importa referir, que todos estes fatores, tem uma influência direta na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos. De uma maneira geral as bactérias são as principais responsáveis por casos de sépsis. Estes foram uma realidade comum em dois dos locais de estágio, tendo tido a oportunidade de desenvolver competências a este nível, no que se refere ao reconhecimento e atuação precoce.

Conforme mencionado por Wilkinson, B. et al (2019), choque é uma condição aguda caracterizada pela insuficiência circulatória, que resulta numa perfusão inadequada. Geralmente manifesta-se por hipotensão grave, onde a pressão arterial média <65mmHg, juntamente com sinais de hipoperfusão tecidual. O choque séptico, por sua vez, é uma complicação grave da sépsis, que se manifesta por uma resposta sistémica descontrolada a um estímulo inflamatório de origem infecciosa. A sépsis quando não é tratada atempadamente evolui facilmente para choque séptico, tornando-se assim numa emergência médica, que pressupõe um reconhecimento o mais precoce possível, a fim de evitar complicações mais graves ou mesmo fatais. Na Unidades de Cuidados Intensivos a existência deste tipo de casos, verificou-se algumas vezes.

A maioria dos casos que levam ao choque séptico, são causados por bacilos aeróbios Gram Negativos ou cocos Gram Positivos adquiridos em contexto hospitalar. Um quarto dos casos resulta da combinação de diversos microrganismos.

O diagnóstico e uma atuação precoce e eficaz são determinantes para diminuir a morbidade e reduzir a taxa de mortalidade. O rápido reconhecimento e consequente tratamento numa fase inicial terá influência primordial na evolução do quadro clínico. O papel dos vários elementos da equipa multidisciplinar é importante, tanto na prevenção como no reconhecimento e tratamento eficaz da pessoa.

Assim, elaborei um poster sobre esta temática (Apêndice IV), que foi alvo de apresentação na II Convenção Internacional da Ordem dos Enfermeiros, conforme certificado em Anexo (III) tendo ganho o terceiro prémio.

## **Parte 2 – *Scoping Review***



## **Fatores que interferem na adesão ao cumprimento da Lista de Verificação da Segurança Cirúrgica**

### **Resumo**

**Introdução:** A Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) foi desenvolvida pela Organização Mundial de Saúde em 2009, com o propósito de melhorar a segurança dos doentes durante procedimentos cirúrgicos. Apesar dos benefícios descritos na literatura, a dificuldade na adesão ao seu correto preenchimento continua a ser uma realidade.

**Objetivos:** Mapear os fatores que influenciam a adesão da equipa cirúrgica ao cumprimento da LVSC.

**Métodos:** A revisão foi realizada de acordo com o método da *Joanna Briggs Institute (JBI)*. A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL® via EBSCOhost, MEDLINE® via PubMed e pesquisa na literatura cinzenta através do Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Dos 73 artigos inicialmente encontrados, foram incluídos 4 artigos resultantes da pesquisa nas referidas bases de dados, aos quais foi adicionado um artigo do RCAAP, após verificação dos critérios de inclusão.

**Resultados:** Da análise efetuada foi possível inferir que o correto preenchimento da LVSC pode ser influenciado por fatores individuais (insegurança e resistência por parte dos profissionais à mudança nas rotinas estabelecidas e a ausência de autodisciplina), processuais (interrupções no fluxo de informação, ausência de trabalho em equipa e falta de esforço no preenchimento) e contextuais (ruído de fundo, distrações, interrupções e pressão de tempo). De forma a melhorar a adesão ao cumprimento da LVSC, destacam-se as seguintes estratégias: formação contínua, supervisão do desempenho dos membros da equipa cirúrgica no preenchimento da lista e ainda o desenvolvimento de estratégias para incentivar a participação ativa de todos os membros da equipa no preenchimento da lista.

**Conclusão:** A LVSC quando corretamente utilizada ajuda a padronizar e garantir a comunicação efetiva entre os membros da equipa cirúrgica, prevenir erros, identificar riscos potenciais, e conseqüentemente, ao aumento da segurança. Foi revelado que quando mal, ou inadequadamente utilizada, pode afetar negativamente a equipa cirúrgica proporcionando uma falsa sensação de segurança. O preenchimento da LVSC não deve ser efetuado individualmente por meio da observação, mas sim através do diálogo entre as várias classes profissionais de forma a permitir reflexão conjunta e uma segurança efetiva do doente. De forma a melhorar a adesão ao cumprimento da LVSC

deve ser garantida a formação contínua da equipa e as auditorias regulares ao preenchimento da mesma.

**Palavras-chave:** Checklist; Adesão; Intraoperatório

## INTRODUÇÃO

O bloco operatório é um dos locais onde a probabilidade de ocorrência de erros potencialmente evitáveis, é bastante elevada (Marsteller *et al.*, 2015).

O programa “Cirurgia Segura Salva Vidas” foi estabelecido pela Aliança Mundial para a Segurança do Doente da OMS, tendo como principal objetivo o reforço de práticas seguras e a redução do número de mortes e complicações cirúrgicas. A Lista de Verificação Segurança Cirúrgica tem sido uma estratégia amplamente utilizada, tanto a nível nacional como internacional, na minimização de incidentes evitáveis.

“Estas listas de verificação ou checklist definem-se como uma ferramenta estruturada de comunicação, que possibilitam a fragmentação de tarefas complexas de modo a diminuir a probabilidade esquecimento de confirmação de algum item fundamental para a qualidade e segurança”. (Patey *et al.*, como referido por Melo, 2022 p. 38).

As evidências mostram que a utilização da LVSC reduz a morbilidade e mortalidade dodoentes, melhora a comunicação e o trabalho em equipa e contribui ainda para reduzir os custos. Porém, Urbach, *et al.* (2019), afirmam que persiste ainda uma descrença em relação ao uso da LVSC e os seus proveitos têm sido questionados.

A questão que orientou a realização desta investigação foi: ***“Quais os fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da lista de verificação da segurança cirúrgica”?***

Esta scoping review tem como principal objetivo mapear a evidencia científica relativa aos fatores, que poderão ter influência na adesão da equipa cirúrgica ao cumprimento da LVSC e as estratégias para melhorar a eficácia da sua implementação.

## MÉTODOS

Tendo em conta a questão de revisão e os objetivos delineados foi realizada uma *scoping review*. Foram seguidas as recomendações da JBI para este tipo de revisão, seguido da elaboração do artigo e organização da checklist PRISMA – ScR (Peters *et al.*, 2020). Para a definição dos critérios de inclusão dos artigos utilizou-se a mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto), de acordo com as mesmas recomendações (Peters *et al.*, 2020).

<b>P</b>	População	Equipa cirúrgica
<b>C</b>	Conceito	Fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da LVSC e estratégias a adotar
<b>C</b>	Contexto	Intraoperatório

Revela-se pertinente clarificar, que por equipa cirúrgica se entende médicos, enfermeiros e assistentes operacionais.

Foram considerados estudos primários quantitativos, qualitativos e mistos, revisões narrativas e estudos secundários que respondam à questão de investigação. Foram consideradas apenas as referências em português, inglês e espanhol com texto integral disponível, em que a população alvo fosse humanos submetidos a qualquer tipo de cirurgia. Foram rejeitados estudos que incluam apenas uma classe profissional e estudos voltados para outros eixos relacionados com a segurança do utente, que não fosse a LVSC.

Numa primeira fase foram determinados os termos de pesquisa de acordo com a questão de investigação. A pesquisa bibliográfica foi realizada no dia 18 de Maio do presente ano nas bases de dados eletrónicas CINAHL® via EBSCOhost, MEDLINE® via PubMed com recurso aos descritores específicos, Medical Subject Headings (MESH) na MEDLINE e os Medical Headings (MH) na CINAHL bem como descritores empíricos que foram comuns às duas bases de dados. Para além dos descritores, foram utilizados os operadores booleanos (AND) e (OR) sendo AND usado para identificar estudos entre os temas e OR para sinónimos, conforme as combinações entre os descritores. Foi realizada uma pesquisa da literatura cinzenta com o termo Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica. As equações finais de pesquisa para cada base de dados encontram-se na expostas na Tabela 1. De salientar que foi encontrada uma evidência do tipo *scoping review* sobre esta temática com data de publicação de 2015.



Tabela 1 - Expressões de Pesquisa

Base de dados	Equação final de pesquisa	Resultados
Medline	((adherence [Title/Abstract]) AND (((("operating room" [Title/Abstract]) OR (intraoperative [Title Abstract])) OR ("intraoperative period" [Title/Abstract])) OR ("intraoperative period" [MeSH Terms]))) AND (((checklist [Title Abstract]) OR (checklist [MeSH Terms])) OR ("safety checklist" [Title/Abstract]))  Filters: from 2015 - 2023	46
Cinahl Complete	TI Operating Rooms OR AB Operating Rooms OR MH Operating Rooms AND TI "Patient Safety" OR AB "Patient Safety" OR MH "Patient Safety" AND TI checklists OR AB checklists OR MH checklist AND TI adherence OR AB adherence Limitadores - Data de Publicação: 20150101- 20230518	14

Após a pesquisa, os resultados foram transferidos para a Rayyan (Ouzzani et al., 2016) e os duplicados removidos. A seleção dos artigos foi realizada em duas fases, numa primeira fase foram analisados títulos e resumos, eliminado os que não cumpriam os critérios de inclusão. Numa segunda fase foram recuperados na íntegra e analisados detalhadamente os que aparentemente cumpriam os critérios de inclusão. Os dados foram extraídos por dois revisores independentes, agrupados numa tabela e acompanhados por uma síntese narrativa para atingir o objetivo da revisão.

Foram identificadas 60 referências nas bases de dados e 13 no repositório de literatura cinzenta como evidenciado no diagrama fluxo PRISMA (Figura 1).

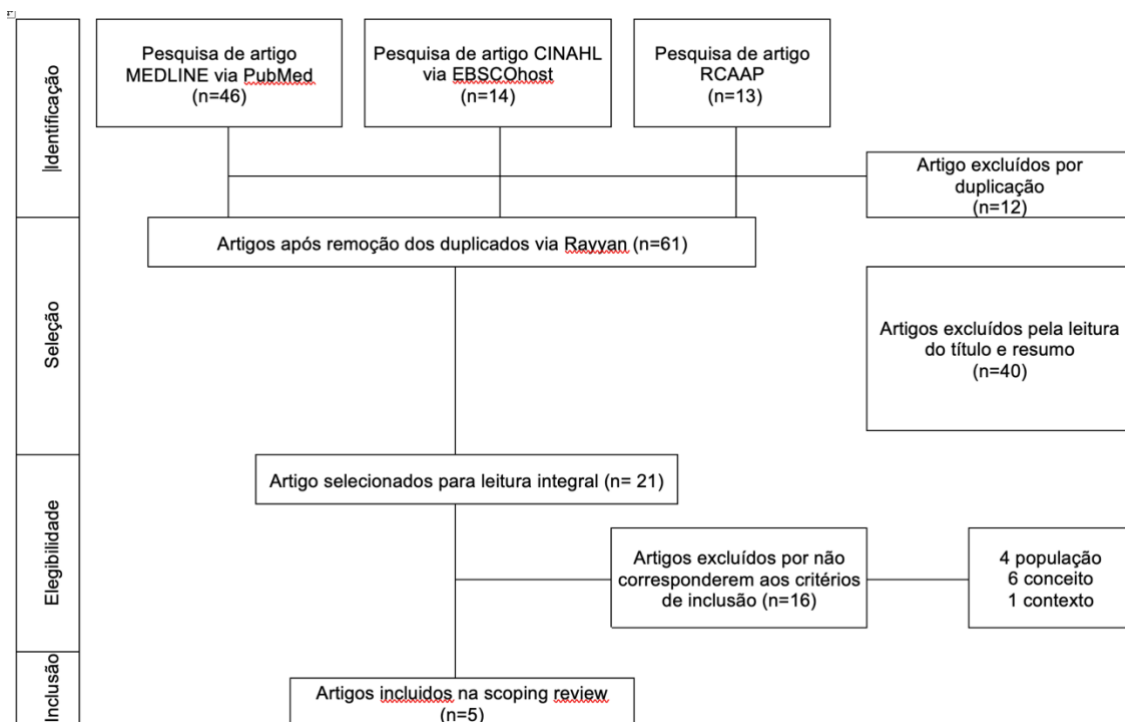


Figura 1 – Processo de pesquisa e seleção de artigos - Adaptado do PRISMA flow Diagram (Peters et al., 2020)

Para a extração dos dados foram considerados 5 artigos. Da análise dos artigos publicados contata-se que a origem e o ano de publicação dos mesmos são variáveis, existindo estudos de vários países dentro e fora da união europeia. Para sistematizar e organizar a posterior apresentação dos resultados, considerámos relevante a codificação dos estudos selecionados para a presente *Scoping Review* (A1, A2... A5).

Da pesquisa efetuada nas bases de dados, resultaram 4 artigos com as seguintes referências:

**A1** - Erestam et al., 2017, Suécia, Estudo intervencionista prospetivo.

Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Anderson, A.F,& Angenet, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Saf Surg*, 11(4). <https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6>

**A2** - Maziero et al., 2015, Brasil, Estudo Qualitativo

Maziero E., Silva, A., Mantovani, M., & Cruz, E. (2015). Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. Rev. Gaúcha Enferm, 36(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>

**A3** - Schwendimann et al.,2019, Suécia, Estudo observacional de método misto

Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M.,Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., Davis, E. & Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. Patient Safety in Surgery, 13, 14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>

**A5** - Santana et al.,2016, Brasil, Estudo transversal prospectivo

Santana, H. T., de Freitas, M. R., Ferraz, E. M., & Evangelista, M. S. (2016). WHO Safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. Journal of Infection and Public Health, 9(5), 586-599

Da pesquisa efetuada no RCAAP resultou um único artigo com a seguinte referência:

**A4** -Tostes, M.F.P. e Glavão, C. M., 2019, Brasil, Revisão integrativa da literatura

Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2019). Processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: revisão integrativa. Revista Latino-Americana de Enfermagem, 27, e3104. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>

## RESULTADOS

Apresentamos em seguida o resultado da análise dos artigos selecionados

Tabela 2 - Análise dos artigos selecionados para pesquisa

Artigo	Objetivos	Participantes	Instrumentos	Resultados/ conclusões
<b>A1</b>	Avaliar a segurança e o trabalho em equipa numa sala operatória.	Equipa cirúrgica: cirurgiões, anestesistas, enfermeiros e assistentes de enfermagem.	Observação; Questionário	Fatores que poderão influenciar a adesão ao cumprimento da LVSC: Falta de comunicação e colaboração entre os membros da equipa; Inexistência de um líder;

				Diferentes perspectivas de segurança do doente (dependendo dos grupos profissionais). O uso de uma lista de verificação reformulada com base nas sugestões dos grupos focais seria uma das estratégias na melhoria do trabalho em equipa e indiretamente melhoraria a segurança do doente.
A2	Avaliar a adesão ao programa cirurgia segura por parte da equipa cirúrgica.	Vinte e dois profissionais da equipa cirúrgica.	Observação não participante.	Fragilidades na interação e comunicação entre os profissionais da equipa, são fatores que contribuem para que o preenchimento da LVSC seja efetuado de forma individual através da observação e não verbalmente. A formação da equipa sobre a LVSC é referida como uma das estratégias mais eficaz na melhoria da adesão.
A3	Avaliar a adesão ao protocolo de implementação da LVSC após dois anos da sua utilização.	11 elementos da equipa cirúrgica (6 cirurgiões, 6 anestesistas e 5 enfermeiras).	Entrevistas estruturadas individuais com questões abertas.	Fatores individuais, processuais e contextuais foram identificados como fatores com influência direta na adesão à LVSC. Nos fatores individuais, destacam-se a insegurança e resistência à mudança por parte dos profissionais e ausência de autodisciplina. Os fatores processuais identificados foram as interrupções no fluxo de informação, ausência de trabalho em equipa, hesitação em concluir a lista por ausência de um dos principais membros da equipa (cirurgiões). Por últimos fatores contextuais identificados estavam relacionados com o ruído de fundo, distrações, interrupções e pressão de tempo. As estratégias encontradas para facilitar a adesão à LVSC passam por profissionais bem treinados e equipas focadas no propósito.

A4	Analisar a evidência disponível sobre o processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, proposta pela WHO	Equipas cirúrgicas (todas as categorias profissionais envolvidas).	Revisão integrativa da Literatura (RIL)	Nesta revisão os fatores identificados como influenciadores da adesão à LVSC foram: Falta de liderança efetiva, inexistência de uma delegação clara das responsabilidades de cada profissional e ainda a falta de trabalho em equipa. Duas das estratégias propostas para melhorar a adesão à lista, centram-se na existência de um suporte institucional através da disponibilização de recursos humanos e materiais necessários para o uso diário da checklist e a formação contínua da equipa.
A5	Analisar a implementação da LVSC em três salas de cirurgia de hospitais públicos.	Equipa cirúrgica, incluindo cirurgiões, anestesistas, enfermeiros.	Observação Participante;	O principal fator referenciado como dificultador da adesão ao preenchimento da lista, prendeu-se com a falta de motivação da equipa cirúrgica. O reforço de auditorias periódicas ao preenchimento da LVSC, deverá ser encarado como uma das principais estratégias na melhoria da adesão à mesma.

## DISCUSSÃO

Apresentam-se de seguida os resultados mais relevantes relativos à questão de investigação formulada e aos objetivos delineados, salientando os aspetos comuns das investigações.

A evidência científica comprova que o uso de listas de verificações de segurança, pode diminuir a ocorrência de erros, garantindo a realização de todas as tarefas críticas. Todavia, a existência de fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da LVSC é uma realidade comprovada pelos estudos efetuados nesta área.

Apesar dos esforços dos profissionais para a existência de conformidade no preenchimento da lista e metas para a redução de eventos adversos, os estudos

efetuados revelam que a adesão da equipa cirúrgica, ao cumprimento da lista está longe de estar totalmente atingida (A5). O preenchimento da lista não sendo efetuado de forma completa e correta, pode inspirar na equipa uma falsa sensação de segurança (A2).

Os fatores que influenciam a adesão ao cumprimento da LVSC, podem ser subdivididos em individuais, processuais e contextuais (A3). Os fatores individuais identificados, relacionavam-se com a insegurança e resistência por parte dos profissionais à mudança nas rotinas estabelecidas e ausência de autodisciplina (A3). Outro estudo anteriormente efetuado por Ribeiro et al., (2017), corrobora esta ideia e acrescenta ainda, que a resistência e falta de cooperação dos médicos mais frequentemente de cirurgiões séniores, são apontados como fatores com maior influência na adesão ao cumprimento da lista.

As interrupções no fluxo de informação, a ausência de trabalho em equipa e de esforço para o correto preenchimento, foram fatores processuais identificados com influência direta na adesão ao cumprimento da LVSC. Os atrasos por parte dos profissionais de saúde e conversas paralelas durante o preenchimento da lista, verificaram-se igualmente como parte integrante destes fatores. (A3) acrescenta que o facto de alguns elementos da equipa cirúrgica, considerarem a LVSC como redundante, alegando desperdício de tempo na sua aplicação, constitui outro dos fatores com interferência direta na adesão ao preenchimento. A mesma ideia é partilhada por (A1), ao afirmar que a perspetiva de segurança do doente é distinta dependendo da classe profissional, sendo atribuído diferente grau de importância ao preenchimento da LVSC.

Por último, os fatores contextuais comportam as condições e o ambiente de trabalho, nomeadamente ruído de fundo, distrações, interrupções e pressão de tempo (A3). Esta última é encarada de maneira diferente pelas várias classes profissionais dentro da equipa cirúrgica. Singer et al., (2015), corroboram a ideia e acrescentam que os cirurgiões são os mais afetados por este fator, fazendo com que, devido à pressão de produção se ausentem da sala operatória assim que terminam o procedimento, interferindo diretamente no cumprimento do preenchimento da lista.

A comunicação em equipa é mencionada em todos os estudos, como um fator comum com influência direta na adesão ao cumprimento da LVSC.

Nos estudos (A1) e (A2), os autores referem que a fragilidade na interação e comunicação entre os profissionais da equipa cirúrgica são fatores com interferência direta na adesão ao cumprimento da LVSC. Também Mota A., (2014), verificou no seu

estudo que mais de metade dos inquiridos, referiam dificuldades no correto preenchimento da LVSC devido à falta de comunicação entre os membros da equipa.

De acordo com o (A1), é possível haver uma comunicação eficiente entre membros da mesma classe profissional, mas essa comunicação pode não ocorrer da mesma forma entre diferentes classes profissionais. A persistência da hierarquia na sala de operações pode explicar as dificuldades de comunicação entre as diferentes classes profissionais nesse contexto (A5). Num estudo realizado por Etherigton et al. (2019), foi concluído que em 48% das vezes os membros da equipa cirúrgica não compartilham informações clínicas relevantes.

O momento de preenchimento da lista, deve ser encarado como uma oportunidade de partilha de informações, preocupações e ainda uma momento chave para a reflexão conjunta, que ao ser efetuado de forma individual, por meio da observação e não verbalmente, desvirtua o seu propósito (A2). A adesão ao cumprimento da LVSC, é um processo desafiante e complexo que exige o envolvimento e compromisso por parte de toda a equipa (A4). O mesmo autor refere que a inexistência de liderança efetiva, uma não delegação clara das responsabilidades de cada profissional, bem como a falta de colaboração efetiva entre os membros da equipa, são fatores com interferência direta no cumprimento da LVSC (A4).

Com base no estudo realizado por Mota A. (2014), que investigou a perceção dos profissionais do BO no que se refere à cultura de segurança do doente, concluiu-se que é necessário desenvolver estratégias que incentivem os profissionais a compartilharem as suas preocupações com os superiores hierárquicos. Uma abordagem eficaz residiria na promoção da realização de reuniões multiprofissionais regulares, nas quais se discutam os problemas inerentes à segurança do doente, com o intuito de fomentar a edificação de uma responsabilidade coletiva.

Em todos os estudos encontrados, os programas formativos foram identificados como uma das estratégias comuns para melhorar a adesão ao cumprimento da LVSC. Profissionais com formação avançada na área e equipas focadas na melhoria da cultura de segurança do doente defenderam sempre o uso de listas de verificação da segurança cirúrgica, como comprovado pelo (A3).

Os resultados do estudo realizado por Melo I. (2022) evidenciam um aumento na adesão à utilização LVSC após a implementação do programa formativo. De forma semelhante, uma investigação prévia conduzida por Elias et al. (2015), demonstrou que o investimento em formação da equipa multidisciplinar resultou em melhorias nos

indicadores de segurança e uma maior adesão à correta execução do preenchimento da lista por parte da equipa.

Outra das estratégias identificadas envolve o reforço de auditorias ao preenchimento da lista, visando melhorar a adesão e garantir o correto preenchimento da mesma (A5). Essa abordagem é complementada pelo estudo (A1), que destaca a importância da supervisão do desempenho de todos os membros da equipa cirúrgica no contexto do preenchimento da LVSC.

O suporte institucional através da disponibilização de recursos humanos e materiais necessários para o uso diário da checklist, de forma a reunir todos os elementos facilitadores ao preenchimento da mesma, foi identificada como outra das estratégias utilizadas (A4).

## **CONCLUSÃO:**

Foi possível verificar que a adesão ao cumprimento da LVSC é influenciada por fatores individuais, processuais e contextuais. A importância de uma comunicação eficaz e trabalho em equipa é destacada em todos os estudos como um dos elementos cruciais para uma adesão adequada à LVSC. O verdadeiro desafio passa pelo incentivo das equipas na adoção dos pressupostos da estratégia da LVSC, através da valorização do trabalho e comunicação entre todos os elementos da equipa durante o preenchimento da mesma.

Conforme demonstrado, a formação contínua da equipa e as auditorias periódicas são apontadas como as principais estratégias para a melhorar a adesão ao cumprimento do preenchimento da LVSC.

Este trabalho apresenta algumas limitações, uma vez que existem poucos estudos disponíveis sobre os fatores que podem influenciar a adesão ao cumprimento da LVSC e sobre as estratégias para a sua melhoria. No futuro será necessário desenvolver mais estudos em Portugal sobre esta temática.

## **REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:**

Elias, A. C. G. P., Schmidt, D. R. C., Yonekura, C. S. I., Dias, A. O., Silva, R. P. J., Ursi, E. S., & Feijo, V. B. E. R. (2015). Avaliação da adesão ao checklist de cirurgia segura em Hospital Universitário Público. *Revista Sobecc*, 20(3). <https://doi.org/10.5327/z1414-4425201500030002>



- Erestam, S., Haglind, E., Bock, D., Anderson, A.E., & Angenet, E. (2017). Changes in safety climate and teamwork in the operating room after implementation of a revised WHO checklist: a prospective interventional study. *Patient Saf Surg*, 11(4). <https://doi.org/10.1186/s13037-017-0120-6>
- Etherington, C., Wu, M., Cheng-Boivin, O., Larrigan, S., & Boet, S. (2019). Interprofessional communication in the operating room: a narrative review to advance research and practice. *Can J Anesth/J Can Anesth* 66, 1251–1260. <https://doi.org/10.1007/s12630-019-01413-9>
- Marsteller, J. A., Wen, M., Hsu, Y. J., Bauer, L. C., Schwann, N. M., Young, C. J., Sanchez, J.A, Nicole A. Errett, N.A., Gurses, A.P., Thompson, D.A., Wahr, J.A., Martinez, E. A. (2015). Safety culture in cardiac surgical teams: Data from five programs and national surgical comparison. *Annals of Thoracic Surgery*, 100(6). <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2015.05.109>
- Maziero E., Silva, A., Mantovani, M., & Cruz, E. (2015). Adesão ao uso de um checklist cirúrgico para segurança do paciente. *Rev. Gaúcha Enferm*, 36(4). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.04.53716>
- Melo I. (2022). Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: Contributo de um programa formativo. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Manser, T., Foster, S., Flin, R., & Patey, R. (2013). Team Communication During Patient Handover From the Operating Room: More Than Facts and Figures. *Human Factors*, 55(1), 138–156. <https://doi.org/10.1177/0018720812451594>
- Mota, A. (2014). Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic reviews*, 5, 1-10.

- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Ribeiro, H., Quites, H., Bredes, A. C., Sousa, K., & Alves, M. (2017). Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cadernos de saúde pública*, 33(10), e00046216. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
- Santana, H. T., de Freitas, M. R., Ferraz, E. M., & Evangelista, M. S. (2016). WHO Safety surgical checklist implementation evaluation in public hospitals in the Brazilian Federal District. *Journal of Infection and Public Health*, 9(5), 586-599.
- Schwendimann, R., Blatter, C., Lüthy, M., Mohr, G., Girard, T., Batzer, S., Davis, E. & Hoffmann, H. (2019). Adherence to the WHO surgical safety checklist: an observational study in a Swiss academic center. *Patient Safety in Surgery*, 13, 14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
- Singer, S. J., Jiang, W., Huang, L. C., Gibbons, L., Kiang, M. V., Edmondson, L., Gawande, A. A., & Berry, W. R. (2015). Surgical team member assessment of the safety of surgery practice in 38 South Carolina hospitals. *Medical care research and review: MCRR*, 72(3), 298–323. <https://doi.org/10.1177/1077558715577479>
- Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2019). Processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3104. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>
- Urbach, D. R., Dimick, J. B., Haynes, A. B., & Gawande, A. A. (2019). Is WHO's surgical safety checklist being hyped? *The BMJ*, 366, 10–12. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4700>

## **CONCLUSÃO:**

A elaboração do presente relatório permitiu-me a exposição das contínuas e sucessivas capacidades técnico-científicas, sociais e humanas, que me edificam enquanto enfermeira e enfermeira especialista. Esta análise critico-reflexiva teve início na descrição dos vários momentos de estágio, culminando numa apreciação crítica das atividades desenvolvidas e do seu impacto na prática de enfermagem.

As aprendizagens advindas da minha trajetória no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, pretendo incorporá-las na minha prática profissional, desempenhando um papel ativo e dinâmico no seio da minha equipa multidisciplinar, e na constante atualização de conhecimentos, com vista à prestação de cuidados de excelência. Tentando nunca esquecer, que além de bons profissionais e detentores da mais recente evidencia científica, somos pessoas que cuidam de pessoa, e que a empatia e altruísmo devem estar sempre presentes.

A segunda parte deste documento reitera a importância crucial da investigação e o papel fundamental desempenhado pelo enfermeiro especialista na construção do conhecimento e na procura da evidência científica mais atualizada. A realização desta *scoping review*, possibilitou a identificação de alguns dos fatores que podem influenciar a adesão ao cumprimento da LVSC, bem como destacar algumas das estratégias mais apropriadas a serem adotadas para garantir o sucesso de sua implementação.

Ao refletir sobre a jornada percorrida, sinto-me repleta de orgulho ao atingir o marco final deste desafiador percurso.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central Dos Sistemas De Saúde. (2011). *Recomendações técnicas para o Bloco Operatório*. Lisboa. ISSN: 1647-8568
- Aholaakko, T. K., & Metsälä, E. (2015). Aseptic practice recommendations for circulating operating theatre nurses. *British journal of nursing (Mark Allen Publishing)*, 24(13), 670–678. <https://doi.org/10.12968/bjon.2015.24.13.670>
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados (1ª Reimpressão)*. Camarate: Estúdio Lusociência. ISBN 978-972-8930-16-5.
- Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória (APCA) (2013). *Recomendações para o tratamento da dor aguda pós-operatória em cirurgia ambulatória*. Recuperado de [http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao\\_DorAguda.pdf](http://www.apca.com.pt/documentos/anestesia/recomendacao_DorAguda.pdf)
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2020). *Guidelines for Perioperative Practice (2020 Edition)*. Denver. ISBN: 978-0-935883-06-02SPA.
- Azenha, M. (2017). Proposta de Consensos de Manutenção da Normotermia no Período Perioperatório. *Revista Da Sociedade Portuguesa De Anestesiologia*, 26(1), 26–37. <https://doi.org/10.25751/rspa.10884>
- Barcellos GB. Comunicação entre os profissionais de saúde e a segurança do paciente. In: Sousa P, Mendes W. (Org). *Segurança do paciente: criando organizações de saúde seguras*. Rio de Janeiro: EAD/ENSP; 2014. p. 139-158.
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. Quarteto*.
- Bergs, J., Hellings, J., Cleemput, I., Zurel, Ö., De Troyer, V., Van Hiel, M., Demeere, J-L., Claeys, D., Vandijck, D. (2014). Systematic review and meta-analysis of the effect of the World Health Organization surgical safety checklist on postoperative complications. *British Journal of Surgery*, 101,150–158. <https://doi.org/10.1002/bjs.9381>

- Busemann, A., Schreiber, A. & Heidecke, C.D. (2012). Einführung von Operationschecklisten als Teil des Risikomanagements. *Urologe* 51, 1541–1545  
<https://doi.org/10.1007/s00120-012-3020-5>
- Cândido, T., & Bernardi, A. (2016). Avaliação da resistência a antimicrobianos de staphylococcus coagulase negativa encontrados nas grades dos leitos em uma unidade de terapia intensiva. *Journal of health sciences*, 18(1), 33-36.  
<https://doi.org/10.1590/1982-0194201500073>
- Costa, A., & Faria, L. (2009). A inteligência emocional no contexto de enfermagem: Estudo exploratório com o questionário de competência emocional (QCE). In B. Silva, L. Almeida, A. Lozano, & M. Uzquiano (Eds.), *Actas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia* (pp. 4016-4029). Universidade do Minho. Centro de Investigação em Educação. <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/54147>
- Costa, L. (2016). Visitando a teoria das transições de Afaf Meleis como suporte teórico para o cuidado de enfermagem. *Enfermagem Brasil*, 15(3), 137-145. Recuperado <https://convergenceseditorial.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/181/1>.
- Coutinho, S. (2009). Desenho de uma unidade de cirurgia de ambulatório. *Revista Portuguesa De Cirurgia*, (8), 59-64. Acesso em <https://revista.spcir.com/index.php/spcir/article/view/230>
- Decreto-Lei nº 13/2009 de 12 de Janeiro (2019). Diário da República n.º 30/2019, Série I de 2019-02-12, páginas 1173 – 1181. Assembleia da República. Portugal.
- Despacho nº1380/2018 de 8 de fevereiro (2018). Diário da República nº 28/2018, II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). Diário da República nº 28/2015, II Série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho nº 3635/2013 de 7 de março (2013). Diário da República nº47/2013 – II série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho nº 5613/2015 de 27 de maio. Diário da República nº102/2015 – II série. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.dre.pt>

Deodato, S. (2010). Supervisão de cuidados: Uma estratégia curricular em enfermagem. *Percursos*, 18 (Outubro-Dezembro). Retirado de [https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9227/1/Revista%20Percursos%20n18\\_Supervis%c3%a3o%20de%20cuidados%20-%20uma%20estrat%c3%a9gia%20curricular%20em%20enfermagem.pdf](https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/9227/1/Revista%20Percursos%20n18_Supervis%c3%a3o%20de%20cuidados%20-%20uma%20estrat%c3%a9gia%20curricular%20em%20enfermagem.pdf)

Diário da República (2015). Plano Nacional para a segurança dos doentes 2015-2020, Diário da República 2a série, No 28 de 10 de fevereiro de 2015. Parte c. Recuperado de <https://files.dre.pt/2s/2015/02/028000001/0000200010.pdf>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011a). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições de saúde*. Departamento da Qualidade na Saúde: Orientação nº18 DQS/DGS. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2011b). *Mecanismos e procedimentos de identificação inequívoca dos doentes em instituições. Orientação nº 018/2011*. Retirado de <https://www.dgs.pt/departamento-da-qualidade-na-saude/ficheiros-anexos/identificacao-doentes-orientacao-identificacao-inequivoca-de-doentes.aspx>

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2013). *Cirurgia Segura, Salva Vidas. Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº2 DQS/DGS*. Lisboa, Portugal: Autor

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015). Medicamentos de alerta máximo. Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº14 DQS/DGS. Lisboa, Portugal: Autor.

Direção Geral de Saúde (DGS). (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Departamento da Qualidade na Saúde: Norma nº1 DQS/DGS*. Lisboa, Portugal: Autor.

Dorigon, T. C., & Romanowski, J. P. (2012). A reflexão em Dewey e Schön. *Revista Intersaberes* 3(5), 8–22. <https://doi.org/10.22169/revint.v3i5.123>

- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado – Relatório Final*. Porto, Portugal: Autor. Recuperado de [https://www.ers.pt/uploads/writer\\_file/document/73/Estudo-CI.pdf](https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf)
- Entidade Reguladora da Saúde. (2021). *Direitos e Deveres dos Utentes dos Serviços de Saúde*. Porto, Portugal. Recuperado de [https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers\\_direitos-e-deveres.pdf](https://www.ers.pt/media/sfbd4x2h/publicação-ers_direitos-e-deveres.pdf)
- Ferreira, J., Neves, J., & Caetano, A. (2011). *Manual de psicossociologia das organizações*. Lisboa: Escolar Editora. ISBN 978-972-592-297-2
- Lopes, C., Haas, V., Dantas, R., Oliveira, C., & Galvão, C. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Annals of surgery*, 252(2), 402-407. DOI:10.1097 / SLA.0b013e3181e986df
- Martins, D., & Benito, L. (2016). Florence Nightingale e as suas contribuições para o controle das infecções hospitalares. *Universitas Ciências da Saúde*, 14(2), 153-166. Recuperado de <https://www.publicacoesacademicas.uniceub.br/cienciasaude/article/download/3810/3274>
- Melo, I. (2022). *Adesão dos profissionais de saúde à utilização da lista de verificação de segurança cirúrgica: Contributo de um programa formativo*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.
- Mendes, W. (2019). Taxonomia em segurança do paciente. *Segurança do paciente: conhecendo os riscos nas organizações de saúde* [2nd ed. rev. updt. Rio de Janeiro, RJ : CDEAD, ENSP, Editora FIOCRUZ, pp. 59-73. ISBN 978-85-7541-641-9. <https://doi.org/10.7476/9788575416419.0006>.



Mota, A. (2014). *Cultura de Segurança do Doente e Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: Perceção dos Profissionais do Bloco Operatório*. (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Portugal.

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

Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código Deontológico do Enfermeiro: dos Comentários à Análise de Casos*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro\\_edicao2005.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8889/codigodeontologicoenfermeiro_edicao2005.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil\\_vf.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8910/divulgar-regulamento-do-perfil_vf.pdf)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. ISBN:978-989-8444-30-1

Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica (Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica)*. Recuperado de [https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2\\_padroes-qualidade-emc\\_rev.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf)

Organização Mundial de Saúde (2009). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS: 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>

Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z. et al. Rayyan—a web and mobile app for systematic reviews. *Syst Rev* 5, 210 (2016). <https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>

- Papadakis, M., Meiwandi, A., & Grzybowski, A. (2019). The WHO safer surgery checklist time out procedure revisited: Strategies to optimize compliance and safety. *International Journal of Surgery*, 69, 19–22. <https://doi.org/10.1016/j.ijssu.2019.07.006>
- Peters, M., Godfrey, C., Mclnerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. In E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBI Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Pugel, A. E., Simianu, V. V., Flum, D. R., & Dellinger, E.P. (2015). Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *Journal of Infection and Public Health*, 8, 219-225. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>
- Putnam, L. R., Levy, S. M., Sajid, M., Dubuisson, D. A., Rogers, N. B., Kao, L. S., Lally, K.P., & Tsao, K. (2014). Multifaceted interventions improve adherence to the surgical checklist. *Surgery (United States)*, 156(2), 336–344. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2014.03.032>
- Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório RT 05/2011 da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Diário da República nº 26/2019, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº 190/2015 de 23 de abril (2015). Diário da República nº 79/2015, II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de Julho (2018). Diário da República nº 135/2018 - II Série . Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Resolução da Assembleia da república Nº 1/2001 (2001). Diário da República n.º 2/2001, Série I-A de 2001-01-03, páginas 14 – 36. Assembleia da República. Portugal.
- Ribeiro, H. (2014). *Avaliação da satisfação dos utentes em relação à informação prestada no pós-operatório em Cirurgia Ambulatória*. Relatório de Estágio. Instituto Politécnico de Setúbal, Escola Superior de Saúde, Portugal.

- Ribeiro, H., Quites, H., Bredes, A. C., Sousa, K., & Alves, M. (2017). Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cadernos de saúde pública*, 33(10), e00046216. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00046216>
- Rosa, F.; Oliveira, L. Feedback como Fator Motivacional. *Maringá Management: Revista de Ciências Empresariais*, v.9, n.2, p. 29-38, jul/dez, 2012
- Silva, M., & Figueiredo, M. (2010). Desafios históricos da enfermagem à luz do pensamento bioético. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 63(5), 841-843. Retrieved from <https://www.scielo.br/j/reben/a/WWjQK59YpKs9bpwKYLNV83B/?format=pdf&lang=pt>
- Silva, R. M. O., Luz, M. D. A, Fernandes, J. D., Silva, L. S., Cordeiro, A. L. A. O., & Mota, L. S. R. (2018). Tornar-se especialista: Expectativas dos enfermeiros portugueses após a realização do curso de especialização. *Revista de Enfermagem Referência*, (16), 147-154. <https://doi.org/10.12707/RIV17076>.
- Silva, T. G. (2022). *Desenvolvimento de um bloco operatório: projeto, construção, equipamentos médicos e vídeo-integração*. Relatório de Estágio para a obtenção do grau de Mestre em Instrumentação Biomédica. Instituto Superior de Engenharia de Coimbra.
- Simons, F. E., Aij, K. H., Widdershoven, G. A., & Visse, M. (2014). Patient safety in the operating theatre: how A3 thinking can help reduce door movement. *International journal for quality in health care : journal of the International Society for Quality in Health Care*, 26(4), 366–371. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzu033>
- Tostes, M. F. P., & Galvão, C. M. (2019). Processo de implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica: revisão integrativa. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27, e3104. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2921.3104>
- Viana, R. (2016). *A importância do estágio supervisionado para a formação do profissional técnico em enfermagem: análise de satisfação dos alunos de uma instituição federal de ensino* (Dissertação de mestrado). Universidade Cândido Mendes, Brasil. Retrieved from <https://doi.org/10.29184/1980-7813.rcfmc.300.vol.15.n1.2020>

- Vieira, V., Carmona, C., Pinto, J. S., & Marcos, A. (2017). Recomendações para Abordagem Anestésica do Doente Idoso em Cirurgia Ambulatória. *Revista da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia*, 26(2). Recuperado de <http://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/RECOMENDACOES%20PARA%20A%20ABORDAGEM%20ANESTICA%20DO%20DOENTE%20IDOSO.pdf>
- Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., Martinez, K. A., & Dy, S. M. (2013). Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Annals of internal medicine*, 158(5 Pt 2), 369–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- Weiser, T. G., & Haynes, A. B. (2018). Ten years of the Surgical Safety Checklist. *British Journal of Surgery*, 105(8), 927–929. <https://doi.org/10.1002/BJS.10907>
- Wilkinson, I. B., Goodhart, A., Raine, T., Wiles, K., Hall, C., & O'Neill, H. (2019). *Manual Oxford de Medicina Clínica (10ª Edição)*. UK: Euromédice – Edições médicas.
- Younas, A., Rasheed, S. P., Sundus, A., & Inayat, S. (2020). Nurses' perspectives of self-awareness in nursing practice: A descriptive qualitative study. *Nursing & Health Sciences*, 22(2), 398–405. <https://doi.org/10.1111/nhs.12671>

## APÊNDICES



APÊNDICE I – PROJETO DE ESTÁGIO

<b>DOMÍNIO DE COMPETÊNCIAS</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>ATIVIDADES</b>
<b>Gestão dos cuidados</b>	Integrar a dinâmica da prestação de cuidados da Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) do HG, as suas características, nomeadamente: estrutura física, protocolos e objetivos do serviço.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Entrevista com a Enfermeira/o Tutora de forma a conhecer os recursos físicos, humanos (hierarquias, funções) e a caracterização dos doentes que recorrem à unidade;</li> <li>- Visita à UCA procurando perceber a estrutura e circuito entre as várias áreas de atuação;</li> <li>- Conhecimento dos recursos materiais e humanos existentes na UCA no que se prende com a organização e distribuição dos recursos disponíveis, constituição e distribuição da equipa, metodologias de trabalho utilizadas, circuitos e forma de comunicação;</li> <li>- Conhecer os projetos em curso nas várias áreas de atuação.</li> </ul>
<b>Responsabilidade profissional, ética e legal.</b>	Decidir e agir de acordo com os princípios, normas e valores deontológicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Suportar a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência;</li> <li>- Participar na construção da tomada de decisão da equipa através da reflexão conjunta com a enfermeira orientadora;</li> <li>- Promover o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, garantido o respeito pelos direitos da pessoa/família, particularmente no que respeita ao consentimento livre, informado e esclarecido, a confidencialidade e privacidade.</li> </ul>
<b>Melhoria continua da qualidade</b>	Mobilizar habilidades já adquiridas e desenvolver a procura de conhecimento de forma a garantir uma melhoria contínua da prática e/ou qualidade dos cuidados prestados ao doente	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elaboração de um poster ou cartaz científico, após identificação de situações que vão de encontro ao objetivo proposto e posterior discussão com a enfermeira orientadora da pertinência da mesma;</li> <li>- Pesquisa bibliográfica sobre o tema, desenvolvendo uma atitude crítico-reflexiva;</li> <li>- Identificar oportunidades de melhoria da prática e operacionalização de estratégias, visando a excelência da prestação de cuidados.</li> </ul>

<p><b>Otimização do ambiente e processos terapêuticos na pessoa e família/cuidadores a vivenciar processos médicos e ou/cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crônica</b></p>	<p>Gerir condições ambientais de forma a promover um ambiente terapêutico e seguro, prevenindo a ocorrência de incidentes e promovendo, por conseguinte, uma cultura de segurança do indivíduo/ grupo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar a operacionalização dos tempos da aplicação da cirurgia segura.</li> <li>- Reconhecer situações ou procedimentos que possam determinar a ocorrência de um resultado indesejável e notificar caso existam, fomentando posteriormente medidas de correção.</li> <li>- Indagar quais os projetos de melhoria contínua que estão de segurança do doente;</li> <li>- Averiguar os procedimentos utilizados que asseguram a mobilização e o posicionamento cirúrgico garantindo o conforto e prevenindo complicações;</li> <li>- Promover condições do ambiente de trabalho que favoreçam a saúde e a segurança dos doentes e dos profissionais.</li> </ul>
<p><b>Maximizar a prevenção, intervenção e controlo de infeção e de resistência a antimicrobianos perante a pessoa a vivenciar processos cirúrgicos complexos decorrentes de doença aguda ou crônica</b></p>	<p>Fomentar estratégias que despertem os profissionais para a importância de procedimentos de prevenção, intervenção e controlo de infeção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar quais os procedimentos de prevenção infeção associada aos cuidados de saúde, especificamente os associados a prevenção da infeção do local cirúrgico estão instituídos na UCA;</li> <li>- Consultar quais os programas de vigilância epidemiológica em controlo de infeção (Higienização das mãos, Prevenção de IACS ((feixe CUR, CVC etc.)), resistência a antibióticos) já implementados na UCA e promover a adesão aos mesmos.</li> <li>- Identificar qual o sistema de aquecimento, ventilação e ar condicionado existente nas salas operatórias e se está de acordo com as recomendações Técnicas para o Bloco Operatório (RT 05/2011) da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS).</li> </ul>
<p><b>Cuidar da pessoa e família/ cuidadores a vivenciar processos médicos ou cirúrgicos complexos, decorrentes de doença aguda ou crônica.</b></p>	<p>Conceber implementar e avaliar planos de intervenção com o intuito de facilitar a adaptação aos processos de transição saúde/doença da pessoa e cuidador, perante situações decorrentes de processos cirúrgicos na UCA.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Utilizar técnicas de comunicação adaptadas à pessoa e ao contexto.</li> <li>- Prevenir complicações, reconhecendo complexidade situações vivenciadas pela pessoa e cuidador;</li> <li>- Envolver a pessoa e cuidador em todo o processo de cuidar, promovendo a adesão ao processo terapêutico e ao restabelecimento da sua independência</li> <li>- Atuar de forma a munir a pessoa e cuidador de competências necessárias à gestão do processo saúde/doença.</li> </ul>



		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efetuar a transmissão de informação, oral e escrita, de forma sistematizada e rigorosa, garantindo a continuidade de cuidados.</li> </ul>
<b>Gestão de cuidados</b>	<p>Desenvolver competências na área de gestão de cuidados e recursos humanos, de forma a otimizar as respostas da equipa e a articulação da mesma com a restante equipa de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Identificar as funções do enfermeiro coordenador na gestão de recursos humanos e na coordenação da prestação de cuidados no BO;</li> <li>- Avaliar qual o papel do enfermeiro coordenador na orientação, supervisão e avaliação dos cuidados prestados, garantindo a sua segurança e qualidade;</li> <li>- Adquirir e aperfeiçoar capacidades de liderança na gestão de cuidados de saúde, visando um ambiente favorável à prática;</li> <li>- Identificar situações que necessitam de intervenção e se necessário estimular processos de mudança e inovação;</li> </ul>



## APÊNDICE II – PLANO DE SESSÃO FORMATIVA E POSTER *BRIFIENG E DEBRIFIENG*

# Briefing e Debriefing no Bloco Operatório

Silva V., Estudante XXI Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

### Introdução

O Bloco Operatório é um dos ambientes de trabalho mais **complexos** da prestação de cuidados de saúde e com maior risco para a ocorrência de erros (Despacho nº 1400-A/2015).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante procedimentos cirúrgicos e que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis (Despacho nº 1400-A/2015).

De forma a potenciar o aumento da segurança do doente cirúrgico, a AESOP, a AORN, a SPA e a OMS, recomendam a realização de Briefings e Debriefings no Bloco Operatório (AESOP, 2020; AORN, 2020; SPA, 2020; OMS, 2009).

### Objetivo:

Demonstrar através da evidencia científica existente as vantagens da realização do Briefing e Debriefing em contexto do Bloco Operatório .

### Resultados



A Checklist para implementação do briefing deve ter os seguintes itens:

- Apresentação dos elementos da equipa e respetivas funções;
- Verificação de Consentimento Informado assinado e partilha de informações sobre o doente (Nome, idade, medicação habitual, alergias, permeabilidade da via aérea, risco de aspiração, reserva de sangue etc);
- Procedimento cirúrgico e anestésico previsto; verificação e identificação do local cirúrgico correto, passos críticos previstos; tempo planeado; Posicionamento cirúrgico
- -Profilaxia antibiótica e tromboembólica; - Instrumental cirúrgico; dispositivos médicos; equipamentos; - Destino previsto (UCPA, UCI, enfermaria);
- Necessidade de transporte de doente crítico intra ou inter-hospitalar;
- Questionar a equipa se existem dúvidas ou preocupações e se cada elemento percebeu o seu papel e responsabilidade;

(Perry, Civil, Mitchell, Shuker & Merry, 2015; Leong et al., 2017; AORN, 2020)

### Checklist para implementação do debriefing

- Garantir que todos os elementos da equipa estão presentes;
- O que correu bem?
- O que deve ser melhorado ou corrigido, e porquê?

(Perry et al., 2015; Leong et al., 2017; AORN, 2020)



### Metodologia

Realizada uma RIL com recurso à base de dados *MEDLINE complete* e *CINAHL complete* através da plataforma *EBSCOhost* num intervalo temporal de 2015 a 2022 com as palavras chave/ descritores " Briefing " AND " Debriefing AND " Operating room " AND " Interdisciplinary team " AND " Nurses "

### Conclusão

O Briefing e Debriefing :

- ✓ Permite que os elementos da equipa se conheçam melhor;
- ✓ Facilita a comunicação e promove o trabalho em equipa (Equipa cirúrgica numerosa e com grande rotatividade)
- ✓ Não influencia negativamente o início das cirurgias (tempo de realização foi sempre <4 min)

Introdução  
 O Bloco Operatório é um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde e com maior risco para a ocorrência de erros (Despacho nº 1400-A/2015).  
 A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, pelo menos, metade dos incidentes decorrentes da prestação de cuidados de saúde ocorre durante procedimentos cirúrgicos e que 50% das complicações associadas à prática cirúrgica são evitáveis (Despacho nº 1400-A/2015).  
 De forma a potenciar o aumento da segurança do doente cirúrgico, a AESOP, a AORN, a SPA e a OMS, recomendam a realização de Briefings e Debriefings no Bloco Operatório (AESOP, 2020; AORN, 2020; SPA, 2020; OMS, 2009).  
 Objetivo:  
 Demonstrar através da evidencia científica existente as vantagens da realização do Briefing e Debriefing em contexto do Bloco Operatório .  
 Resultados  
 A Checklist para implementação do briefing deve ter os seguintes itens:  
 • Apresentação dos elementos da equipa e respetivas funções;  
 • Verificação de Consentimento Informado assinado e partilha de informações sobre o doente (Nome, idade, medicação habitual, alergias, permeabilidade da via aérea, risco de aspiração, reserva de sangue etc);  
 • Procedimento cirúrgico e anestésico previsto; verificação e identificação do local cirúrgico correto, passos críticos previstos; tempo planeado; Posicionamento cirúrgico  
 • -Profilaxia antibiótica e tromboembólica; - Instrumental cirúrgico; dispositivos médicos; equipamentos; - Destino previsto (UCPA, UCI, enfermaria);  
 • Necessidade de transporte de doente crítico intra ou inter-hospitalar;  
 • Questionar a equipa se existem dúvidas ou preocupações e se cada elemento percebeu o seu papel e responsabilidade;  
 (Perry, Civil, Mitchell, Shuker & Merry, 2015; Leong et al., 2017; AORN, 2020)  
 Checklist para implementação do debriefing  
 • Garantir que todos os elementos da equipa estão presentes;  
 • O que correu bem?  
 • O que deve ser melhorado ou corrigido, e porquê?  
 (Perry et al., 2015; Leong et al., 2017; AORN, 2020)  
 Conclusão  
 O Briefing e Debriefing :  
 ✓ Permite que os elementos da equipa se conheçam melhor;  
 ✓ Facilita a comunicação e promove o trabalho em equipa (Equipa cirúrgica numerosa e com grande rotatividade)  
 ✓ Não influencia negativamente o início das cirurgias (tempo de realização foi sempre <4 min)  
 Metodologia  
 Realizada uma RIL com recurso à base de dados MEDLINE complete e CINAHL complete através da plataforma EBSCOhost num intervalo temporal de 2015 a 2022 com as palavras chave/ descritores " Briefing " AND " Debriefing AND " Operating room " AND " Interdisciplinary team " AND " Nurses "

PLANO DE FORMAÇÃO – BRIEFING E DEBRIEFING

Objetivos	Conteúdo	Estratégias	Avaliação
<p>Mostrar através da evidencia científica as vantagens da realização da <i>Briefing</i> e <i>Debriefing</i> em contexto de cirurgia de ambulatório na minimização de eventos de adversos.</p> <p>Debater conteúdos da check list e possíveis estratégias de implementação do <i>Briefing</i> e <i>Debriefing</i>;</p>	<p>Circular normativa da DGS Despacho nº 1400-A/2015</p> <p>Conceito de <i>Briefing</i> e <i>Debriefing</i>;</p> <p>Vantagens do <i>Briefing</i> e <i>Debriefing</i>;</p> <p>Check list sugerida pela AORN para implementação de <i>Briefing</i> e <i>Debriefing</i>;</p>	<p><u>Recursos:</u></p> <p>Computador;</p> <p>Videoprojetor;</p> <p>Apresentação multimédia.</p> <p><u>Metodologia:</u></p> <p>Método expositivo.</p>	<p>Questionário relativo à perceção da temática e debate suscitado.</p>

## BRIEFING E DEBRIEFING

### Questionário de Avaliação da Sessão de Formação - Formando/a

A sua opinião sobre esta acção de formação é muito importante.

Por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 5 valores, sendo atribuído ao valor 1 nada, 2 pouco, 3 moderado, 4 muito, 5 extremamente conforme a sua opinião.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS E MÉTODOS	1	2	3	4	5
Pertinência da sessão de formação.					
Interesse/utilidade dos conteúdos da sessão.					
Adequação dos métodos utilizados aos temas tratados.					
Contributos da sessão para a melhoria da prática clínica.					
Duração da sessão (adequação do tempo ao programa).					
A sessão de formação permitiu-lhe a aquisição de novos conhecimentos .					

Elaborado por: Verónica Silva Mestranda Enfermagem Médico-cirúrgica.



XII CEMIC

## Briefing e Debriefing no Bloco Operatório

Verónica Silva | Mestranda EMIC

Prof. Orientador: Prof. Luís Saraiva



## SUMÁRIO

- INTRODUÇÃO
- BRIEFING
- DEBRIEFING
- NOTA FINAL

## INTRODUÇÃO

O Bloco Operatório é um dos ambientes de trabalho mais complexos da prestação de cuidados de saúde e com maior risco para a ocorrência de erros (Despacho nº 1400-A/2015).

Organização Mundial da Saúde estabeleceu, em 2007, o projeto "Cirurgia Segura Salva Vidas".

### Objetivos (Despacho nº 1400-A/2015):

- Garantir a identificação correta do doente, do procedimento e do local cirúrgico;
- Implementar práticas anestésicas seguras e universalmente aceites;
- Prevenir a infeção do local cirúrgico;
- Otimizar o trabalho em equipa e a comunicação entre os elementos da equipa cirúrgica.



## REVISÃO DA LITERATURA

Complementarmente e de forma a **umentar a segurança do doente cirúrgico**, a Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP), a Association of perioperative Registered Nurses (AORN), a Sociedade Portuguesa de Anestesiologia, (SPA) e a OMS, recomendam ainda, a realização de

### Briefings e debriefings no Bloco Operatório (AESOP, 2020; AORN, 2020; SPA, 2020; OMS, 2009)

Na UCA, o Briefing e Debriefing é realizado de forma parcial no momento do preenchimento da lista de verificação cirúrgica nos momentos do Sign In e do Time Out.

O englobamento de alguns itens sugeridos pela checklist da AORN de forma a complementar este momento, poderá contribuir para a excelência dos cuidados prestados.

## BRIEFING

Momento de partilha de informações relevantes sobre os doentes e os procedimentos, aumentando a eficiência do trabalho em equipa.



(Leong et al., 2017; AORN 2020).

## CHECK LIST BRIEFING AORN

### Checklist para implementação do briefing

(AORN, 2020; AORN, 2020; SPA, 2020; OMS, 2009)

- Apresentação dos elementos da equipa e respetivos papéis;
- Verificação de Consentimento informado assinado e partilha de informações sobre o doente (Nome, idade, estado de consciência prévio, patologia associada, medicação habitual, alergias, antecedentes cirúrgicos, permeabilidade da via aérea, risco de aspiração, reservas de sangue);
- Procedimento cirúrgico e anestésico previsto; verificação e identificação do local cirúrgico correto, passos críticos previstos, tempo planeado;
- Posicionamento cirúrgico;
- Prática aséptica e neodermatológica;
- Instrumental cirúrgico; dispositivos médicos; equipamentos;
- Cuidado previsto (SCRN, ECC, enfermeiro); necessidade de transporte de doente crítico para o Inter-Hospitalar;
- Questionar a equipa se existem dúvidas ou preocupações e se cada elemento partilha o seu papel e responsabilidade;
- Relemburar que o debriefing será realizado no fim do programa cirúrgico, na presença de todos os elementos da equipa;



### Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica - Sign In e Time Out

## DEBRIFIENG

Um processo **reflexivo** **positivo**, isento de julgamentos sobre o desempenho da equipa e aspetos organizacionais



(Leong et al., 2017; AORN,2020).

## CHECK LIST DEBRIFIENG AORN

### Checklist para implementação do debriefing

(Perry et al., 2015; Leong et al., 2017; AORN, 2020)

- Garantir que todos os elementos da equipa estão presentes;
- O que correu bem?
- O que deve ser melhorado ou corrigido, e porquê?

## Brifeng e Debrifeng

A utilização do briefing e debriefing no âmbito do contexto prático da saúde é relativamente recente, contudo os estudos de investigação realizados nesta área , são bastantes explícitos relativamente às vantagens da realização dos mesmos .

### Aspetos comuns a todos os estudos encontrados:

- ✓ Permite que os elementos da equipa se conheçam melhor;
- ✓ Facilita a comunicação e promove o trabalho em equipa (Equipas cirúrgicas numerosas e com grande rotatividade)
- ✓ Não influencia negativamente o início das cirurgias (tempo de realização foi sempre <4 min)

## CONCLUSÕES

Espera-se que esta formação reforce e enalteça à equipa de enfermagem da Unidade Cirurgia de Ambulatório, a importância da existência de um momento de partilha e reflexão antes e após o procedimento cirúrgico, pois apesar de o briefing e debriefing perioperatórios serem estratégias implementadas recentemente em contexto clínico, a prática baseada na evidência tem demonstrado a sua efetividade na garantia da segurança do doente cirúrgico.

Obrigada pela vossa  
atenção!

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Associação Portuguesa de Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas.2020. Orientações para o retorno do trabalho cirúrgico efetivo no face de desconfinamento (CMI6-19). Recuperado de [https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/06/Orientacoes\\_AESOP\\_Assoma-Atividade-Cirurgica-Eletrica.pdf](https://www.aesop-enfermeiros.org/wp-content/uploads/2020/06/Orientacoes_AESOP_Assoma-Atividade-Cirurgica-Eletrica.pdf)
- Association of periOperative Registered Nurses (2020). Guidelines for Perioperative Practice (2020, Edition ed.). Denver. ISBN 978-0-733881-06-0/05PA, 2020.
- Despacho nº 1400-A/2015 de 19 de fevereiro de 2015. Diário da República, N.º 28- II Série. Gabinete do Secretário de Estado Adjunto da Saúde. ANEXO- Plano nacional para a segurança dos doentes 2015-2020. Lisboa, Portugal.
- Organização Mundial de Saúde (2009) Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS. 2009. Cirurgia Segura Salva Vidas. Recuperado de <http://www.who.int/files/default-media-library/operations-safety/patient-surgery-safety-2009.pdf?ua>
- Regulamento nº140/2019 de 6 de fevereiro. Diário da República nº26/2019 – II Série. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Sociedade Portuguesa de Anestesiologia. 2020. Gestão dos procedimentos anestésicos em contexto de pandemia covid-19.Aspetos clínicos e organizacionais. Recuperado de [http://www.gp.anestesiologia.pt/webstatic/wp-content/uploads/2020/05/gestao\\_procedimento\\_anestescos\\_covid19\\_v17052020.pdf](http://www.gp.anestesiologia.pt/webstatic/wp-content/uploads/2020/05/gestao_procedimento_anestescos_covid19_v17052020.pdf)





## APÊNDICE III – POSTER POSICIONAMENTO CIRÚRGICO PREVENÇÃO DE LESÕES

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

# POSICIONAMENTO CIRÚRGICO PREVENÇÃO DE LESÕES

Verónica Silva<sup>1</sup>

Mestranda em Enfermagem Médico-cirúrgica da EsenFC; Enfermeira no IPO - Coimbra

### Introdução

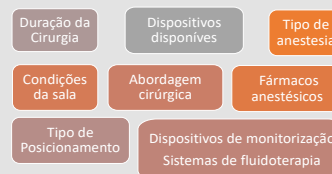
As lesões que podem resultar de um incorreto posicionamento cirúrgico constituem uma preocupação do enfermeiro perioperatório, o risco da existência das mesmas põe em causa a integridade /segurança do doente.

Lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico

Indicador de qualidade de cuidados perioperatórios



### Fatores de risco extrínsecos



### Fatores de risco intrínsecos



### Instrumento de avaliação

Escala de **ELPO** – avalia o risco de desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico;

Quanto maior a pontuação, maior o risco de úlcera de pressão (7-35 pts)

(Lopes, C. 2016)

### Objetivo

Mapear a mais recente evidencia científica disponível, referente aos cuidados de enfermagem no posicionamento cirúrgico do doente adulto no período perioperatório, de forma a capacitar a equipa para a tomada de decisão.

### Metodologia

Foi efetuada uma revisão integrativa da literatura. Para a seleção dos artigos, utilizaram-se as bases dados Pubmed e Cinahl, no período de 2010 - 2022.

A amostra foi constituída por 5 artigos.

### Bibliografia:

- ADORN (2020). *Guiadlines for Perioperative Practice*. Deveses, Canada.
- Basso, G., Marachi, M., & Silva, E. (s.d.). *Proposta de implementação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico (ELPO) - Relatório de Experiência*.
- Edwards, D., Semman, L. (2013). The Effect of Position Support During Orthopedic Surgery on Postoperative Pain: A Randomized Controlled Trial
- Lopes, C., & Galvão, C. (março-abril de 2010). Posicionamento cirúrgico: evidências para o cuidado de enfermagem. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*.
- Lopes, C., Haas, V., Dantas, R., Oliveira, C., & Galvão, C. (2016). Escala de avaliação de risco para lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*(24). doi:10.1590/1518-8345.0644.2704
- Lambert, J., Ah, S., & El-Hakoum, L. (2014). Retrospective Review of Positioning Factors for Intraoperative Pressure Ulcers Development. *Journal of Clinical Anesthesia*, 26(7), 768-774
- Menezes, S., Rodrigues, R., Tezquand, R., Miller, S., Gama, K., & Manso, T. (26 de Janeiro-Fevereiro de 2013). Lesões decorrentes do posicionamento para cirurgia: incidência e fatores de risco. *Acta Med Para*(1), pp. 12-16. Obtido de <https://www.actamedicoparagosa.com/revista/index.php/amp/article/viewFile/9006/3204>
- Miranda, A. (2016). Posicionamento Cirúrgico: cuidados de enfermagem no transoperatório. *SOBREC*, 29(1).
- Suzuki, K., Michel, J., Garcia, M., & Quiroz, M. (Dezembro de 2011). USPOcero por em pacientes submetidos à cirurgia: incidência e fatores associados. *Rev. esc. enferm USP*, 45(6).
- Sousa, C., Bapo, D., & Azeite, A. (2018). Criação de um Manual para o Posicionamento Cirúrgico: relato de uma experiência. *SOBREC*, 21(3).

### Conclusão

• Doentes ASA II e III apresentaram maior incidência de lesão (90,5%) quando comparados com doente ASA I (9,5%);

• O Índice de Massa Corporal > 30kg/cm<sup>2</sup> está associado ao desenvolvimento de lesão perioperatória.

• A posição ventral está associada a um maior risco de lesões, com um total de 50% das úlceras, sendo os locais mais atingidos o tórax (12,1%), as pálpebras (8,1%), as mamas e os joelhos (5,4%).

• Os dispositivos de polímero viscoelástico e de gel são os mais adequados para o posicionamento cirúrgico, desaconselhando-se o recurso a rolos feitos com lençóis ou fronhas.

• O encerramento ocular deve ser feito com adesivo hipoalérgico, aplicado no sentido horizontal após a lubrificação do olho.


### A equipa perioperatória deve:

- ✓ Avaliar o risco com base na identificação das necessidades e características do doente e do procedimento;
- ✓ Providenciar os equipamentos e dispositivos necessários;
- ✓ Providenciar os equipamentos e dispositivos necessários;
- ✓ Assegurar a privacidade e conforto do doente;
- ✓ Posicionar o doente respeitando a ergonomia e as limitações individuais;
- ✓ Vigiar o doente durante o procedimento garantindo a manutenção da circulação periférica, protegendo músculos, nervos, proeminências ósseas, articulações, pele e órgãos vitais de possíveis danos;
- ✓ Aliviar zonas de pressão e prevenir forças de fricção e cisalhamento, estabilizando o doente por forma a evitar/prevenir movimentos não intencionais.



## APÊNDICE IV – POSTER CHOQUE SÉPTICO

# II Convenção INTERNACIONAL DOS ENFERMEIROS O FUTURO É SAÚDE



ordem dos  
enfermeiros



**Centro de Artes  
e Espectáculos  
da Figueira da Foz  
10 e 11 / MAIO 2023**

# CHOQUE SÉPTICO

Reconhecimento e tratamento do choque séptico: Papel do Enfermeiro  
BORGES, Maria Odete Godinho; FERNANDES, Daniela Sofia Carvalho; SILVA, Verónica Raquel Ferreira

### 1 INTRODUÇÃO <sup>3, 5</sup>

O choque é uma insuficiência circulatória aguda, manifestada por hipotensão grave, pressão arterial média <65mmHg e hipoperfusão tecidual. Este pode ser classificado como choque hipovolémico, cardiogénico, obstrutivo e distributivo.

O choque séptico é uma complicação grave da sépsis, que se traduz por uma resposta sistémica descontrolada a um estímulo inflamatório de origem infecciosa, tornando-se numa emergência médica, que pressupõe um reconhecimento o mais precoce possível, a fim de evitar complicações mais graves ou mesmo fatais.

O estudo permitirá aprofundar conhecimentos sobre a temática e reconhecer linhas orientadoras de identificação precoce, tratamento e principais intervenções de enfermagem.

### 2 OBJETIVOS

- Identificar precocemente a etiologia, os sinais e sintomas do choque séptico;
- Definir diretrizes clínicas e intervenções de enfermagem no tratamento ao doente com choque séptico.

### 3 METODOLOGIA

Realizou-se uma revisão integrativa da literatura, através das plataformas de pesquisa Pubmed, EBSCO e literatura cinzenta no período de 2018-2023.

### 4 RESULTADOS / DISCUSSÃO DE RESULTADOS <sup>1, 2, 3, 4, 5</sup>

#### FISIOPATOLOGIA

##### ESTÍMULO INFLAMATÓRIO



#### CAUSAS / ETIOLOGIA

##### Intrínsecas:

- Idade (mais comum neonatos e idosos)
- Má nutrição
- Infecções por bactérias / vírus / fungos em doentes imunodeprimidos, doenças crónicas ou malignas
- Diabetes
- Comorbilidades primárias (Queimaduras, cirrose, alcoolismo, leucopenia, etc)

##### Extrínsecas:

- Cirurgia Recente
- Doentes sujeitos a dispositivos / procedimentos invasivos
- Tratamento prévio com antibióticos, corticóides, fluido-terapia, imunossupressores

#### DIAGNÓSTICO

- Manifestações clínicas
- Monitorização parâmetros vitais, ECG
- Hemograma completo, painel de eletrólitos e creatinina, PCR, provas de coagulação
- Hemoculturas, uroculturas, cultura de outros fluidos potenciais de infeção
- Identificação do foco infeccioso
- Gasmétria com lactatos
- Aplicação de qSOFA para avaliar risco de gravidade/mortalidade:
  - FR  $\geq$  22 ciclos/min
  - Alteração estado consciência (Escala Coma Glasgow < 15 pontos)
  - TA sistólica < 100 mmHg

#### SINAIS / SINTOMAS

##### Fase inicial (Hiperdinâmica / Choque quente):

- Pele avermelhada e húmida
- Resistência vascular periférica baixa
- Débito cardíaco normal ou elevado
- Amplitude de pulso aumentada
- Hiperventilação
- Febre ou hipotermia
- Alcalose metabólica e respiratória
- Leucocitose
- Confusão / Deterioração estado consciência

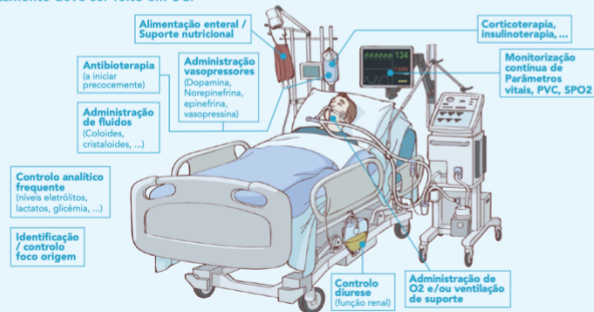
##### Fase avançada (Hipodinâmica / Choque frio):

- Extremidades frias, cianose e pele viscosa
- Resistência vascular periférica elevada e vasoconstricção arterial
- Diaforese
- Diminuição débito cardíaco
- Amplitude pulso diminuída
- Acidose metabólica
- Hipotensão severa
- Taquicardia
- Leucopenia
- Hipoxémia
- Aumento lactato sérico

Pode levar a sinais de insuficiência respiratória aguda, agravamento do estado de consciência, alteração da função renal (anúria, oligúria) e hepática (icterícia), coagulopatia, falência multiorgânica.

#### TRATAMENTO

Tratamento deve ser feito em UCI



### 5 CONCLUSÃO

O choque séptico é uma emergência médica com alterações multiorgânicas em que a rapidez no diagnóstico e uma atuação precoce e eficaz são determinantes na evolução do quadro clínico, diminuindo a morbilidade e a taxa de mortalidade. O enfermeiro, é um elemento essencial, capaz de usar as diretrizes clínicas e fazer uma identificação rápida ativando as intervenções apropriadas.

#### REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- <sup>1</sup> Belleza, M. (2021). Sepsis and Septic Shock – nursing care management. Nurselabs. Obtido em março de 2023, de <https://nurselabs.com/sepsis-and-septic-shock/>;
- <sup>2</sup> Kaili, A. (2019). Septic Shock - Medscape, Ed. Obtido de <https://emedicine.medscape.com/article/168402-print>;
- <sup>3</sup> Fontes, J. (2021). Sepsis e choque séptico. Obtido em Maio de 2023, de <https://www.medicinablog.com/pt-pt/profissional/medicina-de-cuidados-primarios/choque-septico/>;
- <sup>4</sup> Ribeiro, L. (2020). A importância da identificação precoce da sepsis pela equipe de enfermagem no serviço de emergência. Pubmed, 3, 4024. DOI: <https://doi.org/10.31513/pubmed.v3i4024>;
- <sup>5</sup> Baskley, G. & Cole, M. (2020). Recognition and management of sepsis: the nurse's role. British journal of nursing (Mark Allen Publishing), 29(21), 1248-1251. <https://doi.org/10.12968/bjon.2020.29.21.1248>



## **ANEXOS**



## ANEXO I – PROJETO MELHORIA CONTINUA-POSICIONAMENTO CIRÚRGICO



# CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho:

### Posicionamento Cirúrgico

Submetido no âmbito da celebração do *Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório 2023 - EPND*, subordinado ao lema "**Aprender, Liderar, Inspirar**", foi realizado pelo Bloco Operatório do/de: 1 - IPO Coimbra, com o objetivo de contribuir para a melhoria das práticas de segurança centradas no doente com ganhos em saúde, tendo como:

Colaboradores: **Catarina Coutinho; Joana Ferreira; Mónica Vaz; Pedro Pinto; Verónica Silva**

Porto, 15 de fevereiro de 2023

**Esmeralda Nunes**  
Presidente da AESOP





ANEXO II - FORMAÇÃO EM GESTÃO DO RISCO EM SAÚDE: A Segurança do cliente  
- 8ª EDIÇÃO



## DECLARAÇÃO

Para os devidos efeitos declara-se que (o)a Senhor(a) Enfermeiro(a)

**VERONICA RAQUEL FERREIRA DA SILVA**

Membro nº 72417,

concluiu com aproveitamento a **8ª Edição** da acção de formação «**Gestão de Risco em saúde: A Segurança do Cliente**»<sup>1</sup> que decorreu de **03 a 25 de Maio de 2023**, ocorrendo no dia **24 de Maio**, das **09h00 às 12h00**, uma **sessão síncrona** em formato realizada, através da Plataforma digital “ ” e Plataforma EnForma.

Por ser verdade e nos ter sido pedido, se passa a presente declaração.

**Lisboa, 25 de Maio de 2023.**

P<sup>l</sup>A Bastonária

Luís Filipe Barreira  
Vice-Presidente do Conselho Directivo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 2,1 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Criação de Actividades Formativas | Carga Horária: 15h00 (12h00 assíncronas e 03h00 síncrona)

<sup>2</sup> Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.



ANEXO III – CERTIFICADO “II Convenção Internacional”



## CERTIFICADO

Certifica-se que o trabalho científico

### RECONHECIMENTO E TRATAMENTO DO CHOQUE SÉPTICO: PAPEL DO ENFERMEIRO

recebeu o **3.º Prémio** na categoria de **Poster**, integrado na **II Convenção Internacional dos Enfermeiros**, que se realizou nos dias **10 e 11 de maio de 2023**, no **Centro de Artes e Espetáculos da Figueira da Foz**.

**Autor:**

Verónica Raquel Ferreira Silva

**Coautor(es):**

Maria Odete Godinho Borges e Daniela Sofia Carvalho Fernandes

Figueira da Foz, 11 de maio de 2023

Ana Rita Pedroso Cavaco  
Presidente da II Convenção  
Internacional dos Enfermeiros

Ana Fonseca  
Presidente da Comissão Científica da  
II Convenção Internacional dos Enfermeiros

**II Convenção  
INTERNACIONAL  
DOS ENFERMEIROS  
O FUTURO É SAÚDE**



Centro de Artes  
e Espetáculos  
da Figueira da Foz  
**10 e 11 / MAIO 2023**

