



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com
especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE: DAS BARREIRAS ÀS ESTRATÉGIAS PARA
ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**PATIENT SAFETY: FROM BARRIERS TO STRATEGIES IN ADHERING
TO THE SURGICAL SAFETY CHECKLIST**

Por

Tiago Alexandre Rodrigues Ferreira da Rosa, nº 192021021

Lisboa, 2023



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA·PORTO

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, com
especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

**SEGURANÇA DO DOENTE: DAS BARREIRAS ÀS ESTRATÉGIAS PARA
ADESÃO À LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

**PATIENT SAFETY: FROM BARRIERS TO STRATEGIES IN ADHERING
TO THE SURGICAL SAFETY CHECKLIST**

Por

Tiago Alexandre Rodrigues Ferreira da Rosa, nº 192021021

Sob orientação da Prof. Doutora Isabel Rabiais

Lisboa, 2023

*“The real voyage of discovery consists, not in seeking new landscapes,
but in having new eyes”
(Proust, 1923)*

AGRADECIMENTOS

À minha irmã, pelo seu carinho e apoio infatigável ao longo destes anos.

À minha mãe e ao meu pai, por todo o apoio incondicional em todas as minhas decisões.

À Sandra, que abraçou comigo este desafio, e foi o meu porto de desabafos e de resiliência.

À Enfermeira Isabel Lino, por todo o seu apoio permanente.

À Professora Isabel Rabiais, pela paciência, compreensão, disponibilidade, motivação e escuta ativa durante todo este percurso formativo.

Aos orientadores dos estágios, que pela sua excelência de cuidar, enriqueceram este meu percurso.

Finalmente, mas não menos importante, ao meu amor pelo seu apoio e compreensão incansável durante todo este tumultuoso percurso.

A todos aqueles que, diretamente ou indiretamente, permitiram que este percurso se realizasse, o meu sincero e profundo agradecimento.

RESUMO

O presente relatório materializa o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica e tem como objetivo descrever de forma reflexiva e crítica as experiências vividas e competências desenvolvidas em contexto de estágio, nomeadamente, Controlo de Infecção Hospitalar, Segurança do Doente e Unidade de Cuidados Intermédios.

Este percurso formativo permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências ético-deontológicas, técnico-científicas e relacionais, fundamentadas no desenvolvimento de conhecimentos teóricos baseados na evidência científica, mobilizados para a prática clínica de forma reflexiva e crítica, objetivando-se na construção de uma nova identidade profissional - Enfermeiro Especialista. Esta nova identidade profissional materializa-se na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, assentes nos padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem identificados pela Ordem dos Enfermeiros.

Uma das componentes estruturantes e essenciais da qualidade na saúde é a segurança do doente, não podendo existir qualidade nos serviços de saúde sem que haja segurança nos cuidados prestados. Neste sentido, a prática clínica do percurso formativo incidiu na temática da qualidade e segurança do doente, durante a qual foi fomentada a prática baseada na evidência científica, tendo sido promovidos diversos momentos de formação e reflexão acerca do estado da arte da disciplina de enfermagem, bem como realizada uma revisão sistemática da literatura.

Este percurso formativo que almejava a diferenciação e especialização dos cuidados de Enfermagem, culmina na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica, assentes na ação refletida e na prática baseada na evidência científica, com vista à garantia da excelência do cuidar holístico à Pessoa em Situação Crítica e sua família.

Palavras-Chave: Enfermagem, Pessoa em Situação Crítica, Qualidade, Segurança do Doente

ABSTRACT

This report materializes the journey of acquiring and developing skills within the scope of the Master's program in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing: Nursing for Individuals in Critical Situations. Its aim is to reflectively and critically describe the experiences lived and competencies developed in the internship context, namely, Hospital Infection Control, Patient Safety, and Intermediate Care Unit.

This formative journey facilitated the acquisition and development of ethical-deontological, technical-scientific, and relational skills. These skills are grounded in the development of theoretical knowledge based on scientific evidence, applied to clinical practice in a reflective and critical manner, with the objective of constructing a new professional identity – Specialized Nurse. This new professional identity materializes in the provision of specialized nursing care to individuals in critical situations and their families, based on the quality standards of nursing care as identified by Ordem dos Enfermeiros.

One of the foundational and essential components of healthcare quality is patient safety, as there can be no quality in healthcare services without ensuring safety in the provided healthcare. In this context, the clinical practice during the formative journey focused on the theme of patient safety and quality. This phase fostered evidence-based practice, with numerous instances of training and reflection on the state of the art in the nursing discipline, along with the execution of a systematic literature review.

This formative trajectory, which aspired to differentiate and specialize nursing care, culminates in the acquisition and development of common and specific competencies of the Medical-Surgical Specialized Nurse. These

competencies are rooted in reflective action and evidence-based practice, with the purpose of ensuring excellence in holistic care for Individuals in Critical Situations and their families.

Keywords: Nursing, Individual in Critical Situation, Quality, Patient Safety

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS e SIGLAS

N – Número

n.º – Número

p. – Página

% – Percentagem

APA – *American Psychological Association*

ATP – Adenosina Trifosfato

CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*

DGS – Direção Geral da Saúde

GCLPPCIRA – Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

IACS – Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde

ISBAR – Identificação; Situação; *Background*; Alergias; Recomendações

JCI – *The Joint Commission International*

MES – Microrganismos Epidemiologicamente Significativos

MeSH – *Medical Subject Headings*

OE – Ordem dos Enfermeiros

PBCI – Precauções Básicas do Controlo da Infeção

PPCIRA – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

UCIM – Unidade de Cuidados Intermédios

WHO – *World Health Organization*

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	19
REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.....	23
BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À CHECKLIST DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: UMA SCOPING REVIEW	23
ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLÍNICO	43
2.1 GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS.....	54
2.2 GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE	65
2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS.....	69
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	85
APÊNDICES.....	99
APÊNDICE I – Estratégia PCC	100
APÊNDICE II – Resultados dos estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	101
APÊNDICE III - Resultados estatísticos dos estudos incluídos na <i>Scoping Review</i>	113
APÊNDICE IV – Poster - O benefício da adenosina Trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa.....	116

APÊNDICE V – Resumo do artigo - O benefício da Adenosina Trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa da literatura	117
APÊNDICE VI – Exposição <i>Workshop</i> Estudos microbiológicos em endoscópios	120
APÊNDICE VII – Artigo Newsletter Segurança do Doente: A utilização de brinquedos em ambiente hospitalar	123
APÊNDICE VIII – Poster Segurança do Doente: Brincar em segurança no Hospital.....	124
APÊNDICE IX – Formação em Serviço: Comunicação Eficaz	125
ANEXOS	129
ANEXO I - Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana.....	130
ANEXO II - Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa.....	131
ANEXO III - Certificado de participação no <i>Workshop</i> Estudos Microbiológicos em Endoscópio	132

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA.....	34
---	-----------

INTRODUÇÃO

No âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem, com a especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, ministrado pela Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, é solicitada a realização de um Relatório de Estágio. O presente Relatório de Estágio é o culminar de todo o percurso académico e formativo, permitindo a obtenção do título de Especialista em Enfermagem Médico Cirúrgica, na vertente da Pessoa em Situação Crítica; e o Grau académico de Mestre em Enfermagem, após aprovação na prova de defesa pública do presente relatório.

Reconhece-se Enfermagem como a profissão que tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano ao longo do ciclo vital, para que este atinja a sua máxima capacidade funcional o mais breve possível, ou seja, ao Enfermeiro cabe o dever de exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos assegurando a melhoria contínua da qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem (Lei n.º 156/2015, 2015). A Enfermagem constitui-se, hoje, como profissão e disciplina científica e autónoma, resultado da diferenciação e especialização dos cuidados de enfermagem.

Ao longo das décadas a qualidade em saúde tem sido uma preocupação, tendo sido abordada pela primeira vez por Florence Nightingale no século XIX. A definição de qualidade em saúde tem evoluído ao longo dos tempos. Apesar de não existir ainda uma definição universalmente aceite, vários autores defendem a ideia de que a qualidade em saúde é multidimensional (Legido-Quigley et al., 2008). A Organização Mundial de Saúde definiu que cuidados de

saúde de qualidade devem apresentar as seguintes dimensões: Eficácia, Segurança, Centrados nas pessoas, Oportunidade, Equidade, Eficiência e Integração (World Health Organization [WHO], 2020).

De forma a acompanhar a evolução conceptual do conceito de qualidade em saúde, considerando os avanços tecnológicos e científicos, os enfermeiros têm vindo a produzir conhecimento diferenciado e especializado, com o objetivo de melhorar a sua intervenção. Segundo o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, o “enfermeiro especialista é aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade em enfermagem” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4744). Esta diferenciação e especialização do cuidar materializa-se na excelência do exercício da enfermagem.

De acordo com plano de estudos do Mestrado em Enfermagem, a realização dos estágios e do respetivo relatório abrange duas unidades curriculares. A primeira diz respeito à unidade curricular *Pessoa em Situação Crítica e Família – Vigilância e Decisão Clínica*, que decorreu no período de 26 de Abril a 11 de Junho de 2022, tendo sido atribuída creditação por exercer funções num Serviço de Urgência há mais de 5 anos. A outra unidade curricular, diz respeito ao *Estágio Final e Relatório*, que decorreu no período de 5 de setembro a 20 de dezembro de 2022, englobando 750 horas de trabalho, das quais 360 horas foram de estágio, 360 horas de trabalho autónomo, 20 horas de seminário e as restantes 20 horas de orientação tutorial.

Considerando a importância que o estágio apresenta na transição de Enfermeiro para Enfermeiro Especialista, procurou-se maximizar a diversidade de experiências e contextos expostos. Nesse sentido, o estágio foi dividido em três momentos distintos, não obstante, todos com o objetivo de desenvolver competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família. O

primeiro momento teve lugar num Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos de uma instituição hospitalar no âmbito da assistência privada. O segundo momento decorreu num Gabinete de Segurança do Doente de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa. Por último, o terceiro momento de estágio decorreu numa Unidade de Cuidados Intermédios de uma instituição hospitalar no âmbito da assistência privada.

O presente relatório tem como objetivo materializar o processo de aprendizagem, aquisição e desenvolvimento de competências especializadas, através da descrição, análise e reflexão crítica das atividades realizadas ao longo da prática clínica.

Este trabalho encontra-se dividido em quatro capítulos. No primeiro capítulo apresenta-se a revisão sistemática da literatura realizada no decorrer do percurso académico. A qualidade em saúde, em particular a segurança da pessoa, constitui um *core* de interesse no percurso formativo desenvolvido. Nesse sentido, e seguindo no âmbito da segurança do doente, em conjunto com a Sandra Barreira, formanda do Mestrado em Enfermagem e colega de trabalho, foram aprofundados conhecimentos sobre a temática da segurança cirúrgica através da realização de uma revisão sistemática da literatura. Esta revisão sistemática da literatura pretendeu dar resposta aos fatores condicionantes à adesão da *checklist* segurança cirúrgica. O segundo capítulo diz respeito à descrição, análise e reflexão das Competências Comuns e Específicas do Enfermeiro Especialista alcançadas no decorrer dos estágios, tendo por base os respetivos regulamentos n.º 140/2019 e n.º 429/2018. O terceiro capítulo apresenta uma conclusão de todo o trabalho desenvolvido. Por último, no quarto capítulo são apresentadas as referências bibliográficas, a melhor evidência científica que suportou a prática no decorrer dos estágios.

Este documento rege-se pelo artigo 9.º do Regulamento Geral do Curso de Mestrado em Enfermagem (Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da

Saúde da Universidade Católica Portuguesa, 2017). No que diz respeito à referenciação bibliográfica, foi orientada pelas normas de referenciação bibliográfica da APA, na sua edição mais recente (7ª edição), tendo sido realizada através da aplicação de gestão de bibliografia Mendeley.

REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À *CHECKLIST* DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: UMA *SCOPING REVIEW*

RESUMO

Introdução: As consequências relacionadas aos procedimentos cirúrgicos são frequentes e representam, a nível mundial, um problema de saúde. De forma a minimizar os riscos decorrentes das práticas cirúrgicas e aumentar a segurança do doente, foi desenvolvida a *checklist* de segurança cirúrgica proposta pela Organização Mundial de Saúde. Apesar da importância da utilização desta lista de verificação, a literatura tem mostrado que a mesma não tem sido usada de forma adequada por todos os profissionais.

Objetivos: i) Identificar as barreiras de adesão à *checklist* de segurança cirúrgica em contexto de unidades de bloco operatório; ii) identificar as estratégias promotoras de adesão à *checklist* de segurança cirúrgica em contexto de unidades de bloco operatório.

Método: Foi efetuada uma *scoping review* através do método preconizado pelo JBI (*Joanna Briggs Institute*). O processo de revisão resultou numa amostra final de 30 artigos (de 2012 a 2022) incluídos em 27 revistas diferentes.

Resultados: As barreiras de adesão à *checklist* mais citadas pelos estudos foram as seguintes: falta de formação/competências/desconhecimento da importância do instrumento (N=18; 60%); carga de trabalho: (N=12; 40%); atitudes negativas/resistência à utilização do instrumento (N= 9; 30%); lacunas na comunicação (N=5; 17%) e problemas de trabalho em equipa (N=4; 13%). Foram identificadas as seguintes estratégias promotoras de adesão: intervenção

educacional/formação (N=6; 54%); melhoria do ambiente de trabalho (N=1; 9%); promover a colaboração entre a equipa (N=1; 9%); criar políticas (N=1; 9%); implementar uma liderança forte (N=1; 9%) e envolver o doente no processo de implementação da *checklist* (N=1; 9%).

Conclusões: O conhecimento das barreiras e das estratégias da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica reveste-se de enorme importância, pela sua importância na cirurgia segura.

Palavras-chave: *checklist* de segurança cirúrgica; segurança do doente; adesão; barreiras; estratégias.

INTRODUÇÃO

A segurança do doente afigura-se atualmente, um tema central nas agendas de muitos países. A Organização Mundial de Saúde define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”, considerando o risco como “a probabilidade de ocorrência de um incidente” (DGS, 2011, p. 14-15).

Devido à complexidade da dinâmica existente no bloco operatório, a segurança do doente e a qualidade dos cuidados assumem-se de extrema importância (Valido, 2011), pelo que os profissionais de saúde devem reunir esforços e estratégias para a garantia dos mesmos (Poveda et al., 2021). Dentro desses profissionais, encontram-se os enfermeiros que segundo o seu código deontológico, têm o dever de adotar medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados. Nesse sentido, e atendendo ao facto de assegurarem de forma contínua e individualizada a prestação de cuidados, os enfermeiros encontram-se numa posição privilegiada para promover a qualidade dos cuidados (Soares et al., 2022).

Apesar da cultura de segurança ser considerada um dos pilares fundamentais da segurança do doente, sendo por isso acutelada no Plano de

Ação Mundial para a Segurança do Doente, os dados referentes à segurança cirúrgica denotam a existência de oportunidades de melhoria. De acordo com Soares et al. (2022), a incidência mundial de eventos adversos perioperatórios é de 3% e a taxa de mortalidade é de 0,5%. Esses números refletem que quase 7 milhões de doentes submetidos as cirurgias apresentam complicações a cada ano, dos quais 1 milhão morre durante ou imediatamente após a intervenção.

Em 2008, a Organização Mundial de Saúde lançou o programa *Safe Surgery Saves Lives*, com a finalidade de implementar procedimentos cirúrgicos seguros e melhores práticas de segurança do doente, visando a diminuição da incidência de eventos adversos (Venneri et al., 2021). Os eventos adversos podem ser classificados como complicações indesejadas, decorrentes do cuidado prestado aos doentes, não atribuídas à evolução natural da doença de base/procedimento cirúrgico.

A Organização Mundial de Saúde propôs a aplicação de uma lista de verificação ou *checklist* de segurança cirúrgica, que assenta em dez objetivos essenciais para a segurança cirúrgica, divididos em três momentos (*Sign-in*, *Time-out* e *Sign-out*). Antes da indução anestésica (*Sign in*), na presença de, pelo menos, o enfermeiro e o anestesista, as etapas englobam a confirmação positiva da identificação do doente, do local da incisão, do procedimento e do consentimento; a marcação do local cirúrgico, caso se aplique; a verificação dos equipamentos e de alergias ou outras condições por parte do doente; a existência de via aérea difícil e por último o risco de perdas sanguíneas superiores a 500ml.

Na segunda fase (*Time-out*), antes da incisão da pele e na presença do enfermeiro, anestesista e cirurgião, as etapas incluem os seguintes procedimentos: a confirmação de que todos os elementos da equipa se apresentaram, indicando os seus nomes e funções; a confirmação da identificação do doente, procedimento e local da incisão; a validação da administração da profilaxia antibiótica nos 60 minutos prévios à incisão; e por

último, mas não menos importante a antecipação de eventos críticos, por parte da equipa. No caso do cirurgião, a existência de passos críticos ou fora da rotina, o tempo previsto de cirurgia e as perdas de sangue previstas. O médico anestesista deve validar a existência de alguma preocupação específica com o doente. No caso da equipa de enfermagem, esta deve validar verbalmente se o instrumental cirúrgico está devidamente esterilizado, e a existência de problemas com o equipamento ou outros.

Na última e terceira fase (*Sign-out*), antes do doente sair da sala de operação e na presença do enfermeiro, do anestesista e do cirurgião, o enfermeiro confirma verbalmente o nome do procedimento realizado, a contagem de instrumentos, compressas e corto-perfurantes, a rotulagem dos produtos biológicos ou outros (devendo ler em voz alta os rótulos das amostras, incluindo o nome do doente) e se existiram problemas com os equipamentos ou outros de carácter importante. Ainda nesta etapa, o cirurgião, o anestesista e o enfermeiro identificam informação relevante a transmitir à equipa da unidade de cuidados pós-anestésicos, nomeadamente as principais preocupações ou necessidades do doente (WHO, 2009b).

Neste contexto, o enfermeiro posiciona-se como uma pedra basilar na implementação e utilização da *checklist* de segurança cirúrgica, na medida em que está presente em todas as etapas cruciais para a segurança cirúrgica. É igualmente um facilitador na comunicação entre os membros da equipa cirúrgica, contribuindo para a promoção da qualidade e segurança de todos os envolvidos no procedimento (Hendges et al., 2020).

Vários estudos mostraram o benefício da utilização da *checklist* de segurança cirúrgica nomeadamente na redução da mortalidade e do risco de complicações pós-operatórias. No estudo de White et al. (2018), a implementação da *checklist* de segurança cirúrgica foi associada a reduções concomitantes nas taxas de mortalidade e complicações entre doentes submetidos a cirurgia. O mesmo se verificou no estudo de Spanjersberg et al.

(2020), em que a mortalidade reduziu em 120 dias em doentes submetidos a cirurgia cardíaca. De acordo com Haridarshan et al. (2018), o uso da *checklist* de segurança cirúrgica melhora não só a qualidade dos cuidados prestados como a percepção da segurança do doente pelos profissionais, reduzindo consideravelmente a morbimortalidade, as complicações e consequentemente a qualidade dos cuidados de saúde prestados. A *checklist* é um instrumento de fácil aplicação desde que os profissionais de saúde recebam formação e orientações adequadas, com o intuito de promover e assegurar a sua implementação (Haridarshan et al., 2018). Ainda segundo os dados obtidos no estudo de Haridarshan et al. (2018), após a implementação da *checklist* de segurança cirúrgica, foi possível observar reduções significativas em termos de complicações anestésicas, intraoperatórias e pós-operatórias. Também se verificou uma mudança significativa nas taxas de mortalidade. Assim, a mortalidade intraoperatória diminuiu de 1,4 para 0,4% e as mortes pós-operatórias diminuíram de 12,04% para 0,8%.

A *checklist* de segurança cirúrgica é, portanto, um instrumento de baixo custo para as instituições de saúde, com elevados níveis de garantia na segurança do procedimento cirúrgico. Este instrumento auxilia na verificação de todas as possibilidades de eventuais erros ou falhas que podem decorrer do processo cirúrgico, além de melhorar a comunicação entre os elementos da equipa de cirurgia. Ao nível do doente, a utilização da *checklist* de segurança cirúrgica apresenta-se como uma garantia de qualidade e segurança, assegurando que este será submetido a um procedimento cirúrgico seguro, em que a probabilidade de complicações pré e pós-operatórias é minimizada (Hendges et al., 2020). Segundo os dados obtidos por Soares et al. (2022), a implementação da *checklist* de segurança cirúrgica tem um grande potencial para promover a melhoria do processo de trabalho dos profissionais de saúde, resultando em benefícios para o doente ao otimizar a qualidade do cuidado prestado. No âmbito da crescente preocupação com a segurança do doente nas

instituições de saúde, a *checklist* de segurança cirúrgica surge como um instrumento capaz de contribuir para uma melhor coordenação do cuidado cirúrgico, para a promoção do trabalho em equipa e para a diminuição de complicações (Ribeiro et al., 2017). Muitos dos problemas ocorridos durante a cirurgia condicionam elevados níveis de stress, não só nos profissionais envolvidos como também no doente. Por conseguinte, a implementação e a utilização da *checklist* de segurança cirúrgica constituem uma importante etapa para uma nova cultura de segurança (Aguir et al., 2021).

Apesar de todos os resultados positivos apontados na literatura sobre a implementação da *checklist* de segurança cirúrgica, a verdade é que a mesma nem sempre é utilizada corretamente ou não é de todo utilizada. Por exemplo, no estudo de Marquioni et al. (2019), apesar de a *checklist* de segurança cirúrgica ter sido verificada em 90,72% dos registos clínicos, nenhuma cirurgia apresentou a *checklist* totalmente preenchida. Além disso, foi verificado um maior preenchimento dos itens relativos à primeira etapa da *checklist*, em detrimento dos restantes. Foi observado, também, que na última etapa (*Sign-out*) o item correspondente à contagem de compressas, corto-perfurantes e instrumentos cirúrgicos não foi verificado em 44% das cirurgias, uma percentagem relativamente elevada ao ter em consideração a alta complexidade do prejuízo causado pelo esquecimento de qualquer material no interior do local cirúrgico. Por fim, mas não menos importante, nesse estudo foi identificado como obstáculo da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica, a comunicação inadequada entre os membros da equipa – fator considerado crucial para o sucesso do procedimento e da prevenção de erros (Marquioni et al., 2019).

Na perspetiva de Alpendre (2017), os efeitos da *checklist* de segurança cirúrgica dependem do processo de implementação de cada instituição de saúde, sendo, por isso, suscetíveis de eficácia. Nesse sentido, podem existir diversas barreiras para o sucesso da sua implementação, as quais podem ser de

caráter organizacional e cultural (Alpendre et al., 2017). Alguns estudos identificaram também estratégias que podem ser utilizadas para aumentar a adesão à *checklist*, sendo uma das estratégias a formação. Por exemplo, no estudo de Ferorelli et al. (2022) constatou-se que após a realização de formação acerca das funcionalidades da *checklist* de segurança cirúrgica, cada um dos membros da equipa cirúrgica (cirurgiões, anestesistas e enfermeiros) aumentou a adesão ao instrumento. Além disso, a adesão aumentou mesmo nos profissionais que não realizaram formação, talvez pela influência positiva dos comportamentos positivos dos colegas (Ferorelli et al., 2022).

Nesse seguimento, justifica-se mapear e identificar a melhor evidência científica referente às barreiras e às estratégias promotoras de adesão à *checklist* de segurança cirúrgica. Espera-se, assim, contribuir para uma maior compreensão acerca do que é necessário melhorar nas instituições de saúde em prol da qualidade dos cuidados prestados e da segurança do doente.

METODOLOGIA

Tipo de estudo

Trata-se de uma *scoping review* que se enquadra com a temática da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica no contexto de unidades de bloco operatório. O método adotado segue o processo preconizado pelo JBI (*Joanna Briggs Institute*). As *scoping review* constituem uma forma de sintetizar evidências científicas de forma a dar resposta a uma determinada questão de investigação, de modo transparente e reprodutível, procurando incluir todas as evidências publicadas acerca do tema em análise (Lame, 2019).

Questões de investigação

A questão de investigação foi formulada conforme Tabela 1 (Apêndice I), através da utilização da estratégia PCC, sigla para População (*Population*), Conceito (*Concept*), Contexto (*Context*). Assim, a questão PCC foi a seguinte: “Quais são as barreiras à adesão da *checklist* de segurança cirúrgica por parte da

equipa cirúrgica no bloco operatório?” e “Quais são as estratégias promotoras para a adesão à *checklist* de segurança cirúrgica por parte da equipa cirúrgica no bloco operatório?”

Crítérios de elegibilidade

Como critérios de elegibilidade foram determinados os seguintes: (1) Participantes – elementos constituintes da equipa cirúrgica (cirurgiões, anestesista e enfermeiro instrumentista, de anestesia e de circulação); (2) Conceito – segurança do doente com enfoque na adesão à *checklist* de segurança cirúrgica (barreiras e estratégias); (3) Contexto – bloco operatório.

Como critérios de inclusão foram determinados os seguintes: artigos originais, de abordagem qualitativa ou quantitativa, dissertações e teses de mestrado/doutoramento, artigos que incluíssem os temas a abordar, artigos publicados nos últimos 10 anos, escritos nos idiomas português, inglês ou espanhol.

Para a seleção dos artigos foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* - PRISMA (Page et al., 2021).

Estratégia de pesquisa

A pesquisa foi realizada no período de dezembro de 2022 e janeiro de 2023, tendo-se adotado a estratégia de pesquisa das três etapas (JBI- *The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual*, 2015), tal como referido anteriormente. A primeira etapa iniciou-se com uma pesquisa inicial nas bases de dados *Medline* e *CINAHL*, que possibilitou a identificação das palavras usadas nos títulos e nos resumos, assim como os termos de indexação. Na segunda etapa, realizou-se a pesquisa nas referidas bases: *PubMed*, *EBSCO*, sendo que esta última inclui as seguintes bases de dados: *CINAHL Complete*, *MEDLINE Complete*, *Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive*, *Cochrane Central Register of Controlled Trials*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *Cochrane Methodology Register*,

Library, Information Science & Technology Abstracts, MedicLatina; SciELO- Scientific Electronic Library Online, Biblioteca do Conhecimento Online (B-On), JSTOR, DOAJ, Mendeley Data, RCC- Repositório Científico de Acesso Aberto em Portugal, Repositório Comum e BVC- Biblioteca Virtual em Saúde. Recorreu-se igualmente ao Google Académico para inclusão de literatura académica utilizando os termos de indexação.

Utilizaram-se os seguintes descritores/MeSH e palavras-chave: *surgical safety checklist; patient safety; barriers to adhesion; promotional strategies*, em português, inglês e espanhol. Foram efetuadas as seguintes associações com o operador booleano “AND” e “OR”: *surgical safety checklist AND adherence OR adhesion AND barriers; surgical safety checklist AND promotional strategies.*

Por fim, a terceira e última etapa, consistiu na pesquisa de listas de referências da literatura importantes para encontrar estudos adicionais.

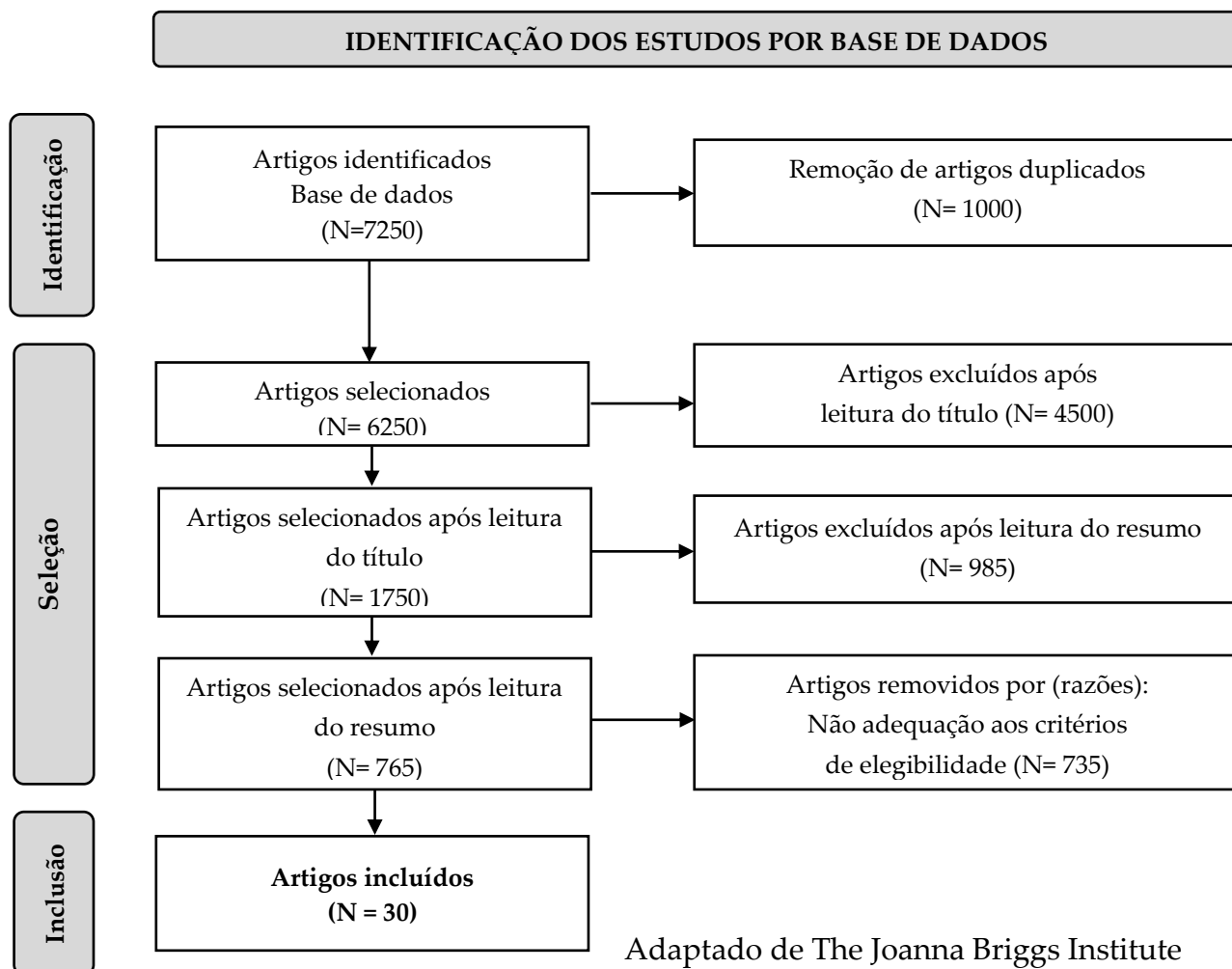
A seleção de estudos foi efetuada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão supracitados. Os artigos incluídos foram exportados para uma folha do Excel, tendo sido agrupados por autor, ano, título, idioma, base de dados, país, objetivos, metodologia, amostra e resultados principais.

RESULTADOS

Tendo por base a estratégia acima descrita acedeu-se a um total de 7250 artigos. Foi feita a remoção dos duplicados, tendo ficado com 6250 artigos. Após a leitura do título foram eliminados 4500, ficando com 1750. Após a leitura do resumo, foram eliminados 985, ficando com 765 para leitura integral. Desses 765 artigos, e depois de os mesmos terem sido lidos na íntegra, foram excluídos 735 por não adequação aos critérios de elegibilidade, obtendo-se um total de 30 artigos, dos quais: *B-On* (N=6), *EBSCO* (N=3), *Mendeley* (N=8), *Pubmed* (N=5), *Repositório Comum* (N=1), *Scielo* (N=8).

O fluxo do processo de inclusão dos estudos é apresentado na Figura 1, de acordo com o *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses-PRISMA* (Page et al., 2021).

Figura 1. Fluxograma PRISMA



Na Tabela 2 (Apêndice II) apresenta-se uma síntese dos estudos incluídos na revisão.

No que respeita os dados gerais sobre os artigos, das bases de dados analisadas, aquelas que apresentaram um maior nº de estudos (tendo em conta os critérios de inclusão definidos neste trabalho), foi a *Scielo* (N=8; 26%) e a *Mendeley* (N=8; 26%), seguindo-se da *B-On* (N=6; 20%), *Pubmed* (N=5; 17%), da *EBSCO* (N=3; 10%) e, por último do *Repositório Comum* (N=1; 3%), conforme Figura 2 (Apêndice III).

A maioria das publicações são relativas ao ano 2019 (N=6; 20%). Os anos que registaram menos estudos foram os de 2012 (N=2; 7%), 2017 (N=2; 7%) e 2020 (N=2; 7%). Do período temporal analisado 2012-2022, não foram encontrados estudos relativos aos anos de 2014 e 2016, conforme espelha a Figura 3 (apêndice II).

Relativamente à abordagem metodológica, a maioria dos estudos são qualitativos (n=15; 50 %). Os restantes (N=14; 46 %) são quantitativos e apenas um (N=1; 3%) é misto (qualitativo e quantitativo).

No que diz respeito ao idioma, a grande maioria (N=23; 74,19%) está escrita em inglês, sete (N=7; 22,58%) estão em português apenas um em espanhol (N=1; 3%).

Relativamente à origem dos estudos, conforme Tabela 3 (apêndice III) os dois continentes que apresentaram o maior nº de estudos foram o continente americano (N=10; 77 %) e o continente asiático (N=10; 33 %); seguindo-se o continente europeu (N=7; 23 %) e, por último, o continente africano (N= 4; 13%). Dentro do continente americano, os países que se destacam são: Brasil (N=9; 30 %). Dentro do continente asiático, a Índia (N=2; 7%) e a Tailândia (N=2; 7%).

Os 30 artigos selecionados encontram-se distribuídos em 27 jornais diferentes, nas áreas de medicina e enfermagem. Os jornais mais frequentes são o *BMC Health Services Research* com 2 artigos publicados e o *Patient Safety in Surgery*, também com 2 artigos.

Dos 30 estudos incluídos, apenas 11 estudos (N=11; 36%) mencionaram estratégias promotoras de adesão à *checklist*. Assim, a maioria citou as barreiras.

As barreiras à adesão da *checklist* mais mencionadas foram: *falta de formação/competências/desconhecimento da importância do instrumento* (N=18; 60%); *carga de trabalho*: (N=12; 40%); *atitudes negativas/resistência à utilização do instrumento* (N= 9; 30%); *lacunas na comunicação* (N=5; 17%) e *problemas de trabalho em equipa* (N=4; 13%), conforme demonstra a Figura 4 (Apêndice III).

Outras barreiras mencionadas, embora em menor frequência foram as seguintes: *falta de supervisão, falta de recursos físicos e humanos* (indisponibilidade de equipamentos, *checklists* indisponíveis, escassez e rotatividade de pessoal), a *falta de especificação do papel da equipa cirúrgica; barreiras relacionadas com a própria checklist* (e.g.: *muitos itens para preencher, necessidade de adaptação para outras línguas ou para formato eletrónico*); *esquecimento/inércia; falta de incentivo/motivação; fraco apoio da gestão; falta de ética e cumprimento com o dever.*

No que diz respeito às estratégias promotoras da adesão à *checklist*, a mais citada foi a *intervenção educacional/formação* (N=6; 54%), sendo as restantes as seguintes: *melhoria do ambiente de trabalho* (N=1; 9%), *promover a colaboração entre a equipa* (N=1; 9%), *criar políticas* (N=1; 9%), *implementar uma liderança forte* (N=1; 9%) e *envolver o doente no processo de implementação da checklist* (N=1; 9%), conforme demonstra a Figura 5 (Apêndice III).

DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo central em mapear a evidência científica referente à adesão à *checklist* de segurança cirúrgica. Como objetivos específicos, pretendeu-se identificar quais as barreiras à adesão da *checklist* de segurança cirúrgica e as estratégias promotoras. Os resultados mostraram que as principais barreiras estavam relacionadas com a falta de formação ou formação inadequada por parte dos profissionais, carga de trabalho, atitudes negativas/resistência por parte dos membros da equipa cirúrgica, falhas de comunicação ou comunicação ineficaz e problemas de trabalho em equipa. No que tange às estratégias promotoras de adesão à *checklist* de segurança cirúrgica, a mais citada foi a formação, no entanto também foram identificadas outras, nomeadamente: melhorar o ambiente de trabalho, promover o trabalho em equipa, implementar uma liderança forte, criar políticas e envolver o paciente.

Seguidamente serão discutidos os resultados em função dos objetivos definidos.

Barreiras à adesão da checklist de segurança cirúrgica

Da análise dos estudos selecionados, foram identificadas diversas barreiras à adesão da *checklist* de segurança cirúrgica. Muitas dessas barreiras foram transversais a diferentes contextos cirúrgicos e países. Uma das principais barreiras mencionada em muitos dos artigos está relacionada com a falta de formação por parte dos profissionais de saúde, o que parece ser um fator inibidor da adesão à *checklist*. Essa barreira foi identificada nos estudos de Gul et al. (2022), sendo que após receberem formação adequada, os participantes melhoraram a adesão a todas as etapas da *checklist*. De igual modo no estudo de Costa et al. (2019), os enfermeiros mencionaram falta de formação no uso do instrumento. A falta de formação foi igualmente identificada no estudo de Munthali et al. (2022), sendo também reportado pelos participantes que, após a formação inicial, não houve mais oportunidade de formação para novos colaboradores. Para além disso, os profissionais (médicos e enfermeiros) mais habilitados raramente partilhavam os seus conhecimentos ou incentivavam o uso da *checklist* entre os elementos da sua equipa sem formação, o que resultou numa menor adesão. Também no estudo de Uprety et al. (2021) foi constatado que apesar da maioria dos profissionais ter conhecimento sobre a *checklist* de segurança cirúrgica, a falta de formação adequada foi considerada a barreira mais prevalente no que diz respeito à sua implementação. No estudo de Ferreira et al. (2019), foi possível perceber que os enfermeiros tiveram dificuldade em falar sobre a *checklist* e não reconheceram como um instrumento de prevenção/redução dos erros normalmente ocorridos em cirurgia e não sabiam utilizá-la de forma correta. A formação por parte dos profissionais de saúde, como barreira foi também identificada no estudo de Kisacik e Cigerci (2019); no estudo de Tostes e Galvão (2019); no estudo de Kasatpibal et al.

(2018); no estudo de Verwey e Gopalan (2018); no estudo de McGinlay et al. (2015); no estudo de Melekie e Getahun (2015); no estudo de Utiyamada et al. (2015); e no estudo de Fourcade et al. (2012).

Outra das barreiras identificadas está relacionada com a carga de trabalho e a conseqüente fadiga dos profissionais na aplicação correta e consistente da *checklist*. Por exemplo, no estudo de Munthali et al. (2022), os membros da equipa cirúrgica não utilizavam a *checklist* de segurança cirúrgica de forma consistente devido à sobrecarga de trabalho que os mesmos muitas vezes tinham de enfrentar, resultado da falta de recursos humanos. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Gong et al. (2021) ao investigarem os fatores que influenciavam os níveis de satisfação de ginecologistas, anestesiólogos e enfermeiros no que diz respeito à implementação da *checklist* de segurança cirúrgica. Também no estudo de Khodavandi et al. (2021), a existência de uma carga elevada de trabalho fez com que os elementos da equipa cirúrgica considerassem o preenchimento da *checklist* como um obstáculo, no sentido em que acabavam por perder mais tempo. Sharma et al. (2020) identificaram, também, a falta de tempo como um desafio/barreira relativamente ao uso e implementação da *checklist* de segurança cirúrgica entre elementos da equipa cirúrgica, possivelmente originada pela carga elevada de trabalho. Na investigação de Costa (2019), a sobrecarga de trabalho foi reportada pelos enfermeiros. Apesar de terem conhecimento e formação adequada a nível de utilização do instrumento, referiram que a quantidade de cirurgias diárias e o fator urgência faziam com que não conseguissem usar a *checklist* de forma rotineira e consistente. Estes resultados assemelham-se aos de Kisacik & Cigerci (2019) ao verificarem que as condições de trabalho intensas afetavam negativamente a utilização da *checklist*. A carga de trabalho como barreira foi também identificada no estudo de Aggarwal et al. (2018); de Verwey e Gopalan (2018); de Al-Qahtani et al. (2017); de McGinlay et al. (2015); de Melekie e Getahun (2015); e de O'Connor et al. (2013).

A resistência à utilização do instrumento por parte dos elementos da equipa cirúrgica foi assinalada como uma barreira para a não adesão à *checklist* de segurança cirúrgica. Por exemplo, no estudo de Uprety et al. (2021) a falta de vontade da equipa cirúrgica em utilizar a *checklist* foi identificada como uma das barreiras principais. Resultados idênticos foram encontrados por Sharma et al. (2020) que notaram uma falta de interesse/vontade no uso da *checklist* entre membros da equipa cirúrgica. No estudo de Munthali et al. (2022), por sua vez, foi verificado que alguns médicos tinham atitudes negativas em relação à utilização da *checklist*, uma vez que a consideraram como um “atraso” perfeitamente dispensável. De igual modo, Msosa et al. (2021) notaram que os membros de uma equipa cirúrgica consideraram a *checklist* de segurança cirúrgica como uma perda de tempo e alguns não compreendiam a sua importância. Kasatpibal et al. (2021), observaram, igualmente que a resistência da equipa cirúrgica na utilização do instrumento constituiu uma barreira, assim como no estudo de Kasatpibal et al. (2018). No estudo de Ribeiro et al. (2017), uma das barreiras à adesão à *checklist* foi a resistência dos médicos, provavelmente resultante do inadequado processo de implementação, na medida em que os mesmos não foram envolvidos no processo, condicionando a valores abaixo do esperado.

Num dos estudos foi observado que os membros da equipa cirúrgica com mais tempo de exercício profissional sentiram cinco vezes mais que a equipa não precisava de receber formação em relação ao uso da *checklist* e apresentaram oito vezes mais hipóteses de referir que a *checklist* não melhorava a segurança do doente, em comparação com os membros da equipa mais novos (Verwey & Gopalan, 2018). Em outro estudo os resultados também revelaram que a principal barreira à implementação da *checklist* de segurança cirúrgica em hospitais britânicos foi a resistência dos profissionais sénior (Russ et al., 2015). A resistência individual como barreira à adesão e implementação da *checklist* de segurança cirúrgica foi igualmente assinalada no estudo de Utiyamada et al.

(2015). Por fim, no estudo de O'Connor et al. (2013) os resultados traduziram que os anestesistas não se mostraram tão positivamente dispostos à *checklist* em comparação aos demais membros da equipa cirúrgica (enfermeiros e cirurgiões). Contudo, esse resultado foi atribuído à tendência da *checklist* ser concluída durante um período de elevada carga de trabalho dos anestesistas, resultando numa falta de envolvimento destes com o processo.

Alguns estudos identificaram como barreira a comunicação fraca, insuficiente ou ineficaz. No estudo de Sharma et al. (2020), a falha de comunicação entre a equipa cirúrgica apareceu como uma das três principais barreiras à adesão da *checklist*, bem como no estudo de Al-Qahtani et al. (2017); no estudo de Papaconstantinou et al. (2013) (entre cirurgiões e enfermeiros/anestesistas); no estudo de Fourcade et al. (2012) (entre cirurgiões e anestesistas). Por fim, também no estudo de Ribeiro et al. (2017) a ausência de preenchimento de alguns itens da *checklist* por parte dos membros da equipa cirúrgica sugeriu fragilidades a nível da comunicação entre estes.

Os *problemas de trabalho em equipa* (colaboração, cooperação entre os membros, relacionamento interpessoal, falta de espírito de equipa) foi identificada em alguns artigos como uma barreira. No estudo de Khodavandi et al. (2021), a principal barreira para a adesão à *checklist* estava relacionada com o fraco relacionamento interpessoal entre o cirurgião e o anestesista. Sharma et al. (2020) identificaram, igualmente, como barreira a falta de cooperação e de espírito de equipa entre os profissionais, bem como no estudo de Schwendimann et al. (2019) e de Utiyamada et al. (2015). Kisacik e Cigerci (2019) verificaram, também, que a discordância dentro da equipa acerca do uso e da importância da *checklist* de segurança cirúrgica influenciavam negativamente a adesão ao uso do instrumento.

Outras barreiras mencionadas, embora em menor frequência foram as seguintes: *falta de supervisão, falta de recursos físicos e humanos* (indisponibilidade de equipamentos cirúrgicos fundamentais, *checklists* indisponíveis, escassez e

rotatividade de pessoal), a *falta de especificação do papel da equipa cirúrgica; barreiras relacionadas com a própria checklist* (e.g.: muitos itens para preencher, necessidade de adaptação para outras línguas ou para formato eletrónico); *esquecimento/inércia; falta de incentivo/motivação; fraco apoio da gestão e administrativo; falta de ética e cumprimento com o dever.*

Estratégias promotoras da adesão à checklist

Uma das principais estratégias diz respeito à intervenção educacional/formação mencionada no estudo de Gul et al. (2022), uma vez que no seu estudo os membros da equipa cirúrgica que passaram por uma intervenção com vista a aumentar os conhecimentos e a importância da *checklist*, melhoraram a adesão em todas as etapas. Do mesmo modo, Ribeiro et al. (2017) mencionaram estratégias como as intervenções educacionais, como forma de promover a adesão à *checklist*. Também Msosa et al. (2021) observaram que uma das estratégias promotoras da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica poderia ser a formação obrigatória para todos os profissionais. A justificação para tal, segundo os autores, foi a de que os participantes manifestaram um desconhecimento intencional acerca do instrumento, sendo que alguns deles não possuíam formação para o uso do mesmo e expressaram o interesse em realizar formação. Ferreira et al. (2019) partilhou da mesma opinião relativamente à importância da formação, sendo que a considerou como uma estratégia promotora da adesão. De acordo com o autor, é preciso que os profissionais considerem a *checklist* como um instrumento relevante, que irá aumentar a segurança do doente e diminuir o risco da ocorrência de erros, o que pode acontecer através da formação, de modo a consciencializar os profissionais. Também Kasatpibal et al. (2018) identificaram como estratégias promotoras a formação adequada dos profissionais. De igual modo, Costa et al. (2019) verificou que os enfermeiros, ao receberem formação sobre a utilização

da *checklist*, reportaram benefícios, nomeadamente uma maior segurança ao processo cirúrgico e melhorias na comunicação interpessoal.

Outras estratégias promotoras dizem respeito à melhoria do ambiente de trabalho e a colaboração entre a equipa (Schwendimann et al., 2019; Khodavandi et al., 2021); a implementação de uma liderança forte (Russ et al., 2016); a criação de políticas (e.g.: implementação obrigatória da *checklist*) e o envolvimento do doente no processo (Kasatpibal et al., 2018).

CONCLUSÃO

Esta revisão pretendeu dar resposta às questões previamente definidas. O conhecimento das barreiras e das estratégias promotoras da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica reveste-se de enorme importância, de modo a identificar de que forma este instrumento tem vindo a ser utilizado no apoio à segurança cirúrgica, bem como potencialidades e vulnerabilidades que podem ser geridas.

Conforme foi possível notar nos artigos em estudo, teoricamente a adesão à *checklist* é muito boa, porém na prática foram identificadas uma série de barreiras importantes, que devem ser ultrapassadas.

Os artigos analisados mostraram que uma das principais barreiras à adesão da *checklist* por parte da equipa cirúrgica está associada à falta de formação e de consciencialização sobre a importância do instrumento. No entanto, outras barreiras importantes foram igualmente citadas como a carga de trabalho excessiva, as atitudes negativas/resistência à utilização do instrumento, as falhas de comunicação e os problemas de trabalho em equipa.

Uma das principais conclusões que se pode retirar é a de que é necessário apostar em intervenções educativas, que visem dotar os profissionais de competências adequadas na utilização da *checklist*, que os incentive a utilizá-la de forma correta e que, sobretudo, lhes incuta a importância da sua utilização. É igualmente necessário avaliar a carga de trabalho dos profissionais, uma vez que surgiu assumidamente como uma barreira. É imperativo que os

profissionais tenham tempo suficiente para preencher a lista e, por conseguinte, mudanças organizacionais têm de ser realizadas. Também é necessário entender os motivos pelos quais alguns profissionais ainda se encontram resistentes e têm atitudes negativas relativamente à utilização da *checklist*, e desconstruir, reduzir ou eliminar totalmente essas resistências.

Por fim, e dentro das mudanças organizacionais, é necessário identificar e resolver falhas a nível de comunicação entre a equipa que possam estar a impedir a adesão à *checklist*, bem como problemas de trabalho em equipa, que deve estar envolvida e comprometida (individual e coletivamente).

No que diz respeito às estratégias, conclui-se que é relevante apostar em intervenções educativas, na formulação de políticas e práticas que promovam a adesão à *checklist*, apostar numa liderança forte, em estratégias que visem melhorar o ambiente de trabalho, fomentando o espírito de equipa, a cooperação e a colaboração entre todos, assim como envolver o doente no processo.

Este trabalho apresenta algumas limitações que importa referir, nomeadamente a não inclusão de outros idiomas além do inglês, do português e do espanhol e a escassez de artigos em relação a alguns tópicos abordados, como as estratégias promotoras da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica. O facto de não se abranger todas as bases de dados existentes pode constituir também uma das limitações, apesar de se terem utilizado aquelas que são consideradas as mais conhecidas academicamente.

Os estudos incluídos apresentaram uma grande variedade a nível de país de origem. Assim, há que ter em conta diversos fatores que diferem de país para país, tais como a qualidade dos serviços de saúde, as políticas, a cultura organizacional, etc. Portanto, não se pode, de todo, extrapolar estes dados para o contexto português. Não obstante, os resultados obtidos fornecem-nos *insights* importantes e contribuem para melhor conhecimento sobre este tema.

Por fim, tendo em conta que se verificou que a literatura sobre o tema é bastante escassa em Portugal, sugere-se a realização de novos estudos que englobem não só as barreiras e as estratégias de adesão, como também o preenchimento da *checklist* de segurança cirúrgica em instituições de saúde portuguesas.

ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO CLÍNICO

Neste capítulo será realizada uma análise crítico-reflexiva sobre o percurso efetuado para aquisição e desenvolvimento das competências Comuns e Específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e na vertente de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, demonstrando o contributo da prática no moldar de uma nova identidade profissional. Importante referir que esta análise crítico-reflexiva pretende igualmente demonstrar o desenvolvimento de competências conducentes à atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem.

Conforme o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006), a atribuição do grau de mestre depende da demonstração, de capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades (éticas, morais e sociais), de capacidade de comunicação clara e objetiva (sem ambiguidades) das suas apreciações, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes.

De acordo com a Ordem do Enfermeiros, é essencial que os futuros enfermeiros especialistas no âmbito da prestação de cuidados de enfermagem especializada, compreendam as dinâmicas próprias da sua intervenção. Nesse sentido, o estágio é considerado um elemento fulcral na transição de Enfermeiro de cuidados gerais para Enfermeiro Especialista, na medida em que permite que as aprendizagens ocorram no contexto da prestação de cuidado,

potenciando o processo de aquisição e consolidação de conhecimentos (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2021).

Benner (2001) evidência nos seus estudos que a teoria serve de guia para a prática, sendo a prática um alvo de transformações através da influência de teorias. Concordando com esta linha de pensamento, é na prática que o profissional desenvolve o carácter, o conhecimento e a competência para contribuir para o desenvolvimento da própria prática. Outros autores, referem-se aos estágios como momentos de observação e intervenção em contextos de saúde, tendo como principal objetivo desenvolver capacidades, atitudes e competências (Alarcão & Rua, 2005).

Considerando o papel fulcral do estágio no processo de transição, optou-se por recorrer a uma metodologia descritiva, recorrendo à análise crítico-reflexiva das situações e contextos experienciados no decorrer dos mesmos.

Importa referir que previamente à realização dos estágios, foram delineados nos projetos de estágios, com base no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na Área da Pessoa em Situação Crítica (Regulamento n.º 429/2018, 2018), os objetivos com o intuito de nortear o caminho para um melhor desenvolvimento e aquisição de competências. Estes objetivos foram estruturados tendo por base o modelo de avaliação da qualidade dos cuidados de saúde defendido por Donabedian (2003), que considera que estes se podem avaliar através de três tipos de indicadores: estrutura (objetivos específicos); processo (ações planeadas); e resultado. Nesta situação, os indicadores de resultado correspondem à materialização das competências de Enfermeiro Especialista, na área da Enfermagem Médico-cirúrgica.

De acordo com o plano de estudos do presente Mestrado em Enfermagem, os estágios integram três contextos distintos: Serviço de Urgência, Unidade de

Cuidados Intensivos e um terceiro de escolha opcional consoante o projeto de aprendizagem desenhado pelo formando.

Neste sentido, a linha de pensamento para a seleção dos contextos de estágio, assentou na maximização da diversidade de unidades hospitalares por forma a potenciar as experiências e vivências. A localização geográfica, a facilidade de acesso, bem como a possibilidade de apoios ao desenvolvimento do projeto idealizado, foram fatores tidos em consideração. No que respeita ao primeiro contexto de estágio, Serviço de Urgência, após apresentação de um relatório que espelha a experiência profissional de quase 10 anos, 5 dos quais no Serviço de Urgência, foi deferido o pedido de creditação e reconhecido pelo corpo docente da Universidade como competência adquirida pelo exercício profissional.

De notar que a aquisição de competências será fundamentada em evidência científica, contudo recorrer-se-á ao modelo conceptual de Patricia Benner em determinados momentos. A escolha deste modelo prende-se com a concordância do constructo, quando a autora afirma que o enfermeiro passa por cinco níveis distintos no processo de aquisição e desenvolvimento de competências. Estes diferentes níveis (iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito) são o reflexo da evolução que foi ocorrendo ao longo deste processo.

Iniciei funções como enfermeiro em 2012, numa Unidade de Cuidados Intensivos Polivalente, de uma instituição hospitalar de assistência privada, onde permaneci durante 5 anos. Neste serviço, prestei cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa adulta e idosa, que vivenciavam processos de doença crítica ou falência multiorgânica. Simultaneamente acumulei funções em múltiplos eventos desportivos e musicais, onde prestei cuidados de enfermagem à pessoa em situação de doença aguda.

Em 2013 e 2014, fui convidado pelo professor regente da unidade curricular de Enfermagem de Emergência da Licenciatura em Enfermagem, de

uma Universidade da periferia de Lisboa, para abordar a temática dos cuidados de enfermagem à pessoa submetida a terapêutica de substituição renal.

Em finais de 2016 iniciei funções no Serviço de Urgência numa instituição hospitalar no âmbito da assistência privada, onde permaneci até meados de 2020. Nesse serviço, prestei cuidados de enfermagem dirigidos à pessoa, que vivenciava processos de doença aguda e/ou crítica. Durante esse período, acumulei simultaneamente funções na unidade de cuidados pós-anestésicos da mesma instituição, onde prestei cuidados de enfermagem no pós-operatório imediato.

Desde meados de 2020 encontro-me a exercer funções no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA), assegurando o cumprimento do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos, definido e atualizado no Despacho n.º 10901/2022. Em Novembro de 2020 aceitei o convite para coordenação da equipa de assistentes do serviço de medicina dentária, encontrando-me atualmente em acumulação de funções. No que respeita à coordenação, asseguro a gestão dos cuidados, adequando os recursos às necessidades garantindo a qualidade e segurança dos mesmos. O meu percurso na medicina dentária pauta-se pela sensibilização de toda a equipa, médicos e assistentes, para a segurança e qualidade dos cuidados, com foco nas precauções básicas do controlo de infeção.

Ao longo destes quase 10 anos de experiência adquirida, tenho prestado cuidados à pessoa em diversos contextos, permitindo a aquisição de competências de enfermeiro de cuidados gerais, mas também de enfermeiro especialista, tanto ao nível das competências comuns como específicas de especialista na área médico-cirúrgica.

Considerando a creditação do estágio de urgência, parece-me pertinente debruçar-me mais pormenorizadamente sobre o meu percurso no serviço de

urgência e que incontornavelmente proporcionou a aquisição de competências de um saber especializado.

A Ordem dos Enfermeiros entende pessoa em situação crítica, aquela cuja vida está ameaçada por falência ou eminência de falência de uma ou mais funções vitais e cuja sobrevivência depende de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Os cuidados de enfermagem à pessoa em situação crítica são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a recuperação total da pessoa (OE, 2018).

Atendendo à alta tecnologia, monitorização e necessidade de manter a estabilidade fisiológica, torna-se um enorme desafio manter o cuidar nos cuidados à pessoa em situação crítica (Urden et al., 2009). Os mesmos autores acrescentam que o enfermeiro em cuidados intensivos deve ser capaz de prestar cuidados de alta qualidade, com a maior competência, usando as tecnologias apropriadas e incorporando uma abordagem holística, tendo em conta o tempo e a situação da pessoa em situação crítica.

A minha experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos, aliada à compreensão intuitiva de cada situação num seu todo, à flexibilidade e adaptabilidade agindo rapidamente e em conformidade com a situação, confere segundo Benner (2001), um grau de perito na área de cuidados intensivos. Não obstante à vasta experiência na prestação de cuidados à pessoa em situação crítica, o serviço de urgência é uma realidade completamente distinta dos cuidados intensivos, pelo que quando iniciei funções nesse serviço, apercebi-me que teria de aprimorar umas competências e desenvolver outras. Esta capacidade de auto consciencialização permitiu-me compreender e aceitar o *downgrade* do nível de competências para iniciado avançado, enquanto enfermeiro prestador de

cuidados no serviço de urgência. Em seguida foco os setores do serviço de urgência mais impactantes para o meu desenvolvimento.

O posto de triagem é a porta de entrada do serviço de urgência. O evento de triagem pretende classificar as situações, assegurando que os casos mais urgentes ou potencialmente mais sérios recebem um tratamento prioritário seguindo-se os casos menos urgentes. Este evento é um encontro rápido e focado, no qual é recolhida informação utilizada para atribuir uma prioridade clínica, pelo que requer que o enfermeiro seja detentor de uma capacidade de interpretação, discriminação e avaliação na escolha do fluxograma e respetivo discriminador (Grupo Português de Triagem, 2010). São requisitos o raciocínio clínico, o reconhecimento de padrões, a formulação de hipóteses, a representação mental e, menos importantemente, a intuição. Por forma a ampliar as minhas capacidades almejando a excelência dos cuidados, realizei formação específica sobre o Sistema de Triagem de Manchester, um sistema amplamente utilizado no Sistema Nacional de Saúde Português. Este sistema fornece ao enfermeiro uma prioridade clínica (Emergente, Muito Urgente, Urgente, Pouco Urgente e Não Urgente) baseada na identificação de problemas (queixa apresentada pela pessoa), assentando em discriminadores e fluxogramas. As prioridades clínicas encontram-se divididas em 5 categorias (Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde e Azul), cada uma com tempos alvo previstos de atendimento diferentes (Grupo Português de Triagem, 2010).

A atualização contínua dos conhecimentos conforme previsto na alínea c) do Artigo 109.º do Código Deontológico, aliada à experiência adquirida no decorrer do percurso no serviço de urgência, contribuíram para a aquisição da competência comum de **basear a praxis clínica especializada em evidência científica** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Os serviços de urgência são considerados espaços amplos e despersonalizados, partilhados por inúmeros doentes e também por muitos profissionais de saúde que se movimentam rapidamente de um lado para o

outro, comprometendo a um nível elevado a individualidade da pessoa (Gouveia, 2002).

As salas de observação, como sector integrante dos serviços de urgência padecem dessa despersonalização. Nestas salas, embora se verifique o recurso às cortinas como uma forma de individualização dos espaços, esta é insuficiente para preservar o direito da pessoa à sua privacidade. Estas quebras de privacidade são evidenciadas por Gouveia (2002), que refere que a ameaça à privacidade da pessoa, é uma constante neste serviço, até porque de acordo com o contexto de cuidados, a maioria das interações decorrem num espaço físico que não permite assegurar privacidade.

A admissão da pessoa ao serviço de urgência é entendida como uma situação de incerteza associada à perda de privacidade, distanciamento de familiares, condicionando um forte sentimento de desconforto (Batista et al., 2017). Na mesma linha de pensamento, Pego (1998) refere que normalmente as pessoas consideram o ambiente e a organização destes serviços impessoal e muitas vezes assustador. Estes sentimentos, direta e indiretamente, condicionam momentos de grande fragilidade e vulnerabilidade para a pessoa podendo inclusive prolongar-se à sua família (Sá et al., 2015).

Como aludido anteriormente, assegurar o Direito à privacidade no serviço de urgência é um desafio constante, que os profissionais de saúde devem ter presentes na sua prática. Segundo o artigo 107º do Código Deontológico, no que refere ao respeito pela intimidade, o enfermeiro tem o dever de respeitar a intimidade da pessoa, e de salvaguardar sempre, no exercício das suas funções, a privacidade e a intimidade da pessoa (Lei n.º 156/2015, 2015). O não respeito pela privacidade pode potenciar o desconforto, um sentimento, na maioria das situações, presente desde a entrada no circuito hospitalar. Sabendo que estruturalmente a sala de observação do serviço de urgência ameaça a privacidade, atento sempre ao respeito pela privacidade das pessoas que cuida, promovendo o máximo de isolamento possível da unidade, e adequando o tom

de voz. Concomitantemente, fomento este comportamento junto dos elementos da equipa recorrendo aos momentos de passagem de turno para a sua sensibilização.

Alicerçar as intervenções dos enfermeiros numa base teórica, promove a melhoria da qualidade dos cuidados, assegurando igualmente o desenvolvimento da Enfermagem (McEwen, 2016). Nesse sentido, e considerando a ligação entre privacidade e conforto, podemos interpretar estes conceitos à luz da Teoria Humana do Cuidar de Jean Watson, inserida na Escola do cuidar, e que se fundamenta em correntes filosóficas como a fenomenologia, o existencialismo e as ciências humanas e apresenta dez fatores do cuidar (Watson, 2002). Destes fatores realço a existência de um ambiente mental, físico, sociocultural e espiritual sustentador, protetor e/ou corretivo. Jean Watson atribui extrema importância à abordagem à pessoa na sua totalidade, deixando de lado os cuidados tradicionais, que se centram apenas na dimensão física. O cuidar é visto como um ideal moral da enfermagem, sendo característica fundamental a preservação da dignidade humana (Watson, 2002). No que respeita o conforto, segundo a teórica, pode ser definido como um estado que condiciona o desenvolvimento dos doentes, sendo uma variável em que o enfermeiro pode intervir. A mesma autora identifica medidas de Conforto socioculturais relacionadas com os hábitos, valores e comportamentos da pessoa.

Incorporando os princípios da Teoria Humana do Cuidar na prática que desenvolvo, e refletindo acerca das ações que ocorrem diariamente na sala de observação do serviço de urgência, no sentido do aperfeiçoamento do cuidar, considero adquiridas competências comuns no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, onde consigo **garantir práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos**, através da **promoção da proteção dos direitos humano** em particular no **respeito pelo direito da pessoa à privacidade**, bem

como a **gestão na equipa de práticas que fomente a segurança, a privacidade e a dignidade** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A Pessoa em Situação Crítica face à complexidade das situações, as quais exigem necessidade de recurso a múltiplas medidas invasivas de terapêutica e diagnóstico, apresenta um elevado risco de infeção, pelo que é imperativo a existência de elementos dinamizadores do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA). Nesse sentido, e atendendo ao percurso profissional e interesse pessoal, fui nomeado como membro dinamizador. Promovi junto da equipa ações de formação periódica focando as Precauções Básicas do Controlo de Infeção (PBCI) e as Precauções adicionais baseadas nas vias de transmissão. As PBCI são um conjunto de medidas fundamentais que constituem o alicerce das boas práticas clínicas e destinam-se a prevenir a transmissão cruzada proveniente de fontes de infeção conhecidas ou não, obedecendo ao princípio de que não existem doentes de risco, mas sim, procedimentos de risco (Direção Geral de Saúde [DGS], 2012). Deste modo, foi possível dar resposta à competência específica **maximiza a intervenção na Prevenção e Controlo da Infeção e de Resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de resposta em tempo útil e adequadas** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Desde o início do meu percurso profissional fui exposto à importância da melhoria contínua da qualidade dos cuidados e o impacto que a liderança apresenta nesse domínio. A exposição premente potenciou um interesse no domínio da qualidade e gestão, pelo que realizei uma Pós-graduação em Gestão de Serviços de Saúde. Enquanto 2.º elemento da equipa de enfermagem, pautei a minha liderança em princípios que considero serem o alicerce de uma liderança eficaz, nomeadamente o respeito, a comunicação, a equidade, a responsabilização, reconhecimento e a excelência do exercício na profissão. Estes princípios são corroborados por (Gelbcke et al., 2009), quando afirma que

liderar, em particular em enfermagem, é saber conduzir, organizando o trabalho de equipa com vista à eficiência dos cuidados, pois o líder é o pilar de apoio da equipa, quer seja na educação ou na coordenação do serviço. Este deve estimular a equipa a desenvolver plenamente o seu potencial, o que interferirá diretamente na qualidade dos cuidados prestados.

Tendo consciência que o processo de liderança é um contínuo de aprendizagem e aperfeiçoamento, o foco é assegurar: o cumprimento de uma prática profissional e ética na equipa que lidera; a implementação da melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem; a gestão do serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades das pessoas; o desenvolvimento de competências dos enfermeiros promovendo a excelência do cuidado através de uma prática baseada na evidência (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Neste sentido considero ter adquirido competências comuns no domínio da gestão dos cuidados, onde **adaptei a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto**, visando a **garantia da qualidade dos cuidados**, bem como do **estilo de liderança adequando-o ao clima organizacional** e favorecendo a melhor resposta da equipa de enfermagem, como um todo e individual (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em suma, a excelência dos cuidados de enfermagem envolve um processo contínuo de desenvolvimento de competências no domínio cognitivo (Saber-Saber – conhecimento), no domínio psico-motor (Saber-Fazer – capacidades) e no domínio sócio-afetivo (Saber-Ser/Saber-Estar – atitudes e comportamento).

Este processo permite fazer cumprir o dever geral de “exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adotando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de enfermagem” (Lei n.º 156/2015, 2015, p. 8078)

Não sendo viável enumerar detalhadamente todas as vivências e experiências decorridas nos estágios, face à sua numerosidade e diversidade, optou-se por analisar e refletir sobre as que foram mais impactantes para o desenvolvimento de competências.

2.1 GRUPO DE COORDENAÇÃO LOCAL DO PROGRAMA DE PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÕES E DE RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS

O segundo contexto de estágio decorreu no Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (GCLPPCIRA) de uma instituição hospitalar de excelência incontornável no âmbito da assistência privada. O tempo de contacto foram cento e quarenta horas, decorridas durante sete semanas, com início a 5 de Setembro e término a 23 de Outubro.

O Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) foi criado através do Despacho n.º 2902/2013 (2013), e resulta da fusão dos dois anteriores programas de saúde, nomeadamente o Programa Nacional de Controlo de Infeção e o Programa Nacional de Prevenção de Resistência aos Antimicrobianos.

Face à crescente preocupação internacional em torno do dano evitável decorrente ou associado aos cuidados de saúde, torna-se necessário melhorar indicadores de saúde no âmbito deste Programa e assegurar uma maior interoperabilidade com Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026. Nesse sentido, a 8 de setembro de 2022 nos termos do Despacho n.º 10901/2022 verifica-se a atualização do PPCIRA quanto à sua missão e estrutura. A designação de Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos foi reformulada para Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos. Considerando que esta alteração se verificou no decorrer do estágio, optou-se pela designação inicial, nomeadamente GCLPPCIRA, na redação do presente relatório.

Não obstante desta atualização, os objetivos gerais do PPCIRA mantêm-se inalteráveis aos definidos anteriormente: redução da incidência de infeção

associada a cuidados de saúde; promoção do uso correto e responsável de antimicrobianos e diminuição da taxa de microrganismos com resistência adquirida a antimicrobianos (Despacho n.º 10901/2022, 2022).

Apesar das alterações estruturais preconizadas no despacho acima referido, à data do estágio o GCLPPCIRA era constituído por um médico coordenador e dois enfermeiros (com dedicação da totalidade do horário conforme protagonizado na alínea e) do n.º 14 do Despacho n.º 10901/2022 (2022). No que respeita à categorização profissional, ambos os enfermeiros são especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O GCLPPCIRA dispõe de um grupo consultivo, do qual faz parte uma vasta equipa multidisciplinar, composta por técnicos de meios completos de diagnóstico e terapêutica, médicos, enfermeiros, nutricionista e outros profissionais de saúde não prestadores de cuidados. Concomitante ao grupo consultivo existe um grupo dinamizador, composto por diversos profissionais de saúde, desde enfermeiros, a assistentes de medicina dentária, entre outros, distribuídos pelas diversas áreas da unidade hospitalar.

O GCLPPCIRA atua como um órgão consultivo do departamento executivo da própria unidade hospitalar sediado numa sala de reuniões no terceiro piso do bloco B, e integra os serviços que visam os programas transversais a todas as áreas clínicas do hospital, desde o departamento de acreditação e certificação de qualidade, ao departamento da gestão do risco. Nesse sentido, representa um importante contributo na regulamentação da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados ao doente.

No decorrer da primeira semana de estágio a minha presença pautou-se pela integração na estrutura física e na dinâmica relacional e funcional do serviço e da unidade hospitalar. Considerando o meu *background* como membro dinamizador do PPCIRA, desde logo tentei inteirar-me da metodologia de trabalho e estratégias implementadas no cumprimento do PPCIRA. Face à multiplicidade de áreas abrangidas pelo PPCIRA direcionei o foco para os

objetivos delineados de modo a mobilizar os recursos necessários para alcançar os indicadores de resultado, que se materializam em melhorias significativas na qualidade dos cuidados de enfermagem no decorrer da minha prática clínica.

Neste processo de integração, que visa o apropriar de conhecimento acerca do funcionamento e dinâmica relacional e funcional do GCLPPCIRA imprescindível para a aquisição de competências, insere-se o **Objetivo Geral** que foi definido no projeto por mim delineado: *“Desenvolver competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.”*

Para delinear e nortear o percurso de aquisição e desenvolvimento de competências, é imperativo compreender as áreas de atuação do enfermeiro no GCLPPCIRA. Após uma reflexão com o enfermeiro orientador sobre as competências atribuídas ao GCLPPCIRA conforme enunciado no ponto n.º 12 do Despacho n.º 10901/2022 (2022) delineei como primeiro objetivo específico: *“Desenvolver competências no âmbito de controlo de infeção e resistências aos antimicrobianos, integrando um Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistências aos Antimicrobianos”.*

Para este objetivo específico foram delineados indicadores de processo considerando as áreas de atuação do enfermeiro do GCLPPCIRA. Foi igualmente tido em consideração o parecer do enfermeiro orientador, tendo sido identificadas as seguintes áreas a desenvolver competências: monitorização das precauções básicas do controlo de infeção (PBCI); vigilância epidemiológica; e consultoria. De seguida serão descritas de forma detalhada as atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio para o cumprimento do objetivo identificado.

Segundo as alíneas c) e d) no ponto n.º 12 do Despacho n.º 10901/2022 (2022) compete ao GCLPPCIRA “garantir o cumprimento de precauções básicas de controlo de infeção e precauções baseadas nas vias de transmissão” (p. 96), visando a promoção de “práticas locais de isolamentos para contenção de

agentes multirresistentes e/ou epidemiologicamente significativos, assegurando a gestão racional dos recursos físicos existentes de acordo com a gestão de prioridades de risco” (p. 96).

As PBCI traduzem regras de boa prática que devem ser adotadas por todos os profissionais na prestação de cuidados de saúde, tendo em vista minimizar o risco de infecção e a transmissão cruzada de infecções associadas aos cuidados de saúde (IACS).

O termo IACS tem evoluído ao longo do tempo como consequência da transição de cuidados de saúde prestados essencialmente por instituições de cuidados agudos para outros ambientes de prestação de cuidados (Pina & Peres, 2008). Comumente conhecidas na literatura como infecção hospitalar ou infecção nosocomial, as IACS são caracterizadas como situações clínicas resultantes de reações orgânicas à presença de agentes infecciosos, sem que haja evidência de que a infecção esteja presente ou em fase de incubação no momento do internamento (Costa et al., 2009). O *Center for Disease Control and Prevention* considera três elementos principais na transmissão de infecção: a fonte (ou reservatório) de microrganismos infecciosos, o hospedeiro suscetível com porta de entrada para receção ao microrganismo, e um meio de transmissão do microrganismo (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2007).

O controlo das IACS é fundamental para a promoção da qualidade dos cuidados prestados e a sua atuação incide em quatro áreas de intervenção: Divulgação e implementação de boas práticas, mediante elaboração de políticas, orientações, procedimentos ou normas; Formação e sensibilização dos profissionais de saúde; Realização de auditorias internas no âmbito do controlo de infecção para monitorização das boas práticas; e vigilância epidemiológica, que consiste na recolha, registo e análise sistemática de informações sobre infecções, permitindo a obtenção das taxas de infecção, de forma a implementar medidas adequadas e orientadas (Duarte & Martins, 2019).

De acordo com a Direção Geral de Saúde (DGS) as PBCI incidem sobre 10 padrões de qualidade nomeadamente: Colocação de doentes; Higiene das mãos; Etiqueta Respiratória; Utilização de Equipamento de Proteção Individual; Descontaminação de equipamento clínico, Controlo Ambiental; Manuseamento Seguro da Roupa; Recolha segura de Resíduos; Práticas seguras na preparação e administração de injetáveis; e Exposição a agentes microbianos no local de trabalho (DGS, 2012) .

A higiene das mãos por parte dos profissionais de saúde é considerada a medida mais eficiente, mais simples e mais económica de prevenir as IACS (WHO, 2009a). Face ao enorme sucesso da estratégia multimodal lançada pela Organização Mundial de Saúde subordinada ao tema da higiene das mãos, em 2014 a DGS decidiu transversalizar esta estratégia aos restantes 9 padrões de qualidade. A Estratégia Multimodal de Promoção das PBCI, assenta em cinco grandes diretrizes: Mudança de sistema, que implica a existência de infraestruturas e equipamentos capazes que permitam a aplicação das PBCI; Formação e educação, que implica a capacitação regular dos profissionais de saúde, acerca das PBCI; Monitorização e *Feedback*, que pressupõe a monitorização da aplicação das PBCI, e das respetivas infraestruturas que possibilitam a sua aplicação, dos conhecimentos e das perceções que os profissionais de saúde têm acerca da temática, havendo também partilha dos resultados obtidos; Lembretes e Comunicações, por forma a promover as ações desejadas, no momento certo; Cultura de Segurança, facilitadora de um clima organizacional que valorize a intervenção (WHO, 2009a, 2021).

Seguindo a linha de pensamento da estratégia multimodal, o GCLPPCIRA tem implementado um plano de auditorias periódicas às PBCI, seguindo a metodologia da DGS, sendo 85% realizadas pelos membros dinamizadores, e os restantes 15% pelos Enfermeiros do GCLPPCIRA. Esta estratégia permite assegurar um contacto entre os enfermeiros do GCLPPCIRA e os restantes profissionais, sendo neste caso as auditorias entendidas não só como momentos

de observação, mas sim de esclarecimento de dúvidas e partilha de novos conhecimentos. No decorrer do estágio foi possível participar na realização de auditorias às PBCI, tendo sido a maioria referente à higiene das mãos, pelo que previamente foi necessária a realização de formação de auditores para a higiene das mãos, ministrada pelo Enfermeiro orientador. Participei igualmente na formação sobre PBCI inserida no programa de acolhimento aos colaboradores que iniciaram funções na unidade hospitalar no decorrer do estágio.

Estas atividades permitiram **monitorizar as medidas de prevenção e controlo implementadas**, bem como **diagnosticar novas necessidades e estabelecer estratégias pró-ativas visando a prevenção e controlo da infeção**, tendo **demonstrado conhecimentos específicos na área da higiene hospitalar** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Outra competência do GCLPPCIRA é “garantir o cumprimento obrigatório dos programas de vigilância epidemiológica de infeção associada a cuidados de saúde, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos”, e “garantir o retorno da informação sobre vigilância epidemiológica de infeção, de consumo de antimicrobianos e de resistências aos antimicrobianos às unidades clínicas” (Despacho n.º 10901/2022, 2022, pp.95-96).

A vigilância epidemiológica nesta unidade hospitalar assenta numa abordagem ativa e sistemática, efetuada sempre que possível em tempo real e recorrendo a plataformas nacionais da DGS. Tem como objetivo a obtenção de indicadores referentes à incidência e prevalência das principais IACS e microrganismos epidemiologicamente significativos (microrganismos problema e alerta), considerando as seguintes: Infeção a Microrganismos Epidemiologicamente Significativos; Infeção do local cirúrgico, para cirurgias definidas; Infeção da corrente sanguínea associada à utilização de cateter vascular central; Pneumonia associada à entubação traqueal em unidades de

cuidados intensivos; Infecção neonatal em unidades de cuidados intensivos neonatais; e Infecção urinária associada à utilização de cateter vesical.

No que respeita à classificação das IACS, esta assenta em critérios definidos pelo CDC para o diagnóstico das infeções (Costa et al., 2009), relativamente à sua localização, origem, o que permite posteriormente analisar as IACS na instituição, entre instituições e entre países aderentes.

Diariamente o laboratório de microbiologia partilha com o GCLPPCIRA os resultados de todas as culturas positivas, sendo estes monitorizados de forma a ativar e ou validar as medidas de isolamento de acordo com a via de transmissão dos Microrganismos Epidemiologicamente Significativos.

Aliado a esta partilha de informação, a unidade apresenta um sistema informático pró-ativo de avaliação de risco epidemiológico à admissão, com um questionário epidemiológico composto por 6 itens que pretende identificar a existência de risco epidemiológico. Do seu preenchimento pode resultar prescrição para realizar estudos de colonização que visam o despiste de *Staphylococcus Aureus* Resistente à Oxacilina/Meticilina, *Acinetobacter* Multiresistente ou *Clostridium difficile*, e conseqüentemente a ativação de isolamento presuntivo. Este será validado ou removido pelo médico ou enfermeiro do GCLPPCIRA mediante resultados dos estudos microbiológicos.

A vigilância epidemiológica exige um extenso trabalho de análise aos processos clínicos dos doentes, para determinar, primeiramente, se as culturas positivas resultam de IACS ou de infeções na comunidade. Caso o desenvolvimento tenha ocorrido nas primeiras 48 horas da admissão no hospital é considerado IACS. Apenas nestes casos é que se verifica o cruzamento dos resultados das culturas com a clínica dos doentes (excluindo as colonizações das infeções) para caracterização das IACS.

Durante o estágio foi oportuno participar na realização de vigilância epidemiológica, compreendendo o importante contributo que representa para a melhoria contínua dos cuidados, na medida em que os resultados obtidos

permitem uma intervenção individual em cada serviço, adequando procedimentos instituídos.

Esta atividade permitiu **monitorizar as medidas de prevenção e controlo implementadas** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Num olhar atento sobre a deontologia profissional da enfermagem verifica-se a existência de uma tríade indissociável entre o desenvolvimento de competências, os direitos da pessoa cuidada e a prestação de cuidados. Segundo a alínea c) do art.º 109 do código deontológico – da excelência do exercício – refere que o enfermeiro deve procurar em todo o ato profissional a excelência do exercício, devendo manter a atualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas (Lei n.º 156/2015, 2015). Nesta linha de pensamento, no decorrer do estágio tive oportunidade de participar no 13º congresso Internacional de Controlo de Infeções e de Resistência aos antimicrobianos, subordinado ao tema “em direção a um novo normal”, tendo sido abordadas inúmeras temáticas, das quais gostaria de destacar as seguintes conferências: O hospital do futuro; a iniciativa AWaRe da classificação dos antibióticos; A segunda vítima: Profissionais de saúde; e Reprocessamento endoscópico: a caminho da esterilização? (Anexo I).

Outra área de competência fundamental do GCLPPCIRA é o apoio técnico e consultivo. O GCLPPCIRA detém como responsabilidade o apoio técnico consultivo e elaboração de recomendações, com base nas normas e orientações nacionais e internacionais existentes para a prevenção e controlo da infeção e terapêutica antimicrobiana, visando atividades ou intervenções, clínicas e não clínicas, que possam interferir com a prevenção e controlo da infeção e gestão dos fármacos antimicrobianos. Para a elaboração deste parque documental é de extrema importância o alinhamento com a direção executiva da unidade hospitalar, na medida em que o GCLPPCIRA interliga-se com múltiplas unidades funcionais, nomeadamente o Gabinete de Segurança do Doente, o

Departamento de Manutenção, o Departamento de Auditorias e Qualidade, entre muitos outros. No que respeita ao apoio consultivo, como aludido anteriormente o GCLPPCIRA é um órgão consultivo do departamento executivo, sendo solicitado para esclarecimento de dúvidas e/ou obtenção de pareceres face a questões que possam comprometer a segurança dos cuidados e dos profissionais. A pandemia veio realçar a importância desta área de apoio, onde diariamente eram solicitados pareceres e esclarecimento de dúvidas, quer pelo departamento executivo, quer pelos profissionais de saúde.

No decorrer do estágio participei em pedidos de consultoria a áreas clínicas e não clínicas tendo sido necessária a adaptação de circuitos definidos e/ou a criação de novos. Foram igualmente solicitados esclarecimentos de dúvidas, a maioria relativas a questões práticas no cumprimento das PBCI, como por exemplo, higiene das mãos, utilização de equipamento de proteção individual mediante o tipo de isolamento, triagem e a recolha segura de resíduos, entre outros. Esta atividade permitiu **estabelecer procedimento e circuitos requeridos na prevenção e controlo da infeção face às vias de transmissão** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com base no descrito anteriormente, considero ter sido alcançado com sucesso o primeiro objetivo específico.

No delinear do projeto de aprendizagem e das atividades a desenvolver, fui confrontado pelo Enfermeiro orientador, com a problemática das infeções associadas a endoscópios, e o contributo que os estudos microbiológicos poderão acrescentar na prevenção destas infeções. Nesse sentido, delineei como segundo objetivo específico: *“Contribuir para a melhoria dos cuidados prestados ao cliente submetido a exame endoscópico, no âmbito do Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos”*.

Segundo a literatura, nos últimos anos têm sido registados surtos causados por bactérias Gram negativo, algumas dotadas de multirresistência, associados a técnicas endoscópicas (Sethi et al., 2017). Outros autores afirmam

que os endoscópios, após a sua utilização transportam uma elevada carga microbiana representando um elevado risco de contaminação microbiológica, podendo causar infeções cruzadas, caso o seu reprocessamento não seja adequado e rigoroso (Cadime et al., 2021). De notar que este potencial risco coloca o reprocessamento dos endoscópios no foco de monitorização do GCLPPCIRA, que resulta na pesquisa contínua da melhor prática no sentido de assegurar a prevenção e controlo da infeção.

Por forma a contribuir para uma metodologia de trabalho baseada na melhor evidência científica, foi realizada uma revisão narrativa da literatura, com o objetivo de identificar o efeito da utilização do método de adenosina trifosfato (ATP) na avaliação da qualidade da etapa lavagem manual do reprocessamento de endoscópios. Esta revisão culminou na participação no V Seminário Internacional de Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa (Anexo II) com a exposição do poster (Apêndice IV) e a publicação do resumo do artigo (Apêndice V) intitulado: O benefício da Adenosina Trifosfato para avaliação de eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa da literatura, no e-book do seminário.

Após a partilha da revisão narrativa da literatura com o Enfermeiro Orientador, fui convidado a participar no *workshop* sobre estudos microbiológicos em endoscópios (Anexo III).

Para a participação foi necessária a realização de auditoria ao processo de reprocessamento de endoscópio com base na orientação técnica definida na unidade hospitalar. Foi igualmente avaliada a qualidade da lavagem do endoscópio recorrendo ao método de adenosina trifosfato, para posterior divulgação no *workshop*. Segundo a literatura a adenosina trifosfato é um indicador que apresenta uma maior sensibilidade quando comparado com outros indicadores (Alfa et al., 2013a, 2013b; Alfa & Olson, 2016; ANSI/AAMI, 2022).

O meu contributo no *workshop* culminou numa exposição oral sobre a avaliação da qualidade da lavagem manual por método de adenosina trifosfato (Apêndice VI) e na coordenação de uma banca prática para treino do procedimento de colheita de testes de adenosina trifosfato, e respetiva interpretação dos resultados.

Estas atividades permitiram **desenvolver práticas de qualidade, colaborando em programas de melhoria contínua**, através da **utilização de evidência científica e de indicadores e instrumentos para avaliação das práticas** (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Em suma, os enfermeiros especialistas pela posição que ocupam nos serviços de saúde e nas equipas multidisciplinares constituem um recurso inegável na prevenção e controlo de infeções, integrando programas, construindo orientações técnicas, supervisionando e direcionando os cuidados prestados, de forma mais segura e com maior qualidade. Desta forma, considero ter desenvolvido competências no que respeita à intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na vertente da pessoa em situação crítica, em particular na prevenção e controlo de infeções e de resistência a antimicrobianos.

Como aludido no decorrer do capítulo, o PPCIRA é um dos programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde que visa dar importância à segurança do doente. Outro programa que visa igualmente dar mais relevância à qualidade e segurança na saúde é o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes. Neste sentido, a escolha do segundo contexto de estágio recaiu sobre o Gabinete de Segurança do Doente, na medida em que é da sua responsabilidade a implementação e monitorização do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes.

2.2 GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE

O segundo momento de estágio realizou-se no Gabinete de Segurança do Doente de um centro hospitalar situado na área metropolitana de Lisboa. O tempo de contacto foi de oitenta horas, decorridas durante três semanas, com início a 24 de outubro e término a 13 de novembro.

Quanto à organização estrutural, o Gabinete de Segurança do Doente apresenta uma natureza de apoio técnico do conselho de administração, integrando o sistema da qualidade e segurança do centro hospitalar. Composto por cinco gabinetes, que se encontram sediados no edifício da administração de uma das unidades hospitalares, embora o seu raio de ação se estenda a todo o centro hospitalar. O *core* da equipa é constituído por seis elementos residentes (enfermeiras) dividido em quatro grandes núcleos: Coordenação, Gestão da Avaliação do Risco, Gestão de Incidentes e Indicadores, e Gestão de Projetos e Formação. A equipa conta também com a presença constante de elementos multidisciplinares, nomeadamente médicos e técnicos superiores de diagnóstico e terapêutica: terapeuta da fala, fisioterapeuta, técnico de farmácia, técnica de imagiologia, técnica de análises clínicas e administrativo. O grupo detém ainda uma bolsa de interlocutores distribuídos estrategicamente pelas diversas áreas do centro hospitalar.

No que respeita à sua missão, o foco centra-se na promoção de um ambiente seguro e na melhoria contínua dos cuidados de saúde, através da dinamização de atividades na área da gestão do risco e segurança do doente. Assenta desta forma nos vários desafios da Organização Mundial de Saúde e no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 apresenta-se como uma ferramenta de apoio com o objetivo de promover e consolidar a segurança da prestação de cuidados de saúde, tendo presente o foco no doente

e seus cuidadores. Estruturalmente encontra-se alinhado com o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 da Organização Mundial de Saúde, e assenta em cinco pilares que estabelecem um referencial de consolidação e evolução em matéria de segurança do doente, nos quais se integram objetivos estratégicos, cujas metas são alcançadas pela implementação das ações definidas no presente Plano. Os cinco pilares dizem respeito à Cultura de segurança, Liderança e governança, Comunicação, Prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente, e Práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Após uma reflexão com a enfermeira orientadora sobre a responsabilidade do enfermeiro no gabinete de segurança do doente, foi delineado como objetivo específico: *“Desenvolver competências no âmbito da segurança do doente, integrando um gabinete de segurança do doente”*.

Para este objetivo específico foram igualmente delineados indicadores de processo considerando o parecer da enfermeira orientadora face às áreas de atuação do enfermeiro. Face à limitação temporal foram identificadas apenas duas áreas: Avaliação do risco de unidades funcionais e Gestão de incidentes de segurança do doente. De seguida serão descritas de forma detalhada as atividades desenvolvidas no decorrer deste estágio para o cumprimento do objetivo definido.

O tema da segurança do doente afigura-se atualmente, como uma questão central nas agendas de vários países. Contudo, esta preocupação remonta a 1863, quando Florence Nightingale escrevia nas suas notas “pode parecer estranho enunciar o princípio, mas o primeiro objetivo de um hospital deve ser não provocar danos” (Wachter, 2010).

A Organização Mundial de Saúde define segurança do doente como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável”. A mesma organização define risco como “a probabilidade de ocorrência de um incidente” (DGS, 2011, pp. 14-15).

A literatura tem demonstrado que os erros são uma constante da prática de cuidados de saúde e ocorrem em qualquer fase do processo de cuidados (Mendes & Barroso, 2014). De acordo com a DGS (2011), um erro apresenta-se como uma “falha na execução de uma ação planeada de acordo com o desejado ou o desenvolvimento incorreto de um plano” (p. 14). Este pode dar origem a um incidente, definido como um “evento ou circunstância que poderia resultar, ou resultou, em dano desnecessário para o doente”, assumindo a designação de incidente com dano ou evento adverso, quando o doente é lesado (DGS, 2011, p. 14).

A segurança do doente é um dos itens da qualidade dos cuidados prestados, não podendo existir qualidade nos serviços de saúde sem que haja segurança (Sousa et al., 2011), sendo a gestão do risco essencial para assegurar qualidade e segurança no processo de cuidados. Esta gestão baseia-se num processo de melhoria contínua, onde se pressupõe uma avaliação e monitorização dos riscos existentes, para que seja possível implementar ações preventivas.

O quinto pilar do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, designado como práticas seguras em ambientes seguros, assenta no pressuposto que o contexto e as condições em que se prestam cuidados de saúde condicionam a segurança, a qualidade e a efetividade dos cuidados. Os recursos existentes, a organização do trabalho, os circuitos de cuidados estabelecidos, bem como a existência de ferramentas e instrumentos, são algumas das condicionantes dos ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

No decorrer do estágio foi possível participar na avaliação de risco de duas unidades funcionais, nomeadamente no serviço de consulta externa de otorrinolaringologia num contexto de candidatura a centro de referência; e na unidade de cirurgia ambulatória, num contexto de pós intervenções estruturais.

Outra área onde tive igualmente oportunidade de participar foi na gestão de incidentes de segurança do doente, que como aludido anteriormente é uma

das pedras basilares da segurança e qualidade dos cuidados. Esta inicia-se com a notificação do incidente por parte do profissional de saúde, numa plataforma designada, que na unidade hospitalar em questão era o HER+. Segundo a literatura, a notificação de incidentes é considerada um dos meios de prevenção mais eficientes, na medida em que se o erro for conhecido, podemos identificar as causas e falhas ocorridas, e implementar estratégias de ação e correção, que visem em situações futuras, a redução ou eliminação do erro (Sousa et al., 2011).

Após a notificação é da responsabilidade do gabinete de segurança do doente a análise do incidente, classificando o mesmo quanto ao nível de gravidade e de probabilidade. Nas situações com nível de gravidade elevado, ou seja, dano permanente ou morte causada pelo incidente, é preconizada a realização de uma análise causa-raiz e a partilha com o Conselho de Administração do Centro Hospitalar. A plataforma HER+ permite não só a notificação e a análise de incidentes, como também a realização da avaliação do risco.

É conhecido que a causa dos eventos adversos é multifatorial, no entanto a componente humana e de equipa é a que mais contribui. A *Joint Commission on the Accreditation of Healthcare Organizations*, afirma que a maior parte dos eventos sentinela, tem origem na insuficiente formação das pessoas, e quebra na comunicação (Fragata, 2011). Nesse sentido, uma outra área de intervenção do gabinete de segurança do doente é a formação que visa profissionais de saúde, mas também integra os doentes e acompanhantes num *empowerment* e aumento da literacia em saúde. Para esta dinâmica contribuiu a publicação de um artigo (Apêndice VII) e de um poster (Apêndice VIII) sobre a segurança na utilização de brinquedos em ambiente hospitalar publicados na newsletter semanal promovida pelo gabinete de segurança do doente do centro hospitalar.

Em suma, este estágio permitiu a refletir sobre o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, e compreender que o sucesso da melhoria da segurança do doente depende do envolvimento, entusiasmo e dedicação de todos os

profissionais que intervêm nos cuidados de saúde aos doentes (Carneiro et al., 2010). Findo o mesmo, considero-me enquanto futuro Enfermeiro Especialista capacitado para repensar na operacionalização do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes no meu local de trabalho, com foco na transição de uma cultura de resolução de problemas, essencialmente reativa, para uma cultura antecipatória, de índole preventiva quando possível e/ou exequível.

Por fim as atividades identificadas anteriormente permitiram **participar na gestão do risco ao nível de unidades funcionais, prevenido os riscos** através da **avaliação da efetividade das estratégias, planos e processos** e da **participação na gestão dos incidentes** (Regulamento n.º 140/2019, 2019), cumprindo assim o objetivo proposto.

2.3 UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

O terceiro e último momento de estágio decorreu na Unidade de Cuidados Intermédios (UCIM) de uma instituição hospitalar no âmbito da assistência privada. O tempo de contacto foram de cento e quarenta horas, decorridas durante seis semanas, com início a 14 de Novembro e término a 20 de Dezembro.

As UCIM consistem num *downgrade* das Unidade de Cuidados Intensivos (UCI), ou seja, são uma valência intermédia entre a UCI e a Enfermaria. Destinam-se ao tratamento de pessoas em situação crítica que não preenchem os critérios de admissão numa UCI, mas que necessitam de vigilância organizada e sistemática durante 24 horas por dia, não exequível numa Enfermaria. As UCIM são dotadas de camas categorizadas de nível II, que se destinam a pessoas que necessitam de monitorização multiorgânica e de suporte de apenas uma função orgânica, não requerendo ventilação mecânica invasiva (Paiva et al., 2016). A UCIM em questão encontra-se inserida na Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, sendo a sua maior valência de

intervenção a área cirúrgica, em particular, a neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral, urologia e otorrinolaringologia.

Estruturalmente encontra-se localizada contígua ao bloco operatório no primeiro piso do edifício A. Trata-se de uma unidade que dispõe de uma capacidade total de oito camas, três dispostas em *open space* e cinco em boxes de vidro permitindo uma maior privacidade. Como instalações de suporte, dispõe ainda de uma área de apoio para equipa de enfermagem e médica, uma área de consumíveis, uma área de equipamentos, uma sala de contaminados, uma casa de banho, e uma sala de espera partilhada com o serviço de internamento. As restantes instalações, como balneários, copa, gabinetes de coordenação são partilhados com o bloco operatório e o serviço de internamento.

No que respeita à equipa de enfermagem, esta é constituída por 24 enfermeiros, dentre os quais quatro são Enfermeiros Especialistas, dois em Enfermagem Médico-cirúrgica na pessoa em situação crítica e dois em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica. A distribuição da equipa é flexível mediante os níveis de cuidados necessários a prestar diretamente. Não obstante, é sempre assegurado o rácio enfermeiro/doente conforme a Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 533/2014, 2014), nomeadamente o rácio mínimo de 1:3 em camas de nível II. A organização dos cuidados prestados é baseada no método individual, onde o foco são as necessidades da pessoa em situação crítica, valorizando a humanização dos cuidados através da personalização e individualização dos cuidados, sendo o enfermeiro, responsável pela prestação de todos os cuidados aos doentes que lhe foram atribuídos no decorrer da sua jornada de trabalho (Slatyer et al., 2016).

À semelhança dos estágios anteriores, decorrida a primeira semana de estágio, foi delineado, tendo por base no Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica o **Objetivo Geral:** “Desenvolver competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-

científicas, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.”

Como exposto no início deste capítulo, prestei durante cinco anos cuidados à pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intensivos polivalente. Não obstante, face aos diferentes contextos, **detenho consciência dos meus recursos e limitações enquanto profissional e pessoa** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Nessa perspetiva, concordo com Benner (2001) quando afirma que os enfermeiros com nível superior de competência numa dada área podem ser classificados como principiantes quando expostos a uma situação desconhecida. Neste sentido, as primeiras semanas de estágios pautaram-se pela consolidação de conhecimentos teóricos com recurso à mais recente evidência científica de modo a **suportar a minha prática clínica em evidência científica** (Regulamento n.º 140/2019, 2019). A prática baseada em evidência, consiste no uso consciente e criterioso das melhores evidências da atualidade, desenvolvidas em paralelo com a experiência clínica e a par com os valores do doente (Titler, 2008).

Para delinear e direcionar o meu percurso de aquisição e desenvolvimento de competências formulei como primeiro objetivo específico: *“Desenvolver competências no âmbito da prestação de cuidados à pessoa em situação crítica e sua família na unidade de cuidados intermédios”*.

Numa primeira fase e indo ao encontro do objetivo específico estabelecido, pautei inicialmente a minha presença pela integração na estrutura física e na dinâmica relacional e funcional do serviço, imprescindível para o desenvolvimento e aquisição de competências. Este processo de integração permitiu a gradual prestação de cuidados de forma autónoma que se materializa no desenvolvimento e aquisição de competências.

No decorrer da prestação de cuidados e considerando a elevada prevalência de doentes do foro cirúrgico, constatei que a dor se apresentava

como foco comum nos diagnósticos de enfermagem e respectivos planos de cuidados.

Segundo a *American Pain Society*, mais de 80% das pessoas submetidas a cirurgia relata dor no pós-operatório (Chou et al., 2016), sendo esta manifestada como um conjunto de experiências sensoriais, emocionais e mentais desagradáveis que desencadeiam diferentes respostas físicas e comportamentais no ser humano (International Association for the study of Pain [IASP], 2010; DeSantana et al., 2020). Outros autores afirmam que a dor é entendida como uma experiência altamente subjetiva e multifatorial, que evoca sensações e emoções desagradáveis e é influenciada por crenças e valores culturais, experiências anteriores de dor, humor e capacidade de enfrentamento do indivíduo (Garcia et al., 2017).

Apesar do avanço na tecnologia e na saúde, a dor continua a ser um sinal vital de difícil medição e objetivação, sendo muitas vezes subestimada e conseqüentemente sub-tratada (Pogatzki-Zahn et al., 2017). Neste sentido, é imperativo que o enfermeiro especialista, como elemento-chave na promoção da procura permanente da excelência no exercício profissional, maximize o bem-estar dos clientes (OE, 2017). Para tal, deve priorizar a avaliação e controle da dor aguda por forma a facilitar o processo de recuperação, diminuição do risco de complicações e promoção do conforto e bem-estar da pessoa (Teixeira & Durão, 2016). O conforto é um dos elementos desejáveis do cuidado de enfermagem e revelador da qualidade do mesmo (Ribeiro, 2012). É um conceito em constante evolução, sendo subjetivo e complexo que poderá adquirir diferentes significados para cada pessoa tendo em conta a sua individualidade.

De acordo com a Teoria do Conforto de Kolcaba, conforto é muito mais do que a ausência de dor ou outros desconfortos físicos (Kolcaba, 2009). Este pode ser definido em três formas: alívio, tranquilidade e transcendência. Alívio consiste no estado no qual a pessoa tem satisfeita uma necessidade específica através do controlo de fatores que produzem desconforto de forma imediata. O

conforto como alívio é um resultado holístico imediato. Tranquilidade diz respeito ao estado de calma ou satisfação, sendo um estado mais duradouro e contínuo de bem-estar. Por fim, o conforto como transcendência entende-se como a condição na qual a pessoa recupera os seus problemas e dor como o nível mais elevado de conforto (Lima et al., 2016).

Como aludido anteriormente o controlo da dor é uma de três formas para assegurar o conforto, pelo que está presente em todos os planos de cuidados de doentes cirúrgicos, e é entendido pela equipa de enfermagem como um foco prioritário dos cuidados. Neste sentido, foi elaborada pela equipa multidisciplinar uma orientação sobre a monitorização e controlo da dor aguda no pós-operatório. Por forma a assegurar uma atualização constante da orientação, são realizadas mensalmente reuniões, no decorrer da transição de cuidados, com todos os membros da equipa onde se partilham os resultados da melhor evidência para suportarem a prática, como por exemplo, novas abordagens farmacológicas ou não farmacológicas. Neste sentido, em conjunto com o enfermeiro orientador, participámos na partilha de evidência sobre as vantagens da analgesia multimodal, em que se recorre à combinação de vários analgésicos e/ou técnicas de intervenção com diferentes mecanismos de ação, potenciado o efeito analgésico e diminuindo os efeitos colaterais da mesma.

Estas atividades permitiram a intervenção na pessoa em situação crítica com dor demonstrando **conhecimentos e habilidades na gestão diferenciada da dor e do bem-estar recorrendo a medidas farmacológicas e não farmacológicas para alívio da dor** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O internamento da pessoa em situação crítica, sendo um processo súbito, apresenta-se como um acontecimento com repercussões na vida da própria, mas também na da sua família (Borges, 2015). A capacidade em lidar com a situação pode apresentar-se comprometida, face ao reduzido tempo de adaptação, despoletando nos familiares sentimentos de ansiedade, stress, medo (Cabete et al., 2019) e impotência (Nascimento et al., 2015).

A humanização dos cuidados centra-se numa abordagem holística, onde se considera também um cuidado focado na família, considerando-a como um dos objetos do processo de cuidados e parte do contexto da pessoa em situação crítica (Sá et al., 2015). Outros autores corroboram esta visão, afirmando que se torna crucial a integração da família como um sujeito ativo no processo de cuidados e uma extensão da pessoa em situação crítica (Oliveira et al., 2014). Para que se verifique a inclusão da família no processo de cuidados é necessário identificar as suas necessidades, sendo para isso necessário estabelecer uma relação terapêutica, focada em ajuda e confiança (Esteves, 2012). As estratégias implementadas pela equipa de enfermagem com maior impacto para a promoção dessa relação são: acolhimento personalizado pelo enfermeiro e realização de avaliação inicial nas primeiras 24 horas de internamento. Estas estratégias potenciam os melhores momentos para a identificação das necessidades da família (Louro, 2014). Outras estratégias implementadas passam por um horário de visita alargado e disponibilização de contacto direto da UCIM para transmissão de informação à pessoa de referência.

Conhecer as necessidades da família da pessoa em situação crítica revela-se uma parte essencial dos cuidados de enfermagem. Tomar consciencialização da importância dos cuidados centrados na família, bem como participar na implementação das estratégias acima elaboradas para **estabelecer uma relação terapêutica eficaz**, permitiram **identificar as necessidades da pessoa e também da sua família** (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Com base no descrito anteriormente, considero ter atingido o primeiro objetivo específico proposto.

No decorrer do estágio foram várias as oportunidades de acompanhar a pessoa submetida a procedimento cirúrgico durante o seu percurso, desde a sua admissão ao serviço de internamento até à alta da UCIM. Durante este período foi possível constatar que os doentes são sujeitos a inúmeras transições de cuidados, bem como identificar oportunidades de melhoria, que partilhei com o

Enfermeiro orientador. Segundo a literatura, 70% dos eventos adversos na saúde ocorrem devido a falhas na comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2017). Considerando esta evidência, e as oportunidades de melhoria identificadas, foi delineado como segundo objetivo específico: *“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados e segurança das pessoas em situação crítica na unidade de cuidados intermédios”*.

A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, constituindo um dos cinco pilares do Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD). A comunicação assume particular destaque nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde, pelo que um dos objetivos estratégicos do PNSD é melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A transição de cuidados ocorre em qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre profissionais, que tem como missão assegurar a continuidade e segurança dos mesmos.

Uma transição de cuidados segura é um elemento basilar na segurança do doente, o que pressupõe uma comunicação eficaz entre os profissionais de saúde, onde a transmissão de informação caracteriza-se por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. O profissional de saúde deve saber quando falar, o que dizer e como dizer (DGS, 2017).

De acordo com a Joint Commission International (2017), a comunicação ineficaz é um dos principais fatores que contribuem para o aumento de incidentes de segurança, identificando a má comunicação durante a transferência como um fator importante na segurança do doente. A comunicação apesar de ser utilizada todos os dias, requer competências que

devem ser apreendidas e praticadas, de forma a contribuir para o estabelecimento de uma comunicação eficaz (DGS, 2017). Nesse sentido, é recomendada a utilização de um sistema padronizado de passagem de informação para minimizar erros e melhorar os *outcomes* dos doentes (*Joint Commission International [JCI]*, 2017). A metodologia ISBAR é amplamente recomendada e mundialmente utilizada, e representa cinco componentes-chave do processo de comunicação na transição de cuidados (Toren et al., 2022), nomeadamente I (Identificação da pessoa), S (Situação atual), B (*Background*/Antecedentes), A (Avaliação), R (Recomendações). Esta ferramenta deve ser entendida como um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal (DGS, 2017).

No decorrer do estágio, por forma a ir ao encontro das oportunidades de melhoria, foi identificada a necessidade de formação na área da comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Nesse sentido, foram realizadas 3 sessões de formação (Apêndice IX) aos profissionais de saúde da UCIM, bloco operatório e enfermaria em momentos distintos. Com esta atividade, considero ter **contribuído para um ambiente seguro**, imprescindível para a prevenção de incidentes e melhoria da qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Seguindo a linha de pensamento que se coaduna com o artigo 109º do código deontológico, da excelência do exercício, onde o enfermeiro deve analisar regularmente o trabalho efetuado e reconhecer eventuais pontos de melhoria, uma das oportunidades de melhoria identificadas durante a minha permanência no bloco operatório diz respeito à implementação da *check list* segurança cirúrgica. Nesse sentido, realizei em conjunto com uma formanda e colega de trabalho, uma revisão sistemática da literatura sobre a temática, tendo sido disponibilizado no serviço os resultados da mesma.

Em termo de conclusão, este estágio na UCIM permitiu a aquisição de competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados à pessoa em situação crítica e sua família, numa perspectiva de procura premente da excelência do exercício profissional, suportada numa prática baseada na evidência, e que se materializa na maturação profissional e pessoal (essencial ao meu crescimento profissional e pessoal).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerando a atual complexidade dos cuidados de saúde, importa consciencializar que os cuidados de Enfermagem assumem uma importância e exigência técnica e científica, no sentido de responderem aos mais elevados padrões de qualidade nos cuidados em saúde. Nesse sentido, a Enfermagem é uma profissão onde o conhecimento, competências e atitudes têm de ser constantemente contextualizadas e adaptadas à realidade do momento. Este processo de constante construção deve assentar num agir consciente e reflexivo, alicerçado nas premissas técnico-científicas, éticas, deontológicas e jurídicas, firmando e dignificando o exercício autónomo da profissão de modo esclarecido, responsável e justo. É igualmente neste processo de construção de práticas de cuidados que se vão desenvolvendo os conhecimentos avançados e as competências profissionais, uma necessidade cada vez mais emergente.

Os enfermeiros especialistas caracterizam-se pela apropriação de um conjunto de conhecimentos, habilidades e competências científica, técnica e humana que permitem a excelência do exercício e a humanização dos cuidados de enfermagem.

O presente relatório reflete o percurso de aprendizagem e desenvolvimento de competências na prestação de cuidados de Enfermagem especializados à Pessoa em Situação Crítica e sua Família. Este percurso, representou um marco importante no meu percurso pessoal e profissional, não apenas pela obtenção do grau académico de Mestre, mas acima de tudo pela

apropriação de conhecimento e competências que permitem prestar cuidados de enfermagem especializados de forma eficiente, segura e de qualidade.

A realização de uma revisão sistemática da literatura permitiu aprofundar conhecimentos sobre a segurança cirúrgica, como também produzir conhecimento científico que servirá de base para a uma praxis clínica especializada. Conhecendo as barreiras e as estratégias promotoras da adesão à *checklist* segurança cirúrgica, permitem-me aumentar a qualidade e a segurança dos cuidados que presto.

Os contextos clínicos são fundamentais no processo de desenvolvimento, na medida em que permitem mobilizar e aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos, promovendo o desenvolvimento de competências. Proporcionam igualmente momentos reflexivos que nos consciencializam o processo de aprendizagem.

A realização dos estágios em três contextos distintos, permitiu a prestação de cuidados em ambientes diferenciados, o que possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidar da pessoa em situação crítica e sua família.

No estágio do GCLPPCIRA foi possível compreender e participar nas principais áreas de competência e intervenção do enfermeiro especialista do GCLPPCIRA. Estas visam a maximização da segurança do ambiente de prestação de cuidados de saúde através da operacionalização do programa de prevenção e controlo de infeções e de resistências aos antimicrobianos. Este programa considera como foco de intervenção, as precauções básicas do controlo de infeção, as precauções adicionais baseadas nas vias de transmissão, a prevenção das principais infeções associadas aos cuidados de saúde do ponto de vista epidemiológico, a descontaminação ambiental e de dispositivos médicos e gestão de resíduos e por fim a gestão adequada da utilização de antimicrobianos. Realço outras atividades, nas quais tive o privilégio de participar, nomeadamente no apoio técnico e consultivo, na realização de

auditorias que têm como objetivo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados, e na atividade formativa, onde realizei formação para auditoria da higienização das mãos, bem como formação no âmbito da prevenção da infecção associada ao reprocessamento endoscópico através da participação num *workshop*.

O segundo momento de estágio, que decorreu num gabinete de segurança do doente, contribuiu para o desenvolvimento de competências na área da melhoria contínua da qualidade dos cuidados, através da participação na gestão do risco de unidades funcionais. A segurança do doente é um contínuo transversal à prestação de cuidados, pelo que pode ser impactada pelos cuidados de enfermagem. No decorrer do estágio foi permitida a participação na avaliação de risco de unidades funcionais, bem como na monitorização e gestão de incidentes de segurança. Importa realçar a atividade formativa desenvolvida através da elaboração de um artigo e poster no âmbito da segurança na utilização de brinquedos em ambiente hospitalar.

O estágio da UCIM possibilitou a mobilização e o aprofundar de conhecimentos teóricos sobre a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da pessoa em situação crítica, revelando uma prática de cuidado de enfermagem especializada assente na melhor evidência científica. Foram igualmente aprofundados conhecimentos na comunicação em saúde, em particular na transição dos cuidados, contribuindo para a promoção de um ambiente seguro. Estes resultados da melhor evidência foram partilhados em reuniões, bem como em sessões de formação em serviço. Esta partilha de evidência científica com a equipa de enfermagem contribui para a excelência do exercício, através da promoção da praxis clínica especializada baseada em evidência científica. O estágio reforçou a importância da humanização dos cuidados de enfermagem, onde a família da pessoa em situação crítica é parte integrante e crucial dos mesmos. Foi possível a mobilização de conhecimentos teóricos sobre relação

terapêutica, uma parceria estabelecida com a pessoa e sua família, fundamental para o cuidar holístico.

Todos os momentos de estágio foram impactantes para este percurso de aprendizagem e desenvolvimento. Face à elevada quantidade de experiências e conhecimentos teóricos e práticos que foram adquiridos, não foi possível a descrição pormenorizada de cada um neste relatório, contudo, todos contribuíram para o meu desenvolvimento pessoal e profissional.

Todo este percurso formativo consciencializou-me novamente de que o desenvolvimento profissional é um processo contínuo e infindável, cabendo a cada um, metaforicamente falando, “manter acesa a lamparina”. Esta disponibilidade e vontade de manter a busca pela aprendizagem diária visa almejar um nível diferenciado de cuidados e conseqüentemente a excelência dos cuidados.

Em termo de conclusão, apesar de todas as adversidades sentidas ao longo deste percurso, considero ter cumprido o objetivo do presente relatório, conseguindo descrever, analisar e refletir criticamente sobre o processo de aquisição de competências gerais e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na vertente da Pessoa em Situação Crítica, no decorrer dos estágios. Este relatório espelha ainda competências conducentes à atribuição do Grau de Mestre em Enfermagem, que segundo o artigo 15.º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, a atribuição do grau de mestre depende da demonstração, de capacidade de integração de conhecimentos, sua aplicação crítica, reflexão sobre as implicações e responsabilidades (éticas, morais e sociais), de capacidade de comunicação clara e objetiva (sem ambiguidades) das suas apreciações, e os conhecimentos e raciocínios subjacentes (OE, 2021).

Considero ter igualmente cumprido com o artigo 109º da Deontologia Profissional, que legisla o dever de o enfermeiro procurar a excelência do exercício, em todo o seu agir profissional, através de uma análise constante do

trabalho realizado, reconhecendo falhas que necessitem de melhorias; bem como, o manter uma atualização contínua dos conhecimentos não descurando a formação permanente e aprofundada (Lei n.º 156/2015, 2015).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aggarwal, N., Dhaliwal, N., & Joshi, B. (2018). To evaluate the use of surgical safety checklist in a tertiary referral obstetrics center of Northern India. *Obstetrics & Gynecology International Journal*, 9(2), 119-122. <https://doi.org/10.15406/ogij.2018.09.00318>
- Aguir, F. S. de, Rodrigues, F. C. P., Fontana, R. T., & Bittencourt, V. L. (2021). Adesão pela equipe de enfermagem a lista de verificação cirúrgica: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, 10(2). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12189>
- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto Contexto de Enfermagem*, 14(3), 373–382. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alfa, M. J., Fatima, I., & Olson, N. (2013a). The adenosine triphosphate test is a rapid and reliable audit tool to assess manual cleaning adequacy of flexible endoscope channels. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 249–253. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2012.03.015>
- Alfa, M. J., Fatima, I., & Olson, N. (2013b). Validation of adenosine triphosphate to audit manual cleaning of flexible endoscope channels. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 245–248. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2012.03.018>
- Alfa, M. J., & Olson, N. (2016). Simulated-use validation of a sponge ATP method for determining the adequacy of manual cleaning of endoscope

- channels. *BMC Research Notes*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/S13104-016-2066-7/TABLES/3>
- Alpendre, F. T., Cruz, E. D. de A., Dyniewicz, A. M., Mantovani, M. de F., Silva, A. E. B. de C. e, & Santos, G. de S. dos. (2017). Safe surgery: validation of pre and postoperative checklists. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1854.2907>
- Al-Qahtani, A. S. (2017). The Surgical Safety Checklist: Results of Implementation in Otorhinolaryngology. *Oman Medical Journal*, 32(1), 27–30. <https://doi.org/10.5001/omj.2017.05>
- American National Standards Institute & Association for the Advancement of Medical Instrumentation. (2022). *ST91:2021 Flexible and semi-rigid endoscope processing in health care facilities*. AAMI.
- Batista, M. J., Vasconcelos, P., Miranda, R., Amaral, T., Geraldês, J., & Fernandes, A. P. (2017). Presença de familiares durante situações de emergência: a opinião dos enfermeiros do serviço de urgência de adultos. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(13), 83–92. <https://doi.org/10.12707/RIV16085>
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto Editora.
- Borges, D. (2015). *A comunicação com a família em contexto de cuidados intensivos* [Dissertação de mestrado, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico do IPVC. http://repositorio.ipvc.pt/bitstream/20.500.11960/1346/1/Diana_Borges.pdf
- Cabete, D. D. S. G., da Fonte, C. S., de Matos, M. M. S., Patrica, H. M., Silva, A. R. R., & Silva, V. F. V. de A. (2019). Apoio emocional à família da pessoa em situação crítica: intervenções de enfermagem. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(20), 129–138. <https://doi.org/10.12707/RIV18062>
- Cadime, A., Canena, J., & Areia, M. (2021). *Pareceres SPED Reprocessamento de endoscópios flexíveis e de acessórios utilizados em endoscopia digestiva*. SPED.

https://www.sped.pt/images/Pareceres/PareceresSPED_Reprocessamento_de_endoscopios_flexiveis_e_de_acessrios_utilizados_em_endoscopia_digestiva.pdf

Carneiro, A. V., Campos, L., & Saturno, P. (2010). *A qualidade dos cuidados e dos serviços*. Plano Nacional de Saúde 2011-2016. <http://pns.dgs.pt/files/2010/07/Q2.pdf>

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). *Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings (2007)*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/isolation-guidelines-H.pdf>

Chou, R., Gordon, D. B., De Leon-Casasola, O. A., Rosenberg, J. M., Bickler, S., Brennan, T., Carter, T., Cassidy, C. L., Chittenden, E. H., Degenhardt, E., Griffith, S., Manworren, R., Mccarberg, B., Montgomery, R., Murphy, J., Perkal, M. F., Suresh, S., Sluka, K., Strassels, S., ... Wu Zzz, C. L. (2016). Guidelines on the Management of Postoperative Pain. *The Journal of Pain*, 17(2), 131–157. <https://doi.org/10.1016/j.jpain.2015.12.008>

Costa, A. C., Noriega, E., Fonseca, L. F., & Silva, M. G. (2009). *Inquérito Nacional de Prevalência de Infecção*. https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2013/04/_images_centrodocs_normas_normas_IACS_IPI_IPIRelat_2009.pdf

Decreto-Lei n.º 74/2006 do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior: Graus académicos e diplomas do ensino superior. (2006). Diário Da República n.º 60, Série I de 24-03-2009.

DeSantana, J. M., Perissinotti, D. M., Oliveira Junior, J. O., Correia, L. M., Oliveira, C. M., & Fonseca, P. R. (2020). Definition of pain revised after four decades. *Brazilian Journal Of Pain*, 3(3), 197–198. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20200191>

- Despacho n.º 9390/2021 Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). (2021). Diário Da República n.º 187, Série II de 24-09-2021.
- Despacho n.º 10901/2022 Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Anti-microbianos (PPCIRA). (2022). Diário Da República n.º 174, Série II de 08-09-2022.
- Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente: Relatório Técnico Final*. DGS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70882/WHO_IER_PSP_2010.2_por.pdf?sequence=4
- Direção Geral da Saúde. (2012). *Norma n.º 029/2012 Precauções Básicas Do Controlo Da Infecção (PBCI)*. DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0292012-de-28122012-png.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2017). *Norma n.º 001/2017. Comunicação Eficaz Na Transição de Cuidados de Saúde*. DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. Oxford University Press.
- Duarte, A., & Martins, O. (2019). *Controlo da Infecção Hospitalar*. Lidel.
- Escola de Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. (2017). *Regulamento Geral do Mestrado em Enfermagem*. ICS.
- Esteves, N. (2012). *Ser e continuar a ser família em cuidados intensivos*. A Medisa.
- Ferorelli, D., Benevento, M., Vimercati, L., Spagnolo, L., de Maria, L., Caputi, A., Zotti, F., Mandarelli, G., Dell'Erba, A., & Solarino, B. (2022). Improving Healthcare Workers' Adherence to Surgical Safety Checklist: The Impact of

- a Short Training. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732707>
- Ferreira, N. C. S., Ribeiro, L., Mendonça, É. T., & Amaro, M. O. F. (2019). Checklist de cirurgia segura: conhecimento e utilização do instrumento na perspectiva dos técnicos de enfermagem. *Revista de Enfermagem Do Centro-Oeste Mineiro*, 9. <https://doi.org/10.19175/recom.v9i0.2608>
- Fourcade, A., Blache, J.-L., Grenier, C., Bourgain, J.-L., & Minvielle, E. (2012). Barriers to staff adoption of a surgical safety checklist. *BMJ Quality & Safety*, 21(3), 191–197. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2011-000094>
- Fragata, J. (2011). *Segurança dos doentes - Uma abordagem prática*. Lidel.
- Garcia, J. B. S., Bonilla, P., Kraychette, D. C., Flores, F. C., Valtolina, E. D. P. de, & Guerrero, C. (2017). Aprimorar o controle da dor no pós-operatório na América Latina. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(4), 395–403. <https://doi.org/10.1016/J.BJAN.2016.04.011>
- Gelbcke, F. L., Souza, L. A., Dal Sasso, G. M., Nascimento, E., & Bulb, M. B. (2009). Liderança em Ambientes de cuidados críticos: Reflexões E desafios à enfermagem brasileira. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 62(1), 136–139. <https://doi.org/10.1590/s0034-71672009000100021>
- Gong, J., Ma, Y., An, Y., Yuan, Q., Li, Y., & Hu, J. (2021). The surgical safety checklist: a quantitative study on attitudes and barriers among gynecological surgery teams. *BMC Health Services Research*, 21(1), 1106. <https://doi.org/10.1186/s12913-021-07130-8>
- Gouveia, M. do C. L. V. (2002). *A Interação Enfermeiro-Cliente num Serviço de Urgência* [Dissertação de Mestrado, Universidade Aberta]. Repositório Aberto da Universidade Aberta.
- Grupo Português de Triagem. (2010). *Triagem no Serviço de Urgência* (2ª ed.). Grupo Português de Triagem.
- Gul, F., Nazir, M., Abbas, K., Khan, A. A., Malick, D. S., Khan, H., Kazmi, S. N. H., & Naseem, A. O. (2022). Surgical safety checklist compliance: The

- clinical audit. *Annals of Medicine and Surgery*, 81, 104397. <https://doi.org/10.1016/j.amsu.2022.104397>
- Haridarshan, S. J., Girish, C. S., & Rajagopalan, S. (2018). Effects of Implementation of W.H.O Surgical Safety Check List: Our Institutional Analysis. *Indian Journal of Surgery*, 80(5), 465–469. <https://doi.org/10.1007/s12262-017-1635-x>
- Hendges, M., Soares, N. V., Rodrigues, F. C. P., & Bittencourt, V. L. L. (2020). Checklist Cirúrgico e Sua Importância Na Segurança Do Paciente. *Vivências*, 16(31), 245–252. <https://doi.org/10.31512/vivencias.v16i31.132>
- International Association for the Study of Pain. (2010). *Guia para o Tratamento da Dor em Contextos de Poucos Recursos*. IASP.
- JBI - The Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. (2015). *Methodology for JBI Scoping Reviews*. The Joanna Briggs Institute. <https://nursing.lsuhsu.edu/jbi/docs/reviewersmanuals/scoping-.pdf>
- Joint Commission International. (2017). Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1–6. [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)
- Kasatpibal, N., Sirakamon, S., Punjasawadwong, Y., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P., & Whitney, J. D. (2018). An exploration of surgical team perceptions toward implementation of surgical safety checklists in a non-native English-speaking country. *American Journal of Infection Control*, 46(8), 899–905. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2017.12.003>
- Kasatpibal, N., Sirakamon, S., Punjasawadwong, Y., Chitreecheur, J., Chotirosniramit, N., Pakvipas, P., & Whitney, J. D. (2021). Satisfaction and Barriers of Surgical Safety Checklist Implementation in a Nonmandatory Adoption Resource-Limited Country. *Journal of Patient Safety*, 17(8), 1255-1260. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000453>

- Khodavandi, M., Kakemam, E., Ghasemyani, S., & Khodayari-Zarnaq, R. (2021). Barriers and Facilitators of Implementing WHO Safe Surgery Checklist: A Cross-sectional Study in Public Hospitals of Iran. *Shiraz E-Medical Journal*, 23(5). <https://doi.org/10.5812/semj.118111>
- Kisacik, O. G., & Cigerci, Y. (2019). Use of the surgical safety checklist in the operating room: Operating room nurses' perspectives. *Pakistan Journal of Medical Sciences*, 35(3). <https://doi.org/10.12669/pjms.35.3.29>
- Kolcaba, K. (2009). Comfort. In S. J. Peterson & T. S. Bredow (Eds.), *Middle Range Theories: Application to Nursing Research* (2nd ed., pp. 254-272). Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins.
- Lame, G. (2019). Systematic Literature Reviews: An Introduction. *Proceedings of the Design Society: International Conference on Engineering Design*, 1(1), 1633–1642. <https://doi.org/10.1017/dsi.2019.169>
- Legido-Quigley, H., Mckee, M., Nolte, E., & Glinos, I. A. (2008). *Assuring the Quality of Health Care in the European Union: A case for action*. World Health Organization.
- Lei n.º 156/2015 Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. (2015). Diário da República n.º 181, Série I de 19-09-2015.
- Lima, J. V. F., Guedes, M. V. C., Silva, L. de F., Freitas, M. C., & Fialho, A. V. de M. (2016). Utilidade da teoria do conforto para o cuidado clínico de enfermagem à puérpera: análise crítica. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 37(4), 1–5. <https://doi.org/10.1590/1983>
- Louro, A. L. (2014). *Estratégias para o cuidado humanizado à pessoa em situação crítica* [Dissertação de Mestrado, Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Marquioni, F., Moreira, T., Diaz, F., & Ribeiro, L. (2019). Checklist Segura: Avaliação da adesão à checklist em hospital de ensino. *Revista SOBECC*, 24(1), 22–30.

- McEwen, M. (2016). Aplicação da teoria na prática de enfermagem. In M. McEwen & E. Wills (Eds.), *Bases teóricas de enfermagem* (4ª ed., pp. 422-440). Artmed Editora.
- McGinlay, D., Moore, D., & Mironescu, A. (2015). A prospective observational assessment of Surgical Safety Checklist use in Brasov Children's Hospital, barriers to implementation and methods to improve compliance. *Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care*, 22(2), 111–121. <https://www.jurnalul-anestezie.ro/2015/2/09.pdf>
- Melekic, T. B., & Getahun, G. M. (2015). Compliance with Surgical Safety Checklist completion in the operating room of University of Gondar Hospital, Northwest Ethiopia. *BMC Research Notes*, 8(1), 361. <https://doi.org/10.1186/s13104-015-1338-y>
- Mendes, C. M. F. G. da S., & Barroso, F. F. M. (2014). Promover uma cultura de segurança em cuidados de saúde primários. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 32(2), 197–205. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rpsp.2014.06.003>
- Msoa, V., Mulwafu, W., Johnson, A., & Purcell, L. (2021). A cross-sectional survey investigating self-reported usage of the World Health Organization Surgical Safety Checklist among surgical team members at a tertiary hospital in Lilongwe, Malawi. *East and Central African Journal of Surgery*, 25(4). <https://doi.org/https://doi.org/10.4314/ecaajs.v25i4.##>
- Munthali, J., Pittalis, C., Bijlmakers, L., Kachimba, J., Cheelo, M., Brugha, R., & Gajewski, J. (2022). Barriers and enablers to utilisation of the WHO surgical safety checklist at the university teaching hospital in Lusaka, Zambia: a qualitative study. *BMC Health Services Research*, 22(1), 894. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08257-y>
- Nascimento, V. F. do, Maciel, M. M., Lemes, A. G., Borges, A. P., Terças, A. C. P., & Hattori, T. Y. (2015). Percepções de familiares sobre hospitalização no ambiente intensivo. *Revista Enfermagem Da UFPI*, 4(2), 92–99. <https://doi.org/10.26694/reufpi.v4i2.3402>

- O'Connor, P., Reddin, C., O'Sullivan, M., O'Duffy, F., & Keogh, I. (2013). Surgical checklists: the human factor. *Patient Safety in Surgery*, 7(1), 14. <https://doi.org/10.1186/1754-9493-7-14>
- Oliveira, C. N., Dias, E., & Nunes, C. A. (2014). Cuidando da família na UTI: desafio de enfermeiros na praxis interpessoal do acolhimento. *Texto Contexto Enfermagem*, 23(4), 963. <https://doi.org/10.1590/0104-07072014003590013>
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Parecer MCEEMC n.º 10/2017: Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2018). *Parecer MCEEMC n.º 15/2018: Funções do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica nas unidades de cuidados intensivos/serviços de medicina intensiva*. OE.
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducente à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista*. OE.
- Paiva, J. A., Fernandes, A., Granja, C., Esteves, F., Ribeiro, J., Júlio, J., Vaz, N. J., & Coutinho, P. (2016). *Rede de Referência de Medicina Intensiva*. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/11/RRH-Medicina-Intensiva.pdf>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Papaconstantinou, H., Jo, C., Reznik, S., Smythe, R., & Wehbe-Janek, H. (2013). Implementation of a Surgical Safety Checklist: Impact on Surgical Team Perspectives. *The Ochsner Journal*, 13(3), 299–309.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3776503/pdf/i1524-5012-13-3-299.pdf>

Pego, Z. M. dos S. C. M. (1998). *Qualidade dos Serviços de Urgência – A Perspectiva dos Utente* [Dissertação de mestrado, Universidade de Coimbra]. Repositório Digital da Universidade de Coimbra.

Pina, E., & Peres, D. (2008). Vigilância epidemiológica na infeção associada a cuidados de saúde. *Revista Nursing*, 239, 2–3.

Pogatzki-Zahn, E. M., Segelcke, D., & Schug, S. A. (2017). Postoperative pain— from mechanisms to treatment. *Pain Reports*, 2(2). <https://doi.org/10.1097/PR9.0000000000000588>

Poveda, V. de B., Lemos, C. de S., Lopes, S. G., Pereira, M. C. de O., & Carvalho, R. de. (2021). Implementation of a surgical safety checklist in Brazil: cross-sectional study. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 74(2). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0874>

Regulamento n.º 533/2014 Norma para o cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. (2014). Diário da República n.º 233, série II de 02-12-2014.

Regulamento n.º 101/2015 Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. (2015). Diário da República n.º 48, série II de 10-03-2015.

Regulamento n.º 429/2018 Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de enfermagem à pessoa em situação paliativa, na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória e na área de enfermagem à pessoa em situação crónica. (2018). Diário da República n.º 135, série II de 16-07-2018.

Regulamento n.º 140/2019 Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. (2019). Diário da República n.º 46, série II de 06-02-2019.

- Ribeiro, P. V. (2012). *A natureza do processo de conforto do doente idoso crónico em contexto hospitalar: construção de uma teoria explicativa: projecto integrado de vivência e cuidado Co-criado* [Tese de Doutoramento, Universidade Católica Portuguesa]. Veritati - Repositório Institucional da Universidade Católica Portuguesa.
- Ribeiro, H. C. T. C., Quides, H. F. de O., Bredes, A. C., Sousa, K. A. da S., & Alves, M. (2017). Adesão ao preenchimento do checklist de segurança cirúrgica. *Cadernos de Saúde Pública*, 33(10). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00046216>
- Russ, S. J., Sevdalis, N., Moorthy, K., Mayer, E. K., Rout, S., Caris, J., Mansell, J., Davies, R., Vincent, C., & Darzi, A. (2015). A Qualitative Evaluation of the Barriers and Facilitators Toward Implementation of the WHO Surgical Safety Checklist Across Hospitals in England. *Annals of Surgery*, 261(1), 81–91. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000000793>
- Sa, F. R. G. de, Botelho, M. A. R., & Henriques, M. A. P. (2015). Cuidar da Família da Pessoa em Situação Crítica: A Experiência do Enfermeiro. *Pensar Enfermagem*, 19(1), 31–46.
- 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(1), 14. <https://doi.org/10.1186/s13037-019-0194-4>
- Sethi, S., Huang, R. J., Barakat, M. T., Banaei, N., Friedland, S., & Banerjee, S. (2017). Adenosine triphosphate bioluminescence for bacteriologic surveillance and reprocessing strategies for minimizing risk of infection transmission by duodenoscopes. *Gastrointestinal Endoscopy*, 85(6), 1180–1187.e1. <https://doi.org/10.1016/J.GIE.2016.10.035>
- Sharma, P., Tripathi, V., & Gupta, U. (2020). Knowledge, attitude and practices regarding World Health Organization surgical safety checklist and the challenges in its implementation at a teaching hospital in North India.

- International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*, 9(9), 3759. <https://doi.org/10.18203/2320-1770.ijrcog20203852>
- Slatyer, S., Coventry, L. L., Twigg, D., & Davis, S. (2016). Professional practice models for nursing: a review of the literature and synthesis of key components. *Journal of Nursing Management*, 24(2), 139–150. <https://doi.org/10.1111/JONM.12309>
- Soares, S. G. da C., Pedroza, R. de M., & da Silva, R. R. (2022). Implantação de checklist para cirurgia segura em um Hospital Regional no Agreste Pernambucano / Implementation of checklist for safe surgery in a Regional Hospital in Agreste Pernambucano. *Brazilian Journal of Development*, 8(2), 13519–13533. <https://doi.org/10.34117/bjdv8n2-335>
- Sousa, P., Uva, A. de S., Serranheira, F., Leite, E., & Nunes, C. (2011). *Segurança do doente: eventos adversos em hospitais portugueses: estudo piloto de incidência, impacte e evitabilidade* (1ª ed.). Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade de Lisboa.
- Spanjersberg, A. J., Ottervanger, J. P., Nierich, A. P., Speekenbrink, R. G. H., Stoker, W., Hoogendoorn, M., van Veghel, D., Houterman, S., & Brandon Bravo Bruinsma, G. J. (2020). Implementation of a specific safety check is associated with lower postoperative mortality in cardiac surgery. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*, 159(5), 1882-1890.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jtcvs.2019.07.094>
- Teixeira, J. M. F., & Durão, M. C. (2016). Monitorização da dor na pessoa em situação crítica: uma revisão integrativa da literatura. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(10), 135–142. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16026>
- Titler, M. G. (2008). The Evidence for Evidence-Based Practice Implementation. In R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2659/>

- Toren, O., Lipschuetz, M., Lehmann, A., Regev, G., & Arad, D. (2022). Improving Patient Safety in General Hospitals Using Structured Handoffs: Outcomes From a National Project. *Frontiers in Public Health*, *10*, 1–10. <https://doi.org/10.3389/FPUBH.2022.777678/BIBTEX>
- Tostes, M. F. do P., & Galvão, C. M. (2019). Lista de verificação de segurança cirúrgica: benefícios, facilitadores e barreiras na perspectiva da enfermagem. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, *40*(spe). <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180180>
- Uprety, A., Kobashi, Y., Ozaki, A., Shrestha, D., Ghimire, B., Sedain, G., Sigdel, S., Higuchi, A., Tsubokura, M., & Singh, Y. P. (2021). Awareness and Knowledge of the Surgical Safety Checklist among Healthcare Professionals in University Teaching Hospital, Kathmandu, Nepal. *Kathmandu University Medical Journal*, *19*(1), 29–34. <https://doi.org/10.3126/kumj.v19i1.49531>
- Utiyamada, N., Andrade, C., & Vieira, M. (2015). Surgical safety checklist: Surgical team awareness and main barriers to its application. *European Journal of Surgical Oncology*, *41*(S167). <http://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&from=export&id=L72060949>
- Urden, L. D., Stacy, K. M., & Lough, M. E. (2009). *Thelan's enfermagem de cuidados intensivos: diagnóstico e intervenção* (5ª ed.). Lusodidacta.
- Valido, S. (2011). *Checklist cirúrgica: contributo para uma intervenção na área da segurança do doente* [Dissertação de mestrado, Universidade de Évora]. Repositório Universidade de Évora.
- Venneri, F., Brown, L. B., Cammelli, F., & Haut, E. R. (2021). Safe Surgery Saves Lives. In *Textbook of Patient Safety and Clinical Risk Management* (pp. 177–188). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-030-59403-9_14

- Verwey, S., & Gopalan, P. D. (2018). An investigation of barriers to the use of the World Health Organization Surgical Safety Checklist in theatres. *South African Medical Journal*, 108(4), 336. <https://doi.org/10.7196/SAMJ.2018.v108i4.12780>
- Wachter, R. M. (2010). *Compreendendo a segurança do paciente* (1ª ed.). Artmed Editora.
- Watson, J. (2002). *Enfermagem: ciência humana e cuidar uma teoria de enfermagem* (1ª ed.). Lusodidacta.
- White, M. C., Baxter, L. S., Close, K. L., Ravelojaona, V. A., Rakotoarison, H. N., Bruno, E., Herbert, A., Andean, V., Callahan, J., Andriamanjato, H. H., & Shrime, M. G. (2018). Evaluation of a countrywide implementation of the world health organisation surgical safety checklist in Madagascar. *PLOS ONE*, 13(2), e0191849. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0191849>
- Whitehead, D. K., Weiss, S. A., & Tappen, R. M. (2010). *Nursing Leadership and Management* (5th ed.). F.A. Davis Company.
- World Health Organization. (2009a). *WHO guidelines on hand hygiene in health care*. WHO. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization. (2009b). *WHO surgical safety checklist*. WHO; Direção Geral da Saúde. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44186/9789241598590_por_Checklist.pdf?sequence=70&isAllowed=y
- World Health Organization. (2020). *Manual de Políticas e Estratégias para a Qualidade dos Cuidados de Saúde*. WHO. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272357/9789240005709_por.pdf
- World Health Organization. (2021). *WHO multimodal improvement strategy*. WHO. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/infection-prevention-and-control/core-components/ipc-cc-mis.pdf?sfvrsn=5e06c3d5_10](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/infection-prevention-and-control/core-components/ipc-cc-mis.pdf?sfvrsn=5e06c3d5_10)

APÊNDICES

APÊNDICE I – Estratégia PCC

Tabela 1 – Estratégia PCC

P	Participantes	Elementos constituintes da equipa cirúrgica. Incluem-se cirurgiões, anestesistas e enfermeiros (instrumentista, de anestesia e circulante)
C	Conceito	Barreiras à adesão da <i>checklist</i> segurança cirúrgica; estratégias promotoras para a adesão à <i>checklist</i> segurança cirúrgica.
C	Contexto	Bloco Operatório

APÊNDICE II – Resultados dos estudos incluídos na *Scoping Review*

Tabela 2 - Apresentação dos resultados dos estudos incluídos na *Scoping Review*

Autor (Ano)	País	Objetivos	Metodologia	População	Resultados
dos Santos et al. (2022)	Brasil	Analisar a percepção dos profissionais de saúde do centro cirúrgico acerca do uso da <i>checklist</i> de cirurgias seguras	Qualitativa	12 profissionais de enfermagem, 2 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem.	Os profissionais de enfermagem demonstraram não ter conhecimentos cientificamente fundamentados sobre questões que envolviam a segurança cirúrgica. Apesar da <i>checklist</i> de cirurgia segura estar implantada na instituição, a maioria dos profissionais teve dificuldades em falar acerca da lista de verificação, ou não reconheceram o instrumento como ferramenta de prevenção ou redução dos erros comumente ocorridos em contexto cirúrgico, apesar de entenderem o conceito de cirurgia segura.
Gul et al. (2022)	Paquistão	Avaliar a conformidade com a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. da Organização Mundial da Saúde (OMS) e explorar as barreiras enfrentadas na sua implementação adequada em salas de operação de um hospital terciário	Quantitativa	Todos os membros da equipa, incluindo médicos, enfermeiros e técnicos de cirurgia.	As principais barreiras ao não cumprimento da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. foram: a falta de consciencialização e a falta de formação para seguir a lista de verificação de segurança cirúrgica. Os dados mostraram, também, que a adesão a todas as etapas da lista de verificação de segurança cirúrgica foi melhorada após uma intervenção educacional.
Munthali et al. (2022)	Zâmbia	Explorar as barreiras e facilitadores para a utilização da <i>checklist</i> cirúrgica num hospital	Qualitativa	16 membros da equipa cirúrgica	Foram identificadas as seguintes barreiras organizacionais: a nível da equipa cirúrgica, a falta de formação consistente (e.g.: os profissionais reportaram que, após a formação inicial, não houve mais oportunidade de formação para funcionários recém-

		universitário			contratados, além disso, os profissionais médicos e de enfermagem mais habilitados raramente compartilhavam os seus conhecimentos ou incentivavam o uso da <i>checklist</i> entre os membros da sua equipa sem formação); falta de estruturas de gestão (supervisão) - os participantes reportaram que não havia supervisão nem qualquer medida formal para tal, como por exemplo, a existência de um responsável designado para garantir a utilização consciente da <i>checklist</i> nos departamentos cirúrgicos, o que <i>resultou</i> em falta de responsabilidade em casos de não adesão. Barreiras a nível do sistema, nomeadamente a indisponibilidade de recursos - segundo os participantes, a recorrente indisponibilidade de equipamentos e suprimentos cirúrgicos fundamentais no momento de uma operação teve um impacto negativo indireto no uso da <i>checklist</i> ; a carga de trabalho e a fadiga da equipa - a utilização da <i>checklist</i> não era utilizada rotineiramente devido à sobrecarga de trabalho e à fadiga resultantes da falta de recursos humanos, isto é, escassez de pessoal. Outras barreiras identificadas estavam relacionadas com atitudes negativas perante o uso da <i>checklist</i> , sendo que alguns médicos a consideravam como um "atraso" desnecessário; falta de ética laboral; e a estrutura hierárquica da equipa cirúrgica.
Gong et al. (2021)	China	Investigar os fatores que afetam os níveis de satisfação de ginecologistas, anesthesiologistas e enfermeiros de um centro cirúrgico no que diz respeito à implementação da <i>checklist</i> de segurança	Quantitativa	167 membros da equipa cirúrgica	Os dados mostraram que os fatores que influenciavam negativamente a implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica estavam essencialmente relacionados com cargas de trabalho cirúrgico pesadas e com a falta de competências na implementação da <i>checklist</i> .

		cirúrgica			
Kasatpibal et al. (2021)	Tailândia	Avaliar as percepções do pessoal cirúrgico sobre complicações cirúrgicas e segurança e examinar a satisfação e as barreiras da implementação do <i>checklist</i> de segurança cirúrgica.	Quantitativa	2024 membros da equipa cirúrgica	No geral, os entrevistados relataram um alto nível de satisfação com a lista de verificação. As três áreas de maior satisfação foram: benefício para o paciente, benefício para a organização e redução de eventos adversos. Globalmente, a barreira para a implementação da lista de verificação foi classificada como moderada.
Khodavandi et al. (2021)	Irão	Investigar as barreiras e facilitadores da implementação efetiva do <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. em hospitais públicos	Quantitativa	139 elementos (12 cirurgiões, 12 anestesistas e 115 enfermeiros)	Foram identificadas barreiras organizacionais; barreiras sistémicas; barreiras da equipa; barreiras relacionadas à própria <i>checklist</i> . A principal barreira para a implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. foi a barreira relacionada com a equipa, nomeadamente o fraco relacionamento entre o cirurgião e o anestesista; a falta de especificação do papel da equipa cirúrgica e a resistência e falha da equipe cirúrgica. No que diz respeito às barreiras sistémicas, foi assinalado como obstáculo o preenchimento demorado das listas de verificação, sobretudo quando há uma grande carga de trabalho. No que diz respeito aos fatores facilitadores foram identificados os seguintes: organizacionais, sistémicos e relacionados com a própria <i>checklist</i> , sendo que todos eles foram considerados importantes.
Uprety et al. (2021)	Nepal	Obter informações específicas do país sobre a lista de verificação numa instituição médica	Quantitativa	127 profissionais de saúde a trabalhar na instituição médica	A grande maioria dos profissionais de saúde tinha conhecimento sobre a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica., contudo uma percentagem significativa destes não estava satisfeita com a prática predominante, segundo a qual a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. não era usada rotineiramente durante a cirurgia. Foram identificadas múltiplas barreiras na utilização da <i>checklist</i> , nomeadamente: a falta de formação adequada (mais prevalente), falta de vontade da equipa em usar a <i>checklist</i> e a falta de

					experiência.
Msosa et al. (2021)	Malawi	Identificar os fatores que afetam o uso da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica em um hospital terciário	Quantitativa	44 elementos da equipa cirúrgica	A grande maioria dos participantes conheciam a <i>ckecklist</i> , contudo apenas um pequeno número relatou utilizá-la em todos os procedimentos. Os motivos mais reportados para a sua não utilização foram a preguiça e o desconhecimento intencional do instrumento. Os participantes explicaram ainda que alguns membros da equipa cirúrgica consideravam a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. como uma perda de tempo, alguns não compreendiam a sua importância, e algumas questões culturais e contextuais inibiam a sua utilização. Entre aqueles que não tiveram formação para o uso da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica., a maioria desejava ter formação. Os autores concluíram, assim, que as estratégias promotoras para potenciar a adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica. podem incluir a formação e a implementação obrigatória da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica.
Cardoso et al. (2020)	Brasil	Conhecer as percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação da <i>checklist</i> de cirurgia segura de um hospital público	Qualitativa	12 profissionais de saúde: 2 enfermeiros e 10 técnicos de enfermagem.	Os profissionais de enfermagem demonstraram não ter conhecimentos cientificamente fundamentados sobre questões que envolviam a segurança cirúrgica. Apesar da <i>checklist</i> de cirurgia segura estar implantada na instituição, a maioria dos profissionais teve dificuldades em falar acerca da mesma, ou não reconheceram o instrumento como ferramenta de prevenção ou redução dos erros comumente ocorridos em contexto cirúrgico, porém entenderam o conceito de cirurgia segura.
Sharma et al. (2020)	Índia	Avaliar os conhecimentos, atitudes e práticas dos participantes sobre a <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica e determinar os possíveis desafios na sua implementação	Qualitativa	104 elementos (36 cirurgiões, 6 anestesistas, 12 funcionários do bloco operatório incluindo enfermeiros e 50 estagiários.	Os resultados revelaram que a consciencialização acerca do uso da <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica foi elevada entre os participantes. Os principais desafios identificados em relação ao seu uso e implementação foram os seguintes (por ordem de importância): falta de atenção ou de conhecimento; escassez/ falta de mão-de-obra; falhas de comunicação; comprometimento da equipa com o dever; Falta de comprometimento dos gestores; cooperação entre os funcionários; Fornecimento inadequado de

					instrumentos consumíveis/outros equipamentos/instalações; falta de interesse/vontade/atitude do profissional de saúde; falta de espírito de equipa; falta de incentivo/motivação entre os elementos da equipa cirúrgica; burocracia; tempo inadequado para realizar a <i>checklist</i> ; corrupção.
Costa (2019)	Brasil	Analisar a importância da <i>checklist</i> para obtenção de uma cirurgia segura, através do ponto de vista da equipa de saúde de um hospital público	Mista	31 profissionais de enfermagem (21 técnicos e 10 enfermeiros)	Os dados mostraram que a maioria estava capacitada e tinha formação em Cirurgia Segura, uma minoria tinha passado por formação há 2 anos, e conhecia e preenchia o instrumento corretamente. Foram apontadas como dificuldades as seguintes: a quantidade de cirurgias/dia, o não entendimento da importância da <i>checklist</i> , a quantidade de itens da mesma e o fator urgência. Todos afirmaram que o <i>checklist</i> era de extrema importância para o processo cirúrgico e consideraram importante haver formação sobre essa ferramenta. Depois da intervenção os entrevistados reportaram que a formação trouxe segurança ao processo cirúrgico e que houve mudanças na comunicação interpessoal.
Ferreira et al. (2019)	Brasil	Compreender o conhecimento e práticas dos técnicos de enfermagem sobre a aplicação da <i>checklist</i> de cirurgia segura num hospital de ensino	Qualitativa	10 técnicos de enfermagem	O estudo mostrou que os profissionais manifestaram não ter conhecimentos cientificamente fundamentados sobre os aspetos que envolvem a segurança cirúrgica. Muito embora a <i>checklist</i> estivesse implementada no hospital onde atuavam, os profissionais tiveram dificuldade em falar sobre a <i>checklist</i> , não reconheceram o instrumento como ferramenta de prevenção/redução dos erros normalmente ocorridos em cirurgia e não sabiam utilizá-la de forma correta. Perante o exposto, os autores concluíram que é necessário que as instituições de saúde adotem a cultura de segurança e que haja formação dos profissionais para utilizá-la. É necessário que os profissionais considerem a <i>checklist</i> como uma ferramenta que irá reduzir a ocorrência de erros e melhorar a qualidade de assistência ao paciente cirúrgico, ao invés de a considerarem como mais um documento a ser preenchido.

Kisacik e Cigerci (2019)	Turquia	Avaliar as opiniões dos enfermeiros da sala de cirurgia de um hospital público e de um hospital universitário em relação ao uso da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica.	Quantitativa	102 enfermeiros	A maioria dos participantes afirmou que a <i>checklist</i> foi eficaz para prevenir complicações no paciente e prevenir complicações decorrentes da cirurgia. Uma grande parte também afirmou que a <i>checklist</i> foi eficaz para melhorar a colaboração e a comunicação entre a equipa dentro da sala de cirurgia. Foram identificados alguns fatores que afetavam o uso da <i>checklist</i> : condições de trabalho intensas na sala de cirurgia, discordância dentro da equipa acerca do uso e da importância da <i>checklist</i> , falta de conhecimento sobre o uso da <i>checklist</i> e a falta de informação sobre a importância da <i>checklist</i> .
Tostes e Galvão (2019)	Brasil	Identificar os benefícios, facilitadores e barreiras na implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.	Quantitativa	91 enfermeiros	A implementação da <i>checklist</i> trouxe benefícios para o paciente, equipa cirúrgica e hospitais. Sobre os facilitadores, os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativas entre os grupos nos itens oferta de educação e aceitação pelos cirurgiões E, nas barreiras, para a falta de apoio administrativo e chefias ausência do núcleo de segurança do paciente, lista introduzida abruptamente e ausência de educação. Para os enfermeiros, a implementação da <i>checklist</i> pode trazer benefícios ao paciente, com destaque para a promoção da segurança. Para a equipa, os benefícios consistiram na melhoria da comunicação e na utilização da lista como oportunidade de diálogo entre os profissionais; e a melhoria da qualidade da assistência foi o principal fator de benefício relacionado ao serviço de saúde. Relativamente aos aspetos facilitadores da implantação da <i>checklist</i> , os resultados apresentaram diferença estatisticamente significativa, entre os grupos de enfermeiros, nos itens oferta de programa educativo e aceitação pelos cirurgiões. E, a falta de apoio administrativo e a nível de gestão, a ausência de núcleo de segurança do paciente, a introdução abrupta da lista de salas cirúrgicas, a falta de planeamento prévio e a falta de educação constituíram-se como barreiras.

Schwendi mann et al. (2019)	Suíça	Analisar a adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica	Qualitativa	11 elementos da equipa cirúrgica (6 cirurgiões/anestesi- stas e 5 enfermeiros)	Os resultados mostraram que os fatores facilitadores de adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica incluíram os conhecimentos elevados acerca do instrumento por parte dos profissionais, bem como fatores contextuais como o ambiente de trabalho e a colaboração entre a equipa. No que diz respeito às barreiras, consistiram nas seguintes: insegurança da equipa; atitude global negativa em relação à <i>checklist</i> ; falta de trabalho em equipa; e a hesitação em preencher a <i>checklist</i> .
Aggarwal et al. (2018)	Índia	Analisar o uso da lista de verificação de segurança cirúrgica num centro obstétrico e analisá-la em termos de atitude da equipa, adesão e efeitos no paciente.	Quantitativa	30 elementos da equipa cirúrgica (enfermeiros, anestesistas, cirurgiões pediátricos e obstetras)	A atitude geral da equipa em relação ao uso da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica foi extremamente positiva. A barreira mais importante encontrada neste estudo para a não adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica estava relacionada com a falta de tempo dos profissionais, sobretudo dos anestesistas uma vez que as <i>checklist</i> de segurança cirúrgica tendiam a ser iniciadas durante períodos de elevada carga de trabalho antes da cirurgia.
Junior e Magalhães (2018)	Brasil	Analisar a aplicação da <i>checklist</i> da cirurgia segura, buscando descrever os principais fatores que podem afetar seu preenchimento e seguimento, segundo a percepção de técnicos de enfermagem	Qualitativa	60 técnicos de enfermagem e 4 enfermeiros	Os dados indicaram que algumas etapas desse processo ainda não eram cumpridas e encontravam-se dificuldade de adesão pelas equipas. Entre as principais falhas Apontadas, encontrou-se a baixa adesão da equipa médica para a realização do <i>time out</i> e para marcação de confirmação do local do procedimento.
Kasatpibal et al. (2018)	Tailândia	Explorar as experiências de implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica e identificar barreiras e estratégias	Qualitativa	50 elementos da equipa cirúrgica	As principais barreiras identificadas foram as seguintes: política pouco clara; pessoal inadequado; recusas e resistência da equipa cirúrgica, <i>checklist</i> de segurança cirúrgica em inglês ou em formato eletrónico para pacientes estrangeiros. As principais estratégias para melhorar a implementação da <i>checklist</i> de

		para melhorar a sua implementação em hospitais tailandeses.			segurança cirúrgica foram: gestão de políticas, formação adequada, adaptação da implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica para o contexto hospitalar e construção de autoconsciência e envolvimento do paciente.
Verwey e Gopalan (2018)	África do Sul	Explorar as percepções da equipa de cirurgia relativamente à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica e identificar motivos e barreiras para o seu respetivo cumprimento e implementação.	Qualitativa	225 elementos da equipa cirúrgica	A maioria dos entrevistados consideraram que a <i>checklist</i> melhorava a segurança, ajudava a prevenir erros ou a reduzir a morbilidade e mortalidade. A grande maioria reportou não ter recebido formação para o uso da <i>checklist</i> . As principais barreiras assinaladas relacionaram-se com a falta de tempo e de adesão dos membros da equipa. Os cirurgiões foram percebidos como apoiadores do uso da <i>checklist</i> por quase metade dos entrevistados, enquanto os restantes (enfermeiros e anestesiologistas) foram percebidos como apoiadores por mais de metade destes. Em comparação com a equipa júnior, os <i>séniors</i> sentiram 5 vezes mais que a equipa não precisava de receber formação em relação ao uso da <i>checklist</i> e 8 vezes mais chances de indicar que a lista de verificação não melhorava a segurança do paciente.
Al-Qahtani (2017)	Arábia Saudita	Avaliar o impacto da implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica no resultado da segurança do paciente em procedimentos cirúrgicos de otorrinolaringologia (ORL) em dois hospitais.	Quantitativa	5.144 casos cirúrgicos otorrinolaringológicos	Foram identificadas as seguintes barreiras para o não cumprimento da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica: falta de pessoal; grande rotatividade de pessoal; carga de trabalho excessiva e problemas de comunicação.
Ribeiro et al. (2017)	Brasil	Entender como tem sido a adesão ao preenchimento da	Quantitativa	Todos os membros da equipa cirúrgica	Foram encontradas algumas barreiras à implantação da <i>checklist</i> no hospital estudado, e a principal foi a resistência dos profissionais médicos, provavelmente resultado do processo de

		<i>checklist</i> de cirurgia segura; descrever a adesão ao preenchimento da <i>checklist</i> de cirurgia segura e seus respectivos itens em um hospital público.		do hospital	implantação que não os envolveu desde o início, o que levou a valores abaixo da expectativa. Os resultados sugeriram que somente a inserção da ferramenta no processo de trabalho não assegurava a qualidade das práticas, sendo necessário investir na construção de uma cultura de segurança organizacional com base no planejamento, estratégias e avaliação. A ausência de preenchimento de alguns itens sugeriu a orientação inadequada sobre o instrumento e a sua finalidade, fragilidades na interação e comunicação entre os profissionais envolvidos e pouca valorização da ferramenta. São básicas as intervenções educacionais e de sensibilização contínuas para a adesão à <i>checklist</i> visando a segurança cirúrgica dos pacientes.
McGinlay et al. (2015)	Roménia	Analisar a adesão à CSC num hospital pediátrico e investigar problemas de conformidade e métodos para melhorá-la.	Quantitativa	15 elementos da equipa cirúrgica	A adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica foi baixa, com 0% de das <i>checklist</i> de segurança cirúrgica totalmente concluídas. Foi verificada uma associação positiva entre a adesão à <i>checklist</i> de segurança cirúrgica e o tipo de cirurgia. Grande parte dos funcionários indicou ter conhecimento da existência das <i>checklist</i> de segurança cirúrgica, mas menos de metade desses indicou ter tido formação sobre a sua utilização. A consciencialização acerca da formação foi surpreendentemente mais comum entre enfermeiros do que em médicos. Quase todos os funcionários consideraram que a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica era uma ferramenta útil. A maioria da equipa sentiu que tanto a falta de consciencialização como a falta de tempo contribuíram para que a <i>checklist</i> de segurança cirúrgica não fosse implementada.
Melekie e Getahun (2015)	Etiópia	Avaliar a conformidade do preenchimento da lista de verificação e as barreiras para a sua utilização no Hospital da Universidade de	Qualitativa	282 pacientes e 82 elementos (27 enfermeiros, 20 anestesistas e 35 médicos)	Os dados mostraram que as principais razões para a não implementação da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica foram as seguintes: ckecklists indisponíveis; falta de formação formal; restrições de tempo; falta de cooperação entre os membros da equipa de cirurgia. Os dados mostraram, igualmente, que a maioria das <i>checklists</i> foi usada em procedimentos de emergência

		Gondar, Noroeste da Etiópia			que necessitavam de anestesia geral. A taxa geral de conformidade e integridade foi 39,7% e 63,4%, respetivamente.
Russ et al. (2015)	Inglaterra	Avaliar como a <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica da OMS foi implementada em hospitais da Inglaterra	Qualitativa	147 membros da equipa cirúrgica	A maioria das barreiras à implementação da <i>ckecklist</i> estava relacionada com as especificidades da mesma (e.g.: problemas de design percebidos). A barreira mais comum identificada foi a resistência dos clínicos <i>séniors</i> . Foram sugeridos alguns fatores facilitadores da adesão à <i>ckecklist</i> , nomeadamente modificar a <i>ckecklist</i> ; fornecer formação; fornecer dados locais; promover uma liderança forte e incutir responsabilidade.
Utiyamada et al. (2015)	Brasil	Analisar o conhecimento atual e as principais barreiras para implantação da <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica entre os profissionais de um centro de cirurgia oncológica	Qualitativa	106 elementos (56 cirurgiões, dez anestesiológicos, três enfermeiros e 34 técnicos de enfermagem).	A maioria dos profissionais afirmou que a <i>ckecklist</i> é muito importante. As principais barreiras para a sua implementação foram: “resistência individual”; “demora para aplicar; “outros” (incluindo “falta de atenção” e “falta de trabalho em equipa”). Os cirurgiões e os anestesistas demonstraram menos conhecimento da lista de verificação de segurança cirúrgica da OMS do que os das outras categorias. Esse resultado provavelmente está relacionado à falta de formação da equipa médica nessa área. A principal barreira ao seu uso é a resistência individual, embora a maioria reconheça a importância desse instrumento.
Aveling et al. (2013)	Reino Unido e África	Identificar e comparar os condicionantes na implementação e conformidade da CSC no Reino Unido e na África.	Qualitativa	39 elementos da equipa cirúrgica e funcionários administrativos	Os resultados mostraram que muitos dos funcionários perceberam valor na <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica tanto no Reino Unido como em hospitais africanos. A conformidade relativa ao uso da <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica foi significativamente maior (embora não perfeita) nos hospitais do Reino Unido. A conformidade foi apoiada por estruturas e sistemas estabelecidos e não foi impactada negativamente por grandes restrições a nível de recursos, o que não aconteceu com o contexto de baixa renda (hospitais africanos). A maior barreira identificada relacionou-se com as relações hierárquicas em todos os contextos, embora de forma mais acentuada no contexto de baixa renda.

O'Connor et al. (2013)	Irlanda	Analisar as atitudes em relação à <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica da OMS e verificar como a mesma foi implementada numa clínica irlandesa	Qualitativa	41 cirurgiões, 33 anestesistas e 33 enfermeiros (n=107)	As atitudes gerais relativamente aos efeitos da <i>ckecklist</i> na segurança e no trabalho em equipa foram positivas, sobretudo para os enfermeiros. Contudo, foi verificada uma falta de rigor na aplicação da <i>ckecklist</i> . Os enfermeiros foram significativamente mais sensíveis às barreiras ao uso da <i>ckecklist</i> em comparação com os anestesistas e cirurgiões. Além disso, os anestesistas não se mostraram tão positivamente dispostos à <i>ckecklist</i> em comparação aos demais membros que participaram no estudo. Esse resultado foi atribuído à tendência da <i>ckecklist</i> ser concluída durante um período de elevada carga de trabalho dos anestesistas, resultando numa falta de envolvimento com o processo.
Papaconstantinou et al. (2013)	E.U.A.	Analisar a perceção dos provedores da <i>ckecklist</i> cirúrgica com vista a melhorar as iniciativas que aumentam a segurança do paciente.	Quantitativa	437 elementos da equipa cirúrgica (médicos, anestesistas e enfermeiros)	A implementação da <i>ckecklist</i> foi bem-sucedida, com uma melhoria significativa da consciencialização dos profissionais sobre aspetos relacionados à segurança do paciente, à comunicação e à qualidade do atendimento. No entanto, foram identificadas barreiras a nível de comunicação entre cirurgiões e enfermeiros/anestesistas, nomeadamente a fraca comunicação.
Fourcade et al. (2012)	França	Identificar barreiras para a implementação eficaz de uma <i>ckecklist</i> cirúrgica e desenvolver uma estratégia de melhor utilização	Qualitativa	Elementos da equipa cirúrgica centros oncológicos	O estudo consistiu em 1.440 procedimentos cirúrgicos, 1.299 <i>ckecklists</i> e 28.578 itens. A taxa média de cumprimento foi de 90,2% (0, 100). A taxa média de conclusão foi de 61% (0, 84). Foram identificadas 11 barreiras para a implementação eficaz da <i>ckecklist</i> . A sua incidência variou amplamente entre os centros. As principais barreiras foram a duplicação de itens nas listas de verificação existentes, comunicação deficiente entre cirurgião e anestesista, tempo gasto para preencher a lista de verificação sem nenhum benefício percebido e falta de compreensão e tempo de verificação dos itens, ambiguidade, riscos não contabilizados e uma hierarquia consagrada pelo tempo.
Soria-Aledo et al. (2012)	Espanha	Avaliar o grau de implantação e os fatores associados ao	Quantitativa	9 hospitais da região (90 intervenções)	Os resultados revelaram que a <i>ckecklist</i> de segurança cirúrgica nem sempre era preenchida de forma homogénea. Além disso, foi verificado que em hospitais de médio e pequeno porte havia uma

		preenchimento da <i>checklist</i> de segurança cirúrgica proposta pela OMS, nos serviços cirúrgicos de hospitais públicos da região de Múrcia.		cirúrgicas)	maior probabilidade de concluírem a <i>checklist</i> em comparação com os hospitais maiores.
--	--	--	--	-------------	--

APÊNDICE III - Resultados estatísticos dos estudos incluídos na *Scoping Review*

Figura 2 - Percentagem de estudos por base de dados

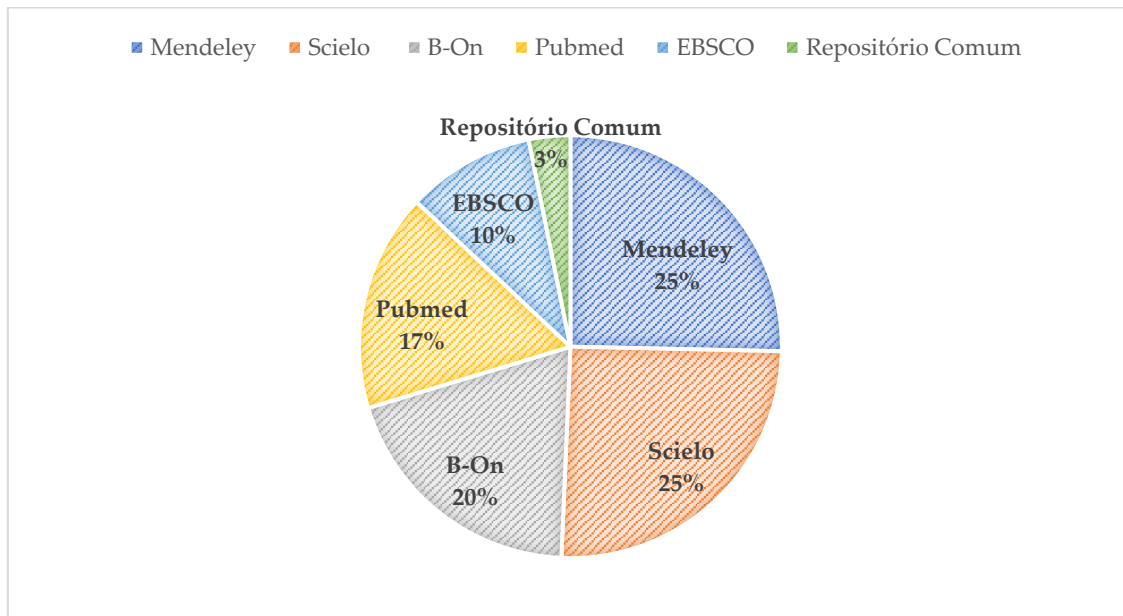


Figura 3 - Números de estudo por ano

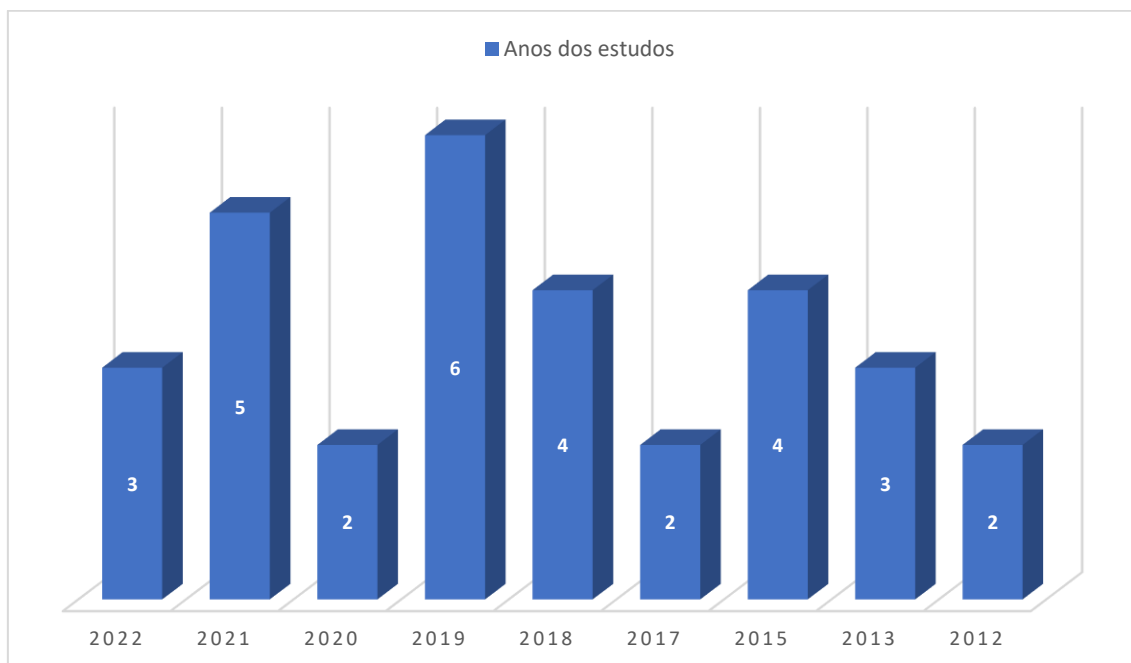


Tabela 3 - Países origem dos estudos incluídos

Continente	Países de origem	N
Europa	Espanha	1
	Reino Unido	1
	Suíça	1
	Roméia	1
	Irlanda	1
	França	1
África	África do Sul	1
	Etiópia	1
	Malawi	1
	Zâmbia	1
América	Brasil	9
	EUA	1
Ásia	China	1
	Tailândia	2
	Índia	2
	Paquistão	1
	Turquia	1
	Nepal	1
	Arábia saudita	1
	Irão	1

Figura 4 – Barreiras mais citadas pelos estudos incluídos na scoping review

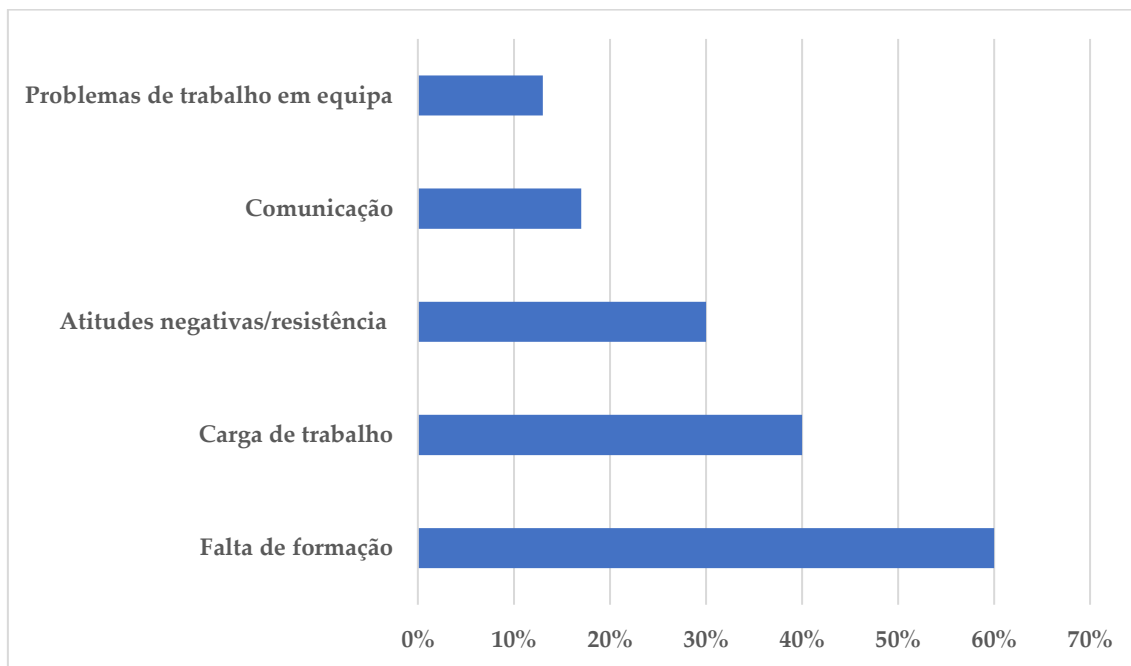
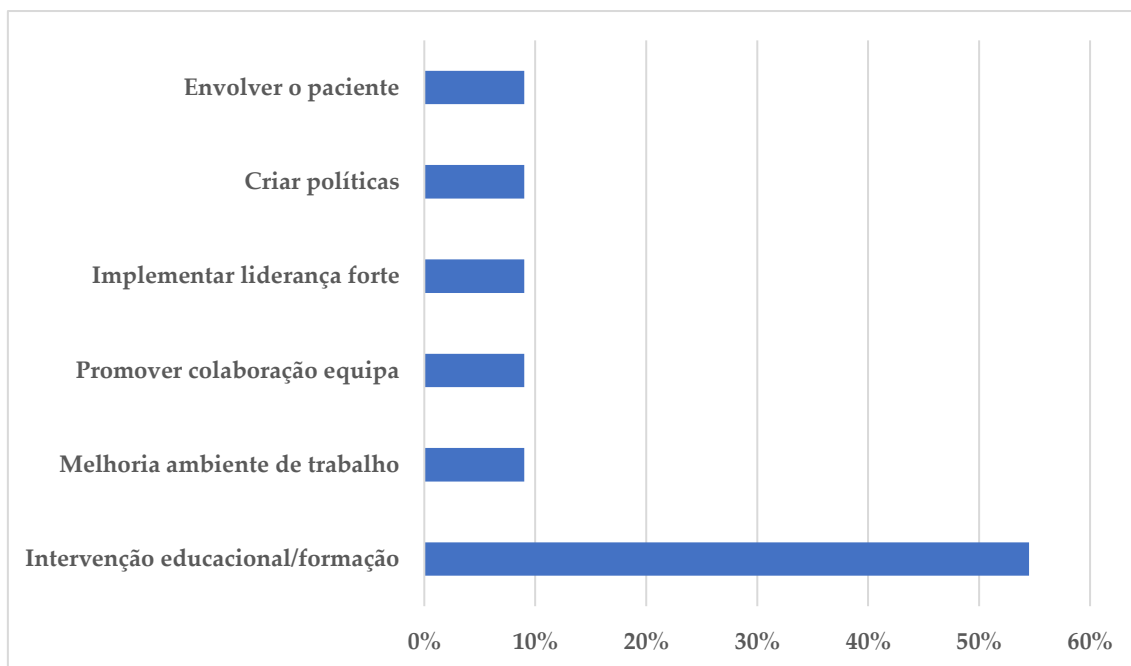



Figura 5 – Estratégias mais citadas pelos estudos incluídos na scoping review




APÊNDICE IV – Poster - O benefício da adenosina Trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LISBOA-PORTO

V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem
Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO
25 de novembro 2022 | 09H00-16H30



O BENEFÍCIO DA ADENOSINA TRIFOSFATO PARA AVALIAÇÃO DA EFICÁCIA DA LAVAGEM MANUAL DO ENDOSCÓPIO: UMA REVISÃO NARRATIVA

INTRODUÇÃO: Os endoscópios são dispositivos médicos amplamente utilizados em procedimentos de diversas especialidades. São instrumentos complexos, com canais longos e estreitos de difícil acesso, alguns com extremidades distais com elevada sofisticação técnica. Estes dispositivos são de uso múltiplo, sensíveis e termolábeis (Cadime et al., 2021). Após a sua utilização, transportam uma elevada carga microbiana representando um elevado risco de contaminação microbiológica, podendo causar infeções cruzadas caso o seu reprocessamento não seja adequado e rigoroso (Cadime et al., 2021). Nos últimos anos têm sido registados surtos causados por bactérias Gram negativo, algumas dotadas de multiresistência, associados a colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas (Sethi et al., 2017). O potencial destas infeções associadas aos endoscópios pode ainda estar agravado se o risco infeccioso estiver subestimado, devido ao não reconhecimento ou subnotificação do mesmo. Face à crescente preocupação de segurança e qualidade dos cuidados prestados, o reprocessamento de endoscópios tem sido objeto de estudo.

A adenosina trifosfato (ATP) pode ser usada como indicador da eficácia da lavagem. Sendo o ATP a principal fonte energética de todos os organismos vivos, a sua presença indica a existência de matéria orgânica. O método ATP baseia-se em reações bioquímicas com emissão de luz (bioluminescência), medida em Unidade de Luz Relativa (ULR) (Alfa et al., 2013). A quantidade de luz emitida será diretamente proporcional à quantidade de ATP presente na amostra (Masia et al., 2021).

OBJETIVO: Identificar o efeito da utilização do método de adenosina trifosfato (ATP) na avaliação da qualidade da etapa lavagem manual do reprocessamento de endoscópios.


MATERIAIS/MÉTODOS: Revisão narrativa da literatura; realizou-se pesquisa na PUBMED, durante os meses de setembro e outubro com os descritores: Adenosina Trifosfato, ATP, Endoscópio, Desinfecção e Controlo de infeção, tendo sido identificados 363 estudos, dos quais foram incluídos 21 artigos de 2008 a 2022. Recorreu-se também a literatura da Sociedade Portuguesa Endoscopia Digestiva e da American National Standard.


RESULTADOS: A validação da qualidade do reprocessamento de endoscópios por método de adenosina trifosfato é uma opção, através da deteção de matéria orgânica após lavagem manual e antes da desinfecção de alto nível (Quan et al., 2018). A adenosina trifosfato é uma ferramenta útil, embora não deva ser utilizado como substituto de estudos culturais de vigilância microbiológica (ANSI/AAMI, 2022). Pode também ser utilizado na formação e avaliação de competências dos operadores e na monitorização local das etapas de limpeza (Gillespie et al., 2017; Sethi et al., 2017). Este indicador apresenta uma maior sensibilidade do que outros indicadores, nomeadamente à proteína, carboidratos e hemoglobina, com uma Unidade de Luz Relativa (ULR/cm²) inferior a 100 correspondendo a uma limpeza manual “adequada”, podendo, no entanto, ser considerado aceitável valores até 200 ULR/cm² (Alfa & Olson, 2016; Alfa et al., 2013).

CONCLUSÃO: Para o reprocessamento adequado é essencial uma prática regular, suportada em conhecimento e competências especializadas, mantidos através de formação contínua e avaliações periódicas. A adenosina trifosfato, pela sua sensibilidade e resposta imediata à presença de matéria orgânica, é uma alternativa de valor que poderá contribuir para a redução do potencial infeccioso associado ao inadequado reprocessamento de endoscópios.

Autoria(s): Tiago Rodrigues (ICS/UCP*); Sandra Barreira (ICS/UCP*); Manuela Madureira (ICS/UCP*); Isabel Rabiais (ICS/UCP*) *Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa

BIBLIOGRAFIA





APÊNDICE V – Resumo do artigo - O benefício da Adenosina Trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa da literatura

P35

O benefício da Adenosina Trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio: uma revisão narrativa da literatura

Tiago Rodrigues¹ Sandra Barreira² Manuela Madureira³ Isabel Rabiais³

¹Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, ICS, Lisboa, Portugal.
tiago.alexandre.rodrigues@gmail.com

²Mestrando em Enfermagem Médico-Cirúrgica, UCP, ICS, Lisboa, Portugal.

³ PhD, Professora Auxiliar do ICS, UCP, Lisboa, Portugal.

Introdução: Os endoscópios são dispositivos médicos amplamente utilizados em procedimentos de diversas especialidades. São instrumentos complexos, com canais longos e estreitos de difícil acesso, alguns com extremidades distais com elevada sofisticação técnica. Estes dispositivos são de uso múltiplo, sensíveis e termolábeis (Cadime et al., 2021).

Após a sua utilização, transportam uma elevada carga microbiana representando um elevado risco de contaminação microbiológica, podendo causar infeções cruzadas caso o seu reprocessamento não seja adequado e rigoroso (Cadime et al., 2021).

Nos últimos anos têm sido registados surtos causados por bactérias Gram negativo, algumas dotadas de multirresistência, associados a colangiopancreatografias retrógradas endoscópicas (Sethi et al., 2017).

O potencial destas infeções associadas aos endoscópios pode ainda estar agravado se o risco infeccioso estiver subestimado, devido ao não reconhecimento ou subnotificação do

mesmo. Face à crescente preocupação de segurança e qualidade dos cuidados prestados, o reprocessamento de endoscópios tem sido objeto de estudo.

A adenosina trifosfato (ATP) pode ser usada como indicador da eficácia da lavagem. Sendo o ATP a principal fonte energética de todos os organismos vivos, a sua presença indica a existência de matéria orgânica. O método ATP baseia-se em reações bioquímicas com emissão de luz (bioluminescência), medida em Unidade de Luz Relativa (ULR) (Alfa et al., 2013). A quantidade de luz emitida será diretamente proporcional à quantidade de ATP presente na amostra (Masia et al., 2021).

Objetivos: Identificar o efeito da utilização do método de adenosina trifosfato (ATP) na avaliação da qualidade da etapa lavagem manual do reprocessamento de endoscópios.

Materiais e Métodos: Revisão narrativa da literatura; realizou-se pesquisa na PUBMED, durante os meses de setembro e outubro com os descritores Adenosina trifosfato, ATP, Endoscópio, Desinfecção e Controlo de infeção, tendo sido identificados 363 estudos, dos quais foram incluídos 21 artigos de 2008 a 2022. Recorreu-se também a literatura da Sociedade Portuguesa Endoscopia Digestiva e da American National Standard.

Resultados: Os resultados sugerem que a validação da qualidade do reprocessamento de endoscópios por método de adenosina trifosfato é uma opção, através da deteção de matéria orgânica após lavagem manual e antes da desinfecção de alto nível (Quan et al., 2018). A adenosina trifosfato é uma ferramenta útil, embora não deva ser utilizado como substituto de estudos culturais de vigilância microbiológica (ANSI/AAMI, 2022). Pode também ser utilizado na formação e avaliação de competências dos operadores e na monitorização local das etapas de limpeza (Gillespie et al., 2017; Sethi et al., 2017). Este indicador apresenta uma maior sensibilidade do que outros indicadores, nomeadamente à proteína, carboidratos e hemoglobina, com uma Unidade de Luz Relativa (ULR/cm²) inferior a 100 correspondendo a uma limpeza manual “adequada”, podendo, no entanto, ser considerado aceitável valores até 200 ULR/cm² (Alfa & Olson, 2016; Alfa et al., 2013).

Conclusão: Para o reprocessamento adequado é essencial uma prática regular, suportada em conhecimento e competências especializadas, mantidos através de formação contínua e avaliações periódicas. A adenosina trifosfato, pela sua

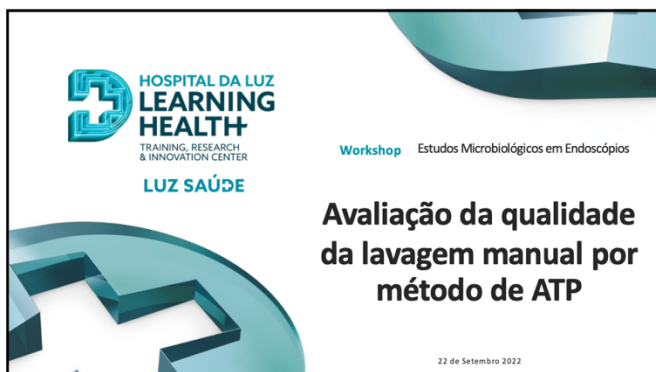
sensibilidade e resposta imediata à presença de matéria orgânica, é uma alternativa de valor que poderá contribuir para a redução do potencial infeccioso associado ao inadequado reprocessamento de endoscópios.

Palavras – Chave: Adenosina Trifosfato; Endoscópio; Lavagem manual; Qualidade; Infecções.

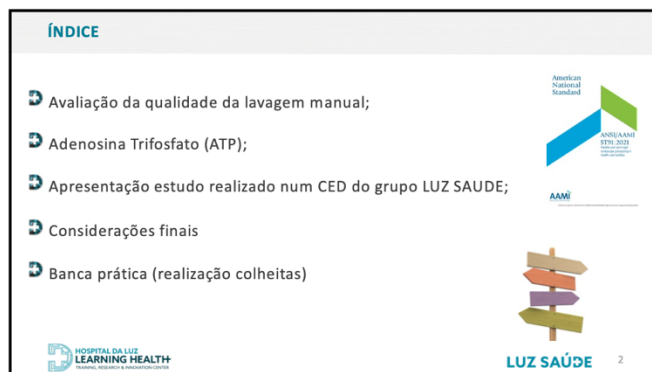
Referências Bibliográficas:

- Alfa, M. J., Fatima, I., & Olson, N. (2013). The adenosine triphosphate test is a rapid and reliable audit tool to assess manual cleaning adequacy of flexible endoscope channels. *American Journal of Infection Control*, 41(3), 249–253. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2012.03.015>
- Alfa, M. J., & Olson, N. (2016). Simulated-use validation of a sponge ATP method for determining the adequacy of manual cleaning of endoscope channels. *BMC Research Notes*, 9(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/S13104-016-2066-7/TABLES/3>
- ANSI/AAMI. (2022). *ST91:2021 Flexible and semi-rigid endoscope processing in health care facilities*. AAMI
- Cadime, A., Canena, J., & Areia, M. (2021, April 17). *Reprocessamento de endoscópios flexíveis e de acessórios utilizados em endoscopia digestiva*. Pareceres SPED https://www.sped.pt/images/Pareceres/PareceresSPED_Reprocessamento_de_endoscopios_flexiveis_e_de_acessrios_utilizados_em_endoscopia_digestiva.pdf
- Gillespie, E., Sievert, W., Swan, M., Kaye, C., Edridge, I., & Stuart, R. L. (2017). Adenosine triphosphate bioluminescence to validate decontamination of endoscopes. *The Journal of Hospital Infection*, 97(4), 353–356. <https://doi.org/10.1016/J.JHIN.2017.05.020>
- Masia, M. D., Dettori, M., Deriu, G. M., Bellu, S., Arcadu, L., Azara, A., Piana, A., Palmieri, A., Arghittu, A., & Castiglia, P. (2021). ATP Bioluminescence for Assessing the Efficacy of the Manual Cleaning Procedure during the Reprocessing of Reusable Surgical Instruments. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(3). <https://doi.org/10.3390/HEALTHCARE9030352>
- Quan, E., Mahmood, R., Naik, A., Sargon, P., Shastri, N., Venu, M., Parada, J. P., & Gupta, N. (2018). Use of adenosine triphosphate to audit reprocessing of flexible endoscopes with an elevator mechanism. *American Journal of Infection Control*, 46(11), 1272–1277. <https://doi.org/10.1016/J.AJIC.2018.04.224>
- Sethi, S., Huang, R. J., Barakat, M. T., Banaei, N., Friedland, S., & Banerjee, S. (2017). Adenosine triphosphate bioluminescence for bacteriologic surveillance and reprocessing strategies for minimizing risk of infection transmission by duodenoscopes. *Gastrointestinal Endoscopy*, 85(6), 1180-1187.e1. <https://doi.org/10.1016/J.GIE.2016.10.035>

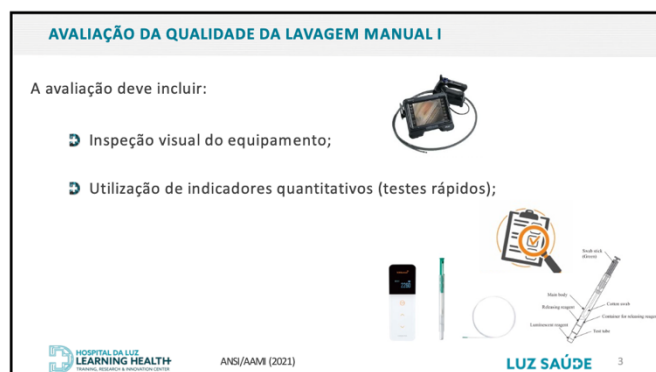
APÊNDICE VI – Exposição *Workshop* Estudos microbiológicos em endoscópios



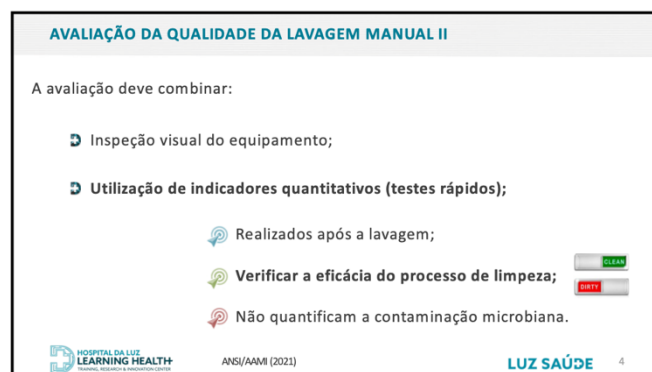
1



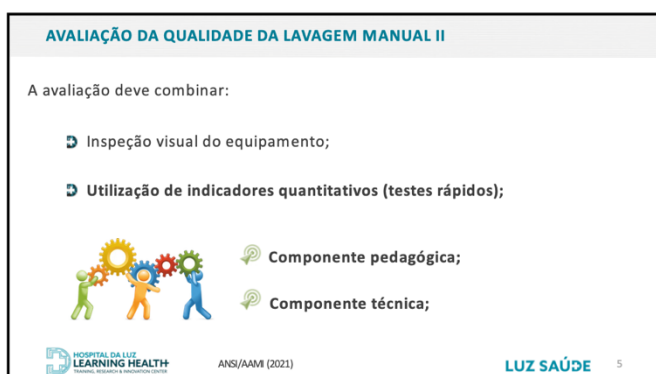
2



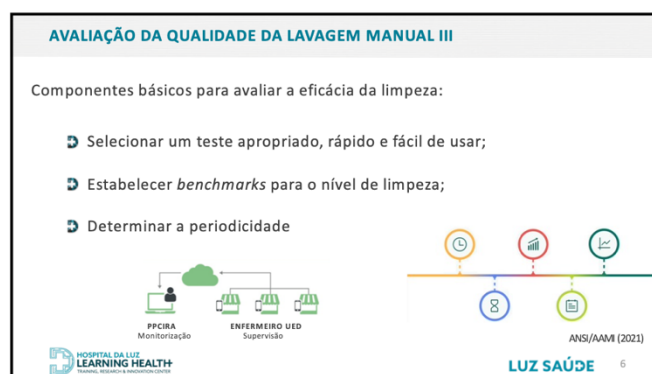
3



4



5



6

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA LAVAGEM MANUAL IV

Determinar a **periodicidade**

- Endoscópios **Alto Risco e/ou design complexo**
 - Após cada utilização
- Endoscópios **Não considerados Alto Risco**
 - Após aquisição
 - Após empréstimo
 - Intervalos estabelecidos



REFERENCIAL CIENTIFICO
ANSI/AAMI (2021)

7

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DA LAVAGEM MANUAL V

Tipos de indicadores:

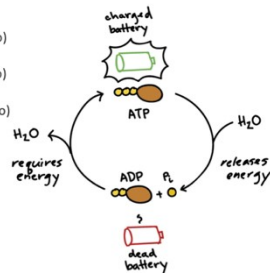
- Proteínas (<6.4 µg/cm²);
- Carboidratos (<1.8 µg/cm²);
- Hemoglobina (<2.2 µg/cm²);
- Adenosina Trifosfato (<22 femtomoles/cm²).



8

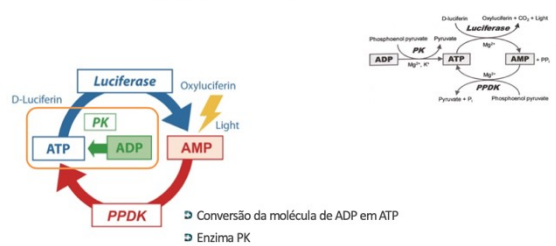
ADENOSINA TRIFOSFATO (ATP)

- ATP (1 molécula adenosina + 3 moléculas fosfato)
- ADP (1 molécula adenosina + 2 moléculas fosfato)
- AMP (1 molécula adenosina + 1 moléculas fosfato)



9

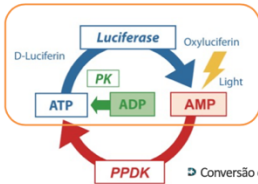
KIKKOMAN LUMITESTER A3 – PRINCÍPIO DETEÇÃO ATP | ADP | AMP



- Conversão da molécula de ADP em ATP
- Enzima PK

10

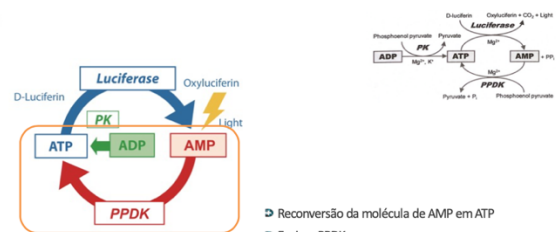
KIKKOMAN LUMITESTER A3 – PRINCÍPIO DETEÇÃO ATP | ADP | AMP



- Conversão da molécula de ATP em AMP
- Enzima Luciferase produz Luz na presença de ATP, luciferina, O₂ e Mg²⁺
- Quantidade de Luz é proporcional à quantidade de ATP na amostra
- RLU - Unidade de Luz Relativa

11

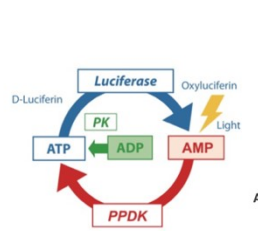
KIKKOMAN LUMITESTER A3 – PRINCÍPIO DETEÇÃO ATP | ADP | AMP



- Reconversão da molécula de AMP em ATP
- Enzima PDK

12

KIKKOMAN LUMITESTER A3 – PRINCÍPIO DETEÇÃO ATP | ADP | AMP



13

ADENOSINA TRIFOSFATO (ATP)

- Unidade de medida para ATP é femtomole (1 x 10⁻¹⁵ mol);
- Valor de referência <22 fmol de ATP/cm²;
- Luminômetro conversão fmol em Unidades Relativas de Luz (RLUs);
- RLUs é diretamente proporcional à quantidade de fmol;
- Conversão de 9 RLUs/fmol de ATP;
- 200 RLUs/cm² >> 22,22 fmol de ATP/cm².



14

ESTUDO CENTRO ENDOSCOPIA UNIDADE GRUPO LUZ SAUDE

Nº	Equipamento		RLU		
	Tipologia	SN	Pré-Lavagem	Pós-Lavagem	
1	Endoscópio	EG760Z	6772	46	<ul style="list-style-type: none"> Supervisão técnica Técnica limpa EPIs recomendados Colheitas – canal de trabalho
2	Colonoscópio	RC005	569	9	
3	Endoscópio	RC016	91282	43	
4	Endoscópio	RC066	715349	11	
5	Colonoscópio	RC017	269	8	

Definir **Thresholds** (Amostra estatisticamente significativa)
(Supervisão técnica de lavagem - Orientação)

HOSPITAL DA LUZ LEARNING HEALTH
ANG/AMM (2022)

LUZ SAÚDE 15

15

CONSIDERAÇÕES FINAIS

▫ Avaliação da eficácia da limpeza tem como objetivo garantir que a etapa é executada de forma consistente e correta de acordo com os limites estabelecidos.

- Controlo da Qualidade** Indicador QUANTITATIVO
- Controlo do Processo** Ferramenta Pedagógica

▫ Sensibilidade do Luminómetro é variável (fabricante);

▫ Importante definir **THRESHOLDS**;

HOSPITAL DA LUZ LEARNING HEALTH

LUZ SAÚDE 16

16

COMO REALIZAR A COLHEITA

- Press and hold the product's power button for a while.
- Launch the application, select the test point, and start measurement.
- Perform the swab test. (For details of "LucPac A3/Per", refer to the operation manual.)
- Open the measurement chamber cover and place "LucPac A3/Per" in the chamber.
- Close the measurement chamber cover and press START. The measurement starts. The measurement result is displayed after countdown.
- Remove the "LucPac A3/Per" after measurement. When the "LucPac A3/Per" tube is not removed from the measurement chamber, the error alarm continues to ring.

HOSPITAL DA LUZ LEARNING HEALTH

LUZ SAÚDE 17

17

QUESTIONS

HOSPITAL DA LUZ LEARNING HEALTH

LUZ SAÚDE 18

18

APÊNDICE VII – Artigo Newsletter Segurança do Doente: A utilização de brinquedos em ambiente hospitalar

A utilização de brinquedos em ambiente hospitalar

A brincadeira pode ser entendida como um comportamento de construção e consolidação de conhecimento e desenvolvimento do Eu, do Outro e do Mundo¹. E por isso pode-se afirmar que “Brincar é um assunto muito sério”.

A escolha de brinquedos deve ter por base uma avaliação do risco, onde são ponderados os seus objetivos, características, faixa-etária alvo, bem como possíveis formas de utilização. Os brinquedos, se não forem adequados à criança podem representar inúmeros riscos, como asfixia, lesões traumáticas, quedas, ou queimaduras químicas. Podem também representar um foco de infeção cruzada caso não sejam devidamente higienizáveis.

Algumas medidas para manter as brincadeiras seguras^{2,3}:

- ✦ Supervisão ativa do cuidador;
- ✦ Incentivo à higiene das mãos;
- ✦ Partilha de brinquedos deve ser minimizada;
- ✦ No caso de partilha é obrigatório a higienização entre cada utilização (procedimento AMB.105⁴);
- ✦ Criação de circuito com separação de brinquedos (caixa com brinquedos “limpos” e “contaminados”);
- ✦ Manutenção do pavimento sem brinquedos, evitando o risco de tropeçar;
- ✦ Adequação dos brinquedos ao(s) grupo(s) etário(s);
- ✦ Verificação regular da integridade do brinquedo;
- ✦ Características dos brinquedos:
 - ✦ Laváveis,
 - ✦ Resistentes,
 - ✦ Sem peças pequenas, destacáveis, quebráveis,
 - ✦ Sem fios inferiores a 30cm,
 - ✦ Sem ímanes,
 - ✦ Com pilhas protegidas.

A segurança da criança e a manutenção de um ambiente acolhedor em contexto hospitalar depende de todo nós!

Referências Bibliográficas (por ordem de entrada no texto)

- 1 | Cardió, Rita (2016) De como o Brincar Constitui um Comportamento de Consolidação de Conhecimento e Desenvolvimento do Eu, do Outro e do Mundo.
- 2 | Moore, Dorothy L. (2018) Infection Prevention and Control in pediatric office settings. Canadian Paediatric Society. Paediatrics and Child Health, 176-190.
- 3 | Associação para a Promoção da segurança infantil (<https://apsi.org.pt/guiaprodustocrancas/productinfo.php?idproduct=L8&page=productinfo>)
- 4 | Centro Hospitalar Universitário de Lisboa Central (2022) Procedimento Multissetorial - o brinquedo em contexto hospitalar (AMB.105)

SEGURANÇA DO DOENTE

DA TEORIA À PRÁTICA



Texto elaborado por: Tiago Rodrigues (Estudante Enfermagem)

Revisão: Gabinete de Segurança do Doente.

APÊNDICE VIII – Poster Segurança do Doente: Brincar em segurança no Hospital

BRINCAR EM SEGURANÇA NO HOSPITAL

BRINCAR É O "TRABALHO" DA CRIANÇA!

**BRINCAR É UM ASSUNTO MUITO SÉRIO
ACIDENTES PODEM ACONTECER
AJUDE A PREVENIR!**

**ESTEJA ATENTO À CRIANÇA
EVITE A PARTILHA DE BRINQUEDOS
VEJA SE O BRINQUEDO É SEGURO :**

- | Idade recomendada
- | Instruções de utilização
- | Recomendações CE

**LAVÁVEIS
SEM ARESTAS, NEM BORDOS CORTANTES
MAIORES DO QUE A BOCA DA CRIANÇA
SEM FIOS MAIORES QUE 30 CM
SEM ACESSO ÀS PILHAS**

VAMOS BRINCAR COM SEGURANÇA

Em caso de dúvidas fale com um profissional

Consulte QRCode para mais informações

Elaborado por: Tiago Rodrigues | Revisão por: Gabinete Segurança Doente | Referências: Associação para Promoção da Segurança Infantil | Sociedade Portuguesa de Pediatria

APÊNDICE IX – Formação em Serviço: Comunicação Eficaz

Comunicação Eficaz
Transição de Cuidados de Saúde
| Sessão de formação em serviço |

Logo of CADERVA (Centro de Apoio à Docência em Saúde) is visible in the top right corner.

1

ÍNDICE

- Introdução
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026
- Comunicação em Saúde
- Handover | Transição de Cuidados
- Barreiras da Comunicação na transição de cuidados
- Normas | Direção Geral da Saúde
- Metodologia ISBAR

Icon of a clipboard with a checklist and a checkmark is on the right.

2

INTRODUÇÃO

- 70% dos eventos adversos na saúde ocorrem devido a falhas na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados (OAS, 2017 | WHO, 2007)
- Os clientes cirúrgicos são sujeitos a inúmeras transições de cuidados (pré-operatório | intraoperatório | pós-operatório)
- Evidência indica a existência de falhas de comunicação inerentes ao processo de transferência de informação em todas as fases do período perioperatório (Moita, 2021)

A 'RISK' icon is shown next to the first bullet point.

3

Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
2021 | 2026

Central graphic with five numbered circles (01-05) and icons for each area:

- 01 CULTURA DE SEGURANÇA
- 02 LIDERANÇA E GOVERNANÇA
- 03 COMUNICAÇÃO
- 04 PREVENÇÃO E GESTÃO DE INCIDENTES DE SEGURANÇA
- 05 PRÁTICAS SEGURAS EM AMBIENTES SEGUROS

4

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2026

SEGURANÇA DO DOENTE

- Redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. (OAS, 2017)

Mínimo aceitável é de um forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação, em oposição ao risco de não tratamento ou de outro.

5

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2021-2026

AÇÕES

- a) Atualização das normativas sobre comunicação na transição de cuidados de saúde;
- b) Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde;
- c) Desenvolvimento de programas de formação específica dirigida aos profissionais de saúde, sobre transferência de informação, durante o processo de transição de cuidados.

Objetivo Estratégico 3.2
Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados

6

COMUNICAÇÃO NA SAÚDE

- A comunicação é um dos **pilares principais** para a promoção de cuidados seguros (Diário da República 2021 | PMSO)
- O profissional de saúde deve saber: (DGS, 2017)
 - Quando falar
 - O que dizer
 - Como dizer

COMUNICAÇÃO EFICAZ

Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (DGS, 2017)

7

HANDOVER | TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

- "Qualquer momento da prestação em que se verifique a **transferência de responsabilidade de cuidados** e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (DGS, 2017)
- "São **momentos vulneráveis/críticos** da transição de cuidados para a segurança do doente os momentos cuja complexidade envolvam um maior risco de erro na transferência de informação" (DGS, 2017)

8

HANDOVER | TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

- Para a OMS as **mudanças de profissionais e de equipas** (entre turnos, transição do doente entre áreas de diagnóstico e terapêutica) potenciam os riscos e os incidentes de segurança decorrentes de falhas na comunicação e na transferência de informação (DGS, 2017)

Pode ocorrer:

- Durante uma **mudança de turno** ou entre iguais níveis de cuidados na unidade;
- Entre diferentes níveis de cuidado na unidade (**transferências intra-hospitalares**);
- Entre **serviços** de prestação de cuidados e serviços de diagnóstico ou tratamento

9

BARREIRAS DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

- Fraca cultura de segurança;
- Omissão de informação;
- Erro e falta de precisão da informação | Comunicação ineficaz;
- Não priorização das atividades;
- Reduzida formação e desenvolvimento de competências comunicacionais;
- Ambientes ruidosos e potenciadores de distrações;
- Tempo reduzido para realização da transição de cuidados

Ferramenta que garanta a eficácia da comunicação e promova a uniformização da mesma

10

NORMA N° 001/2017 DE 08/02/2017 (DGS)

1) A **transição de cuidados** deve obedecer a uma **comunicação eficaz** na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a **técnica ISBAR**.

11

ORIENTAÇÃO TÉCNICA

Procedimento: **Transmitir Informação nas Transições de Cuidados de Saúde** Aprovado em 02.12.2020

Âmbito: Assegurar que a transmissão de informação sobre os cuidados de saúde aos clientes é precisa, completa e inequívoca, de forma a garantir a segurança do cliente e a continuidade dos cuidados em toda a unidade.

Objetivo: Garantir a transmissão de informação completa, precisa, inequívoca e oportuna sobre os cuidados aos clientes nas transições de cuidados de saúde, de forma a assegurar a continuidade dos mesmos e a segurança do cliente.

Destinatários: Todos os profissionais de saúde.

- A **transição de cuidados** tem por principal objetivo a transmissão de **informação completa, inequívoca, e precisa** sobre a situação clínica dos clientes e os cuidados a prestar. Para tal deve utilizar-se a **metodologia ISBAR**.

12

METODOLOGIA ISBAR

I IDENTIFICAÇÃO

S SITUAÇÃO ATUAL

B ANTECEDENTES

A AVALIAÇÃO

R RECOMENDAÇÕES

13

METODOLOGIA ISBAR

I IDENTIFICAÇÃO

Identificação e localização precisas dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do cliente a que diz respeito a comunicação

- Nome completo e número do processo;
- Nome, função e número mecanográfico do emissor;
- Nome, função e número mecanográfico do recetor;
- Serviço de origem / destinatário;
- Identificação pessoa significativa

14

METODOLOGIA ISBAR

I Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde

S **SITUAÇÃO**

B

- Data e hora de admissão;
- Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- MCDT realizados ou a realizar

A

R

15

METODOLOGIA ISBAR

I Descrição de fatores clínicos, de enfermagem, e outros considerados relevantes (nível de dependência, hábitos relevantes, adesão terapêutica, diretiva antecipada de vontade), Alergias e Risco de colonização/infecção e medidas decorrentes

S

B **BACKGROUND**

- Antecedentes clínicos;
- Alergias conhecidas ou da sua ausência;
- Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;
- Técnicas invasivas realizadas;
- Presença ou risco de colonização/infecção e medidas a implementar

A

R

16

METODOLOGIA ISBAR

I

- Problemas ativos;
- Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída;
- Alterações de estado de saúde significativas;
- Avaliação das eficácia das medidas implementadas;
- Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.

S

B

A **AVALIAÇÃO**

R Informações sobre o estado do cliente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas, e avaliação da eficácia das medidas implementadas

17

METODOLOGIA ISBAR

I

- Indicações do plano de continuidade de cuidados;
- Informação sobre consultas e MCDT agendados;

S

B

A Descrição de atitudes e plano terapêutico adequado à situação clínica do cliente

R **RECOMENDAÇÕES**

18

EVIDÊNCIA | LITERATURA

Open access Research

BMJ Open Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review

Martin Müller,^{1,2} Jonas Jürgens,² Marcus Redaelli,² Karsten Klingberg,¹ Wolf E Hautz,¹ Stephanie Stock²

Objectives Communication breakdown is one of the main causes of adverse events in clinical routine, particularly in handover situations. The communication tool SBAR (situation, background, assessment and recommendation) was developed to increase handover quality and is widely assumed to increase patient safety. The objective of this review is to summarise the impact of the implementation of SBAR on patient safety.

Conclusions This review found moderate evidence for improved patient safety through SBAR implementation, especially when used to structure communication over the phone. However, there is a lack of high-quality research on this widely used communication tool.

19

OBRIGAD

20

ANEXOS

ANEXO I - Certificado de participação no Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana

Tiago Rodrigues Ferreira Da Rosa

Congresso Internacional de Controlo de Infecção e Resistência Antimicrobiana

Evento Clínico | 23 de Setembro de 2022 | 6 horas

Código de certificado: C-5y4mu8wub4kcw

ANEXO II - Certificado de participação no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica Portuguesa

 <p>CATÓLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE LISBOA-PORTO</p>	<h3>V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO</h3>
<h2 style="text-align: center;"><u>CERTIFICADO</u></h2>	
<p>Certifica-se que o(a) Enf.(a) Tiago Rodrigues, Sandra Barreira; Prof. Dra. Manuela Madureira; Prof. Dra. Isabel Rabiais apresentaram, em coautoria, o Poster n.º 35 com o tema <i>Avaliação da qualidade da lavagem manual do endoscópio por método de Adenosina Trifosfato: uma revisão narrativa da literatura</i> no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem, no dia 25 de novembro de 2022, Auditório 1, <i>Campus</i> da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.</p>	
<p style="text-align: center;">Lisboa, 25 de novembro de 2022.</p>	
	<p style="text-align: center;">A Diretora Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP</p> <div style="text-align: center;"><p>Amélia Simões Figueiredo, PHD, MEd, RN Professora Associada</p></div> 
<p style="text-align: center;">Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal</p>	

ANEXO III - Certificado de participação no *Worshop* Estudos Microbiológicos em Endoscópio



Workshop Estudos Microbiológicos em Endoscópios

— *Certificado*

EMITIDO POR:

Hospital da Luz Learning Health
Avenida Lusíada 100 Edifício C, Piso -1
1500-650 Lisboa



NOME

Tiago Rosa

QUALIDADE

Formador

TEMA

Avaliação qualidade da lavagem manual por ATP

Evento

Workshop Estudos Microbiológicos em Endoscópios

22-09-2022 09:00 □ 22-09-2022 15:30



learninghealth.up.events
Comprovativo de Emissão de Certificado Electrónico
Decreto-Lei n.º 290-D/99 e 62/2003 — European Union Directive 1999/93/CE

