

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CIRURGICA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS**

**SURGICAL SAFTY CHECKLIST: BARRIERS AND
STRATEGIES**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Por

Sandra Marília Martins Barreira

Lisboa, 2024

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica: Pessoa em
Situação Crítica

Relatório de Estágio

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA
CIRURGICA: BARREIRAS E ESTRATÉGIAS**

**SURGICAL SAFTY CHECKLIST: BARRIERS AND
STRATEGIES**

Apresentado à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do grau de Mestre em
Enfermagem Médico-Cirúrgica, com a especialização em Enfermagem Médico-
Cirúrgica: Pessoa em Situação Crítica

Por

Sandra Marília Martins Barreira

Sob orientação da Prof. Doutora Maria Manuela Madureira

Lisboa, 2024

AGRADECIMENTOS

Foi um caminho árduo, mas finalmente consegui chegar ao final. Mas sei que nada disto seria possível sem as pessoas que me são muito especiais.

Primeiramente, o meu agradecimento especial, ao Tiago Rodrigues, colega de curso, colega de trabalho e amigo, que durante esta caminhada esteve sempre presente com palavras de motivação, apoio, e acolhimento nos dias mais difíceis.

Aos professores e orientadores deixo uma palavra de gratidão, porque reconheço a paciência e o esforço de todos. Um especial agradecimento à Professora Manuela Madureira que me acompanhou e foi a minha orientação ao longo deste percurso.

À minha família, que me apoio, me acarinhou e acreditou em mim durante toda esta caminhada.

Aos meus amigos, o meu obrigada por todas as vezes que estiveram ao meu lado e por acreditarem em mim.

RESUMO

O presente Relatório aborda o percurso do desenvolvimento e aquisição de competências no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem com Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica: Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica com foco em três áreas principais: o desenvolvimento de competências diferenciadas em diferentes contextos de estágio, uma análise reflexiva sobre estas experiências e o aprofundar do conhecimento sobre a adesão à *checklists* cirúrgicas.

No capítulo 1, e focada no desenvolvimento de competências de mestre, foi realizada uma *scoping review* objetivando identificar as principais barreiras e estratégias para a adesão às *checklists* cirúrgicas. As barreiras mais comuns encontradas incluem a resistência à mudança por parte dos profissionais de saúde, a perceção da carga de trabalho. Entre as estratégias para superar essas barreiras destacam-se a formação contínua, a liderança forte e o envolvimento de toda a equipa cirúrgica no processo de implementação. A revisão destacou a importância de uma abordagem multifacetada para garantir a adesão eficaz às *checklists* cirúrgicas, promovendo uma cultura de segurança e reduzindo os riscos de eventos adversos.

O capítulo 2 apresenta uma análise reflexiva sobre a aquisição e desenvolvimento de competências durante estágios em três diferentes contextos hospitalares: hospitalização domiciliária, unidade de cuidados intermédios e gabinete de segurança do doente. Na hospitalização domiciliária, foi destacada a importância da comunicação eficaz e da autonomia do enfermeiro. Na unidade de cuidados intermédios, o foco foi na capacidade de tomada de decisões rápidas e precisas em situações de alta complexidade. No gabinete de segurança do doente, foram aprimoradas competências relacionadas à análise de incidentes e à implementação de medidas preventivas. A análise reflexiva permitiu identificar as habilidades críticas desenvolvidas em cada contexto e como estas contribuem para a prática profissional em enfermagem.

As conclusões finais do trabalho sintetizam os principais achados dos capítulos anteriores. Foi reafirmada a importância das *checklists* cirúrgicas como ferramenta essencial para a segurança do doente, bem como a necessidade de estratégias eficazes para garantir sua adesão. Além disso, a experiência em diferentes contextos de estágio

mostrou-se vital para o desenvolvimento de competências essenciais para a prática clínica segura e eficiente. O trabalho conclui que a integração de abordagens formativas e reflexivas dos profissionais de saúde é fundamental para promover a cultura de segurança e melhorar os resultados dos doentes.

Este trabalho reflexivo sobre o desenvolvimento contínuo de competências adquiridas em diferentes contextos hospitalares, ressalta a necessidade de uma abordagem holística e integrada na formação.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista, Pessoa em Situação Crítica, Segurança do Doente

ABSTRACT

The present report addresses the development and acquisition of skills within the Master's degree course in Nursing with a specialization in Medical-Surgical Nursing: Nursing for the Person in Critical Condition, focusing on three main areas: the development of differentiated skills in various internship contexts, a reflective analysis of these experiences, and a deepening of knowledge on adherence to surgical checklists.

In Chapter 1, focusing on the development of master's level skills, a scoping review was conducted aiming to identify the main barriers and strategies for adherence to surgical checklists. The most common barriers found include resistance to change among healthcare professionals and the perception of workload. Among the strategies to overcome these barriers are continuous training, strong leadership, and the involvement of the entire surgical team in the implementation process. The review highlighted the importance of a multifaceted approach to ensure effective adherence to surgical checklists, promoting a culture of safety and reducing the risks of adverse events.

Chapter 2 presents a reflective analysis on the acquisition and development of skills during internships in three different hospital contexts: home hospitalization, intermediate care unit, and patient safety office. In home hospitalization, the importance of effective communication and nurse autonomy was highlighted. In the intermediate care unit, the focus was on the ability to make quick and accurate decisions in highly complex situations. In the patient safety office, skills related to incident analysis and the implementation of preventive measures was enhanced. The reflective analysis allowed for the identification of critical skills developed in each context and how they contribute to professional nursing practice.

The final conclusions of the work summarize the main findings of the previous chapters. The importance of surgical checklists as an essential tool for patient safety, as well as the need for effective strategies to ensure their adherence, was reaffirmed. Additionally, the experience in different internship contexts proved vital for the development of essential skills for safe and efficient clinical practice. The work concludes that the integration of formative and reflective approaches for healthcare

professionals is fundamental to promoting a culture of safety and improving patient outcomes.

This reflective work on the continuous development of skills acquired in different hospital contexts highlights the need for a holistic and integrated approach in training.

Keywords: Specialist Nurse, Critically ill Patient, Patient Safety

LISTA DE ACRÓNIMOS, ABREVIATURAS e SIGLAS

N – Número

n.º – Número

p. – Página

% – Percentagem

BO - Bloco Operatório

CSC – *Checklist* de Segurança Cirúrgica

GSD - Gabinete de Segurança do Doente

MAV- Medicamentos de Alta Vigilância

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PSC – Pessoa em Situação Crítica

SNS – Serviço Nacional de Saúde

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	17
CAPÍTULO 1	19
BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE ADEÇÃO À <i>CHECKLIST</i> DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: <i>SCOPING REVIEW</i>	19
CAPÍTULO 2	41
ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO	41
2.1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA	44
2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS	52
2.3. GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE	60
CONSIDERAÇÕES FINAIS	62
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
APÊNDICES	76
APÊNDICE I	77
APÊNDICE II	78
APÊNDICE III	81
APÊNDICE IV	92
ANEXOS	94
ANEXO I	95

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1. Estratégia PCC	25
Tabela 2. Países de origem dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	31
Tabela 3. Jornais/revistas dos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	32

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Fluxograma PRISMA	28
Figura 2. Percentagem de estudos incluídos na <i>scoping review</i> por base de dados	29
Figura 3. N.º de estudos incluídos na <i>scoping review</i> por ano	30
Figura 4. Barreiras mais citadas pelos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	33
Figura 5. Estratégias mais citadas pelos estudos incluídos na <i>scoping review</i>	34

INTRODUÇÃO

O presente documento pretende ser ilustrativo do realizado para dar consecução à Unidade Curricular Estágio Final e Relatório, após término dos estágios planeados para tal.

No âmbito do percurso académico do 15º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (PSC), foram realizados estágios em diferentes contextos cujo relatório aqui apresentado descreve o percurso e o estudo conducente ao grau de mestre. Os estágios tiveram como finalidade desenvolver competências de enfermeiro especialista em médico-cirúrgica na área da PSC em contexto de unidade de cuidados intermédios, hospitalização domiciliária e gabinete de segurança do doente.

Os cuidados à PSC e família estão inseridos num contexto clínico altamente tecnológico, que implica a execução de diversas técnicas classificadas como competências instrumentistas. Torna-se importante realçar a dimensão do cuidado humanizado e de qualidade que a Pessoa em SC (situação crítica) e sua família necessitam, não podendo ser esquecido em detrimento do envolvimento no ambiente e situação clínica em que se encontra.

Assim, a produção deste relatório tem como intuito demonstrar a aprendizagem desenvolvida, o crescimento profissional e o modo como as intervenções e reflexões efetuadas no decorrer dos estágios contribuíram para a aquisição e desenvolvimento de competências.

De salientar que durante o percurso formativo, no curso de Mestrado em Enfermagem Médico Cirúrgica na vertente de PSC, tive oportunidade de elaborar em conjunto com o mestrando do mesmo curso, Tiago Rodrigues, o artigo “O benefício da adenosina trifosfato para avaliação da eficácia da lavagem manual do endoscópio”, que foi publicado no V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem da Universidade Católica intitulado de “Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO” (Apêndice I)

O presente relatório está estruturado em dois capítulos principais. No Capítulo 1 é apresentada a *scoping* sobre as barreiras e as estratégias promotoras de adesão à *checklist cirúrgica* tendo a escolha do tema recaído sobre a segurança cirúrgica dado ser uma área de interesse pessoal e laboral de ambos. O meu interesse por este tema

preendeu-se, igualmente, pelo facto da segurança do doente constituir uma componente essencial na prestação de cuidados de saúde, pelo que um maior conhecimento sobre a temática da segurança cirúrgica, em particular a *checklist* segurança cirúrgica, fundamentado em estudos científicos recentes, é uma mais-valia no âmbito da minha atividade profissional. Considero essencial as organizações criarem uma cultura de segurança de forma a reduzir complicações cirúrgicas, bem como a taxa de mortalidade entre os doentes. Assim, o meu interesse em realizar uma investigação em torno desta temática está relacionado não apenas com o meu gosto por todas as temáticas relacionadas com a segurança do doente, como também pela contribuição a nível de soluções e melhores práticas no sentido de ultrapassar barreiras e lacunas encontradas, bem como estratégias no sentido de colmatar as mesmas.

No Capítulo 2 é apresentada a análise reflexiva da aquisição de desenvolvimento de competências em contexto de estágio tendo sido abordados os temas relativos à Hospitalização Domiciliária, à Unidade de Cuidados Intermédios e o Gabinete de Segurança do Doente, suportadas na mais atualizada literatura científica sobre as supracitadas temáticas e contextos. Neste Capítulo 2 são, assim, evidenciadas as aprendizagens realizadas no presente percurso formativo que me permitiram adquirir competências e cujos objetivos primordiais consistiram em documentar, analisar e refletir acerca de situações problema resultantes deste trajeto nos contextos já citados. Em sequência são apresentadas as conclusões, envoltas numa breve reflexão acerca das dificuldades percecionadas e os contributos de aprendizagem, bem como perspetivas futuras. Por fim, são apresentadas as respetivas referências bibliográficas, formatadas de acordo com as Normas da APA (7ª edição), assim como os apêndices e anexos ilustrativos do desenvolvido.

CAPÍTULO 1

BARREIRAS E ESTRATÉGIAS DE ADESÃO À *CHECKLIST* DE SEGURANÇA CIRÚRGICA: *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 envolvidos.

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 incluídos 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: 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 promotoras da adesão à *checklist* de segurança cirúrgica reveste-se de uma enorme importância, de modo a

identificar de que forma este instrumento tem vindo a ser utilizado apoio à segurança cirúrgica, bem como potencialidades e vulnerabilidades ou lacunas que podem ser geridas.

Palavras-chaves: *Checklist* de segurança cirúrgica; segurança do doente; adesão; barreiras; estratégias promotoras

INTRODUÇÃO

A segurança do doente afigura-se atualmente, como 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 assume-se como de extrema importância (Valido, 2011), pelo que os profissionais de saúde devem reunir esforços e estratégias que assegurem e promovam a segurança do doente, e consequentemente a qualidade dos cuidados prestados (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 de 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 cirúrgicos apresentam complicações a cada ano, e 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 (indicadores de resultado), 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 caráter 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 (World Health Organization, 2009).

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 perceção 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 foi verificado 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 no doente como também nos profissionais envolvidos, e consequentemente nos sistemas de saúde. 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, cortoperfurantes 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 unidade hospitalar, sendo, por isso, suscetíveis de eficácia. Nesse sentido, podem existir diversas barreiras para o sucesso da sua implementação, as quais podem ser de carácter 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) foi observado que após a realização de formação

acerca 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 membros que não realizaram formação, talvez pela influência positiva dos comportamentos positivos dos colegas (Ferorelli et al., 2022).

Nesse seguimento, e tendo em conta que a literatura sobre o tema ainda é incipiente (sobretudo, em Portugal), o objetivo deste estudo consistiu em analisar quais são as barreiras e as estratégias promotoras de adesão à *checklist* de segurança cirúrgica. Espera-se, assim, contribuir para uma maior compreensão acerca do que é necessário melhorar nas unidades de saúde em prol da qualidade dos cuidados prestados e da segurança do doente.

MEDOTOLOGIA

Tipo de estudo

O estudo realizado é uma *scoping review* que se enquadra e se relaciona 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 reproduzível, procurando incluir todas as evidências publicadas acerca do tema em análise (Lame, 2019). De acordo com Salvador et al. (2021), a *scoping review* apareceu como uma nova abordagem para a revisão da literatura e tem sido amplamente utilizado a nível mundial na área de síntese de evidências em saúde.

Questões de investigação

A questão de investigação foi formulada através da utilização da estratégia PCC, sigla para População ou Participantes (*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?”

Tabela 1. Estratégia PCC

P	Participantes/população	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

Critérios 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.

A Tabela 2, abaixo representada, expõe os critérios de inclusão e exclusão utilizados para a seleção dos estudos e a respetiva justificação.

Para a seleção dos artigos inseridos no estudo foram utilizadas as recomendações do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*- PRISMA (Liberati et al., 2009). A recomendação PRISMA consiste num *checklist* com 27 itens e um fluxograma, tendo como objetivo ajudar os investigadores a melhorarem o relato das revisões sistemáticas e meta-análises. O PRISMA pode também ser utilizado em revisões de outros tipos de investigação, sobretudo em avaliações de intervenções e na avaliação crítica de revisões sistemáticas publicadas. Contudo, o *checklist* PRISMA não constitui um instrumento de avaliação da qualidade (Galvão et al., 2015).

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*.

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 booleanos “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.

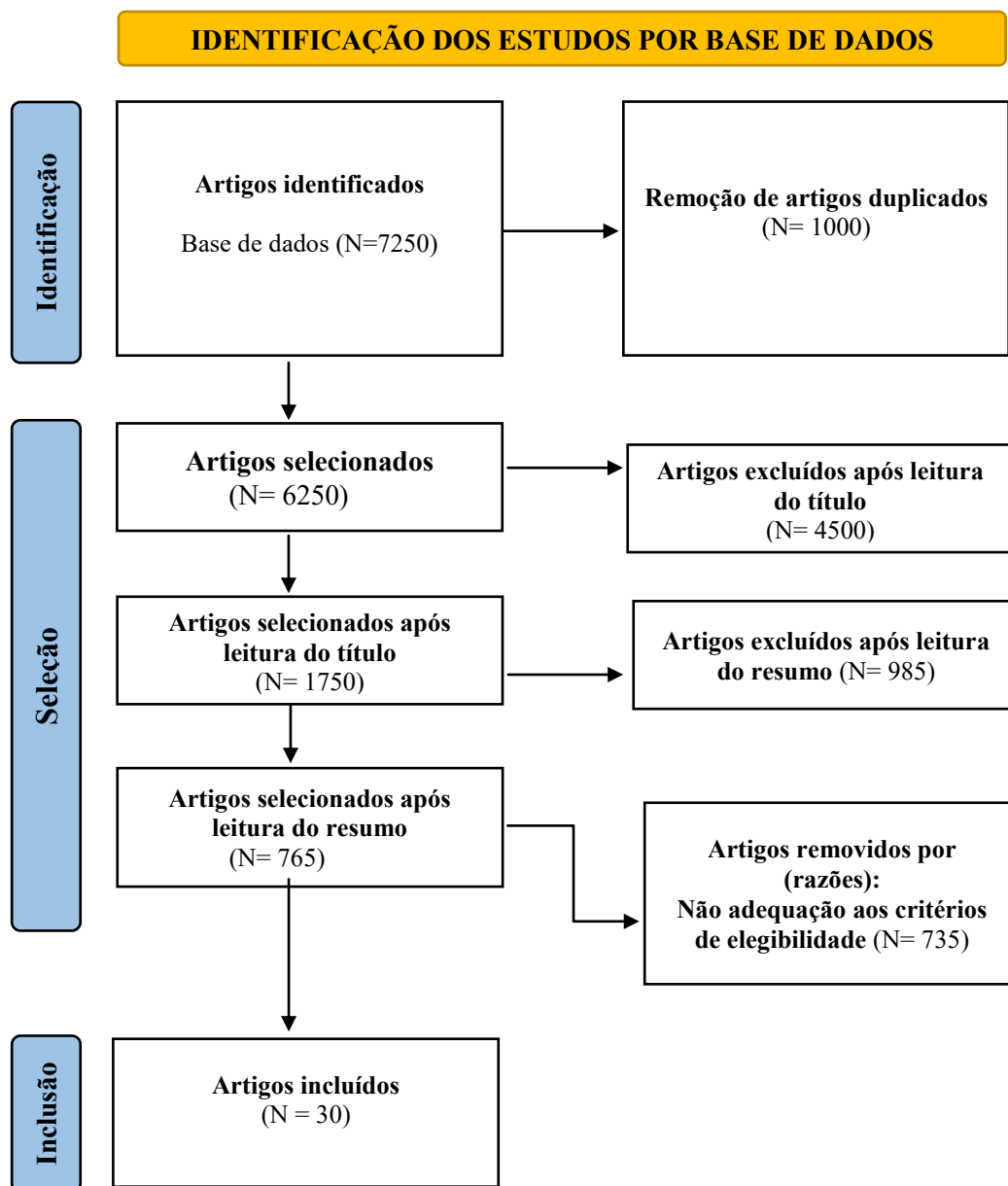
RESULTADOS

Tendo por base a estratégia acima descrita obteve-se acesso a um total de 7250 artigos. Foi feita a remoção de duplicatas, tendo-se ficado com 6250 artigos. Após a leitura do título foram eliminados 4500, ficando-se com 1750. Após a leitura do resumo, foram eliminados 985, ficando-se 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, sendo: *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



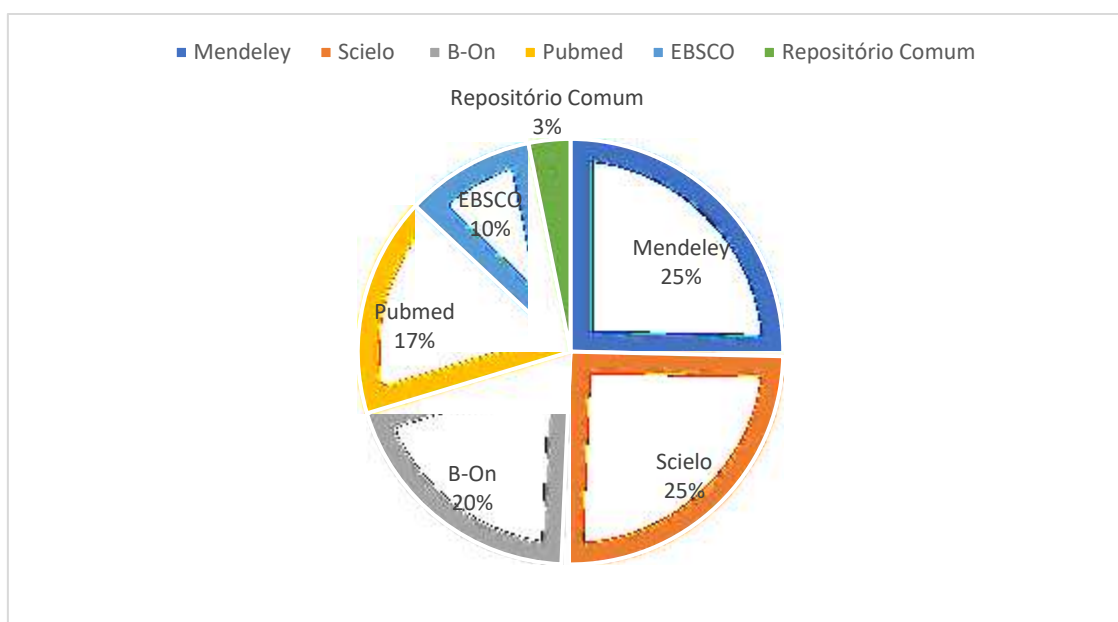
Adaptado de *The Joanna Briggs Institute*

No Apêndice II apresenta-se uma síntese dos estudos incluídos na revisão.

Dados gerais sobre os artigos

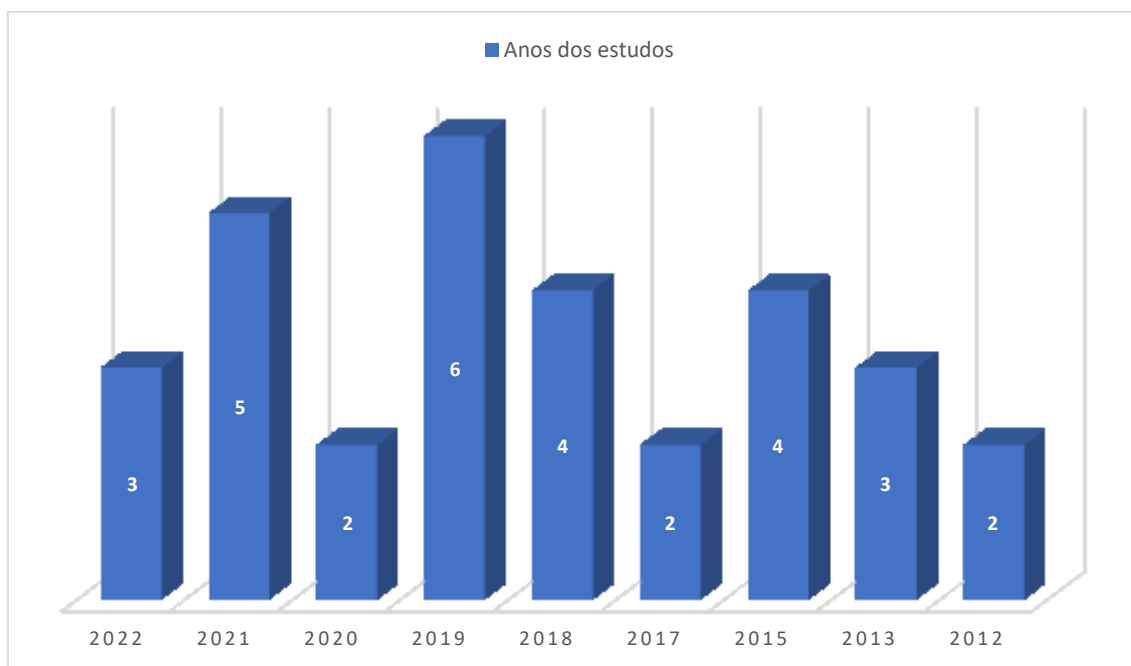
Das bases de dados analisadas, aquelas que apresentaram um maior nº de estudos (tendo em conta os critérios de inclusão definidos neste trabalho), foi a *Scielo* (N=8; 26%) e a *Mendeley* (N=8; 26%), seguindo-se da *B-On* (N=6; 20%), *Pubmed* (N=5; 17%), da *EBSCO* (N=3; 10%) e, por último do *Repositório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

Figura 2. Percentagem de estudos incluídos na *scoping review* por base de dados



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.

Figura 3. N° de estudos incluídos na *scoping review* por ano



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).

Relativamente à origem dos estudos, 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%).

Tabela 2. Países de origem dos estudos incluídos na *scoping review*

Continente	Países de origem	Nº
Europa	Espanha	1
	Reino Unido	1
	Suíça	1
	Roménia	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

Os 30 artigos seleccionados 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, tal como é possível observar na Tabela 4. Um dos estudos não foi publicado em jornal pois trata-se de uma dissertação de mestrado, por isso não consta no total de publicações da seguinte tabela.

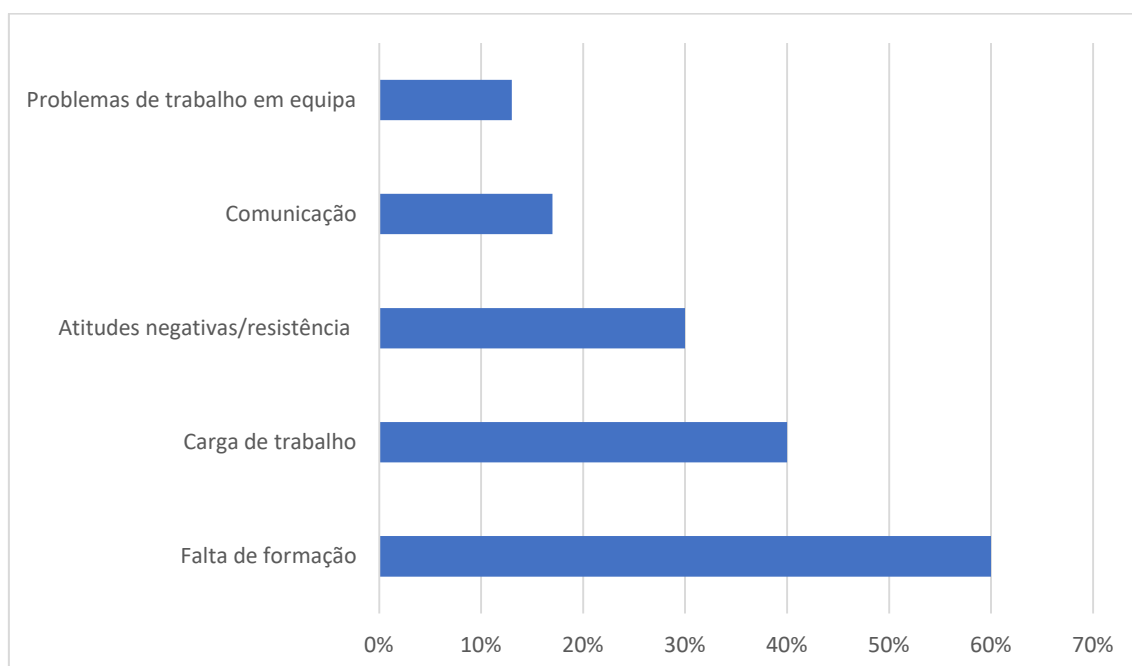
Tabela 3. Jornais/revistas dos estudos incluídos na *scoping review*

Jornal	N
<i>Cirurgia Espanola</i>	1
<i>BMC Health Services Research</i>	2
<i>Journal of Patient Safety</i>	1
<i>Revista Gaúcha de Enfermagem</i>	1
<i>The Ochsner Journal</i>	1
<i>BMJ Quality & Safety</i>	1
<i>Annals of Surgery</i>	1
<i>Patient Safety in Surgery</i>	2
<i>The South African Medical Journal</i>	1
<i>European Journal of Surgical Oncology</i>	1
<i>International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology</i>	1
<i>BMC Research Notes</i>	1
<i>BMJ Open</i>	1
<i>Shiraz E Medical Journal</i>	1
<i>Annals of Medicine and Surgery</i>	1
<i>East and Central African Journal of Surgery</i>	1
<i>Romanian Journal of Anaesthesia and Intensive Care</i>	1
<i>Oman Medical Journal</i>	1
<i>American Journal of Infection Control</i>	1
<i>Kathmandu University Medical Journal</i>	1
<i>Pakistan Journal of Medical Sciences</i>	1
<i>Online Brazilian Journal of Nursing</i>	1
<i>Enfermería Actual en Costa Rica</i>	1
<i>Cadernos de Saúde Pública</i>	1
<i>Revista Enfermagem UERJ</i>	1
<i>Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro</i>	1
<i>Obstetrics & Gynecology International Journal</i>	1
Total	29

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%).

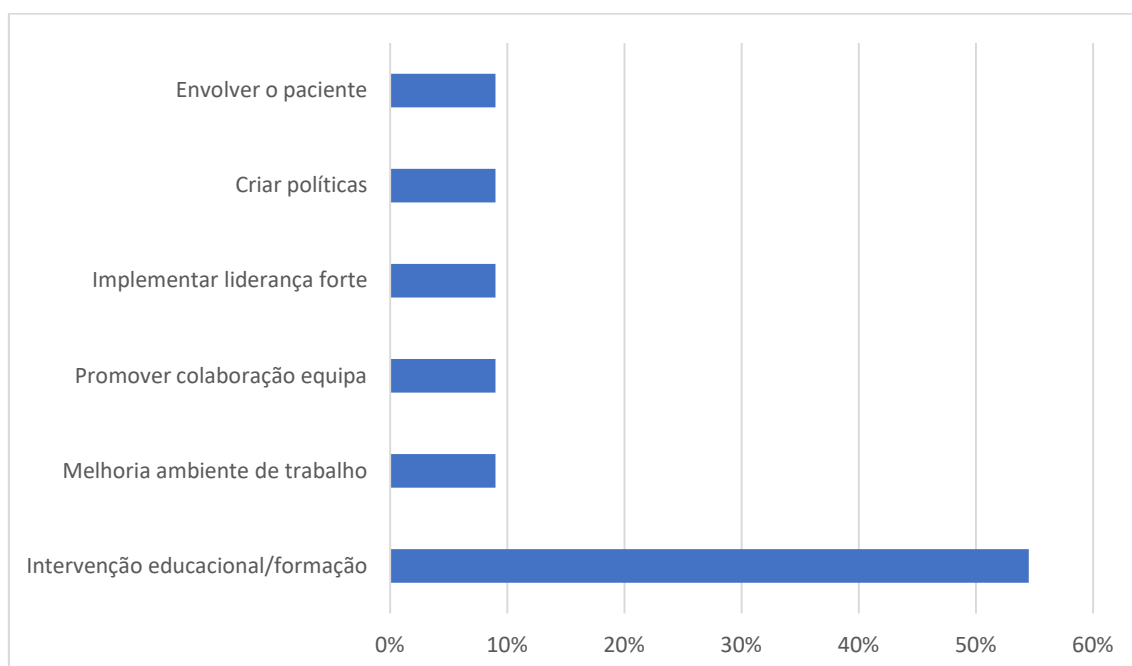
Figura 4. Barreiras mais citadas pelos estudos incluídos na *scoping review*



Outras barreiras mencionadas, embora em menor frequência foram as seguintes: *falta de supervisão, falta de recursos físicos e humanos* (indisponibilidade de equipamentos e suprimentos 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.

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%).

Figura 5. Estratégias mais citadas pelos estudos incluídos na *scoping review*



DISCUSSÃO DE RESULTADOS

O presente estudo teve como objetivo central analisar o tema da adesão à CSC. Como objetivos específicos, pretendeu-se saber quais as barreiras à adesão da CSC 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 ineficiente e problemas de trabalho em equipa. No que tange às estratégias promotoras de adesão à CSC, a mais citada foi a intervenção educacional/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 doente.

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, 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 (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 funcionários recém-contratados. Para além disso, os profissionais (médicos e enfermeiros) mais habilitados raramente compartilhavam os seus conhecimentos ou incentivavam o uso da *checklist* entre os membros da sua equipa sem formação, o que resultou numa menor adesão. Também no estudo de Uprety et al. (2021) foi constatado que apesar de a maioria dos profissionais ter conhecimento sobre a CSC, a falta de formação adequada foi considerada a barreira mais prevalente no diz respeito à sua implementação. No estudo de Ferreira et al. (2019), em que foi possível perceber que os enfermeiros tiveram dificuldade em falar sobre a *checklist* e não reconheceram o instrumento como ferramenta de prevenção/redução dos erros normalmente ocorridos em cirurgia e não sabiam utilizá-la de forma correta; 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 Melekic 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 consequente fadiga dos profissionais na aplicação correta e consistente da *checklist*. Por exemplo, no estudo de Munthali et al. (2022), os membros da equipa cirúrgica que a utilização da CSC não era utilizada de forma rotineira devido à sobrecarga de trabalho que os profissionais 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, anesthesiologistas e enfermeiros de um centro cirúrgico no que diz respeito à implementação da CSC. 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 CSC entre elementos da equipa cirúrgica, possivelmente originada pela carga elevada de trabalho. Na investigação de Costa (2019), a sobrecarga de trabalho foi reportada pelos profissionais da equipa cirúrgica, nomeadamente os enfermeiros. Os participantes desse estudo, 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 CSC de forma rotineira e consistente. Estes resultados assemelham-se aos de Kisacik e Cigerci (2019) ao verificarem que as condições de trabalho intensas afetavam negativamente a utilização da CSC. A carga de trabalho como barreira foi também identificada no estudo de Aggarwal et al. (2018); de Verwey e Gopalan (2018); de Al-Qahtani (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 CSC. 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 CSC 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 CSC, 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 CSC 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 da *checklist* foi a resistência dos médicos, provavelmente resultante do 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 mais velhos 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 indicar que a CSC 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 CSC em hospitais Britânicos foi a

resistência dos profissionais seniores. A resistência individual como barreira à adesão e implementação da CSC foi igualmente assinalada no estudo de Utiyamada et al. (2015). Por fim, no estudo de O'Connor et al. (2013) os resultados mostraram que os anestesistas não se mostraram tão positivamente dispostos à *checklist* em comparação aos demais membros que participaram no estudo (enfermeiros e cirurgiões). Contudo, esse resultado foi atribuído à tendência da CSC 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 CSC, bem como no estudo de Al-Qahtani (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) foram identificados em alguns artigos como uma barreira. No estudo de Khodavandi et al. (2021), a principal barreira para a adesão à CSC 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 CSC 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 e suprimentos cirúrgicos fundamentais, *check lists* 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 CSC. Também Msosa et al. (2021) observaram que uma das estratégias promotoras da adesão à CSC 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 que gostariam de ter. Ferreira (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 CSC como uma ferramenta 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 esses profissionais. Também Kasatpibal et al. (2018) identificaram como estratégias promotoras a formação adequada dos profissionais. De igual modo, de Costa (2019) verificou que os enfermeiros, ao receberem formação sobre o uso 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 CSC) e envolver o doente no processo (Kasatpibal et al., 2018).

CONCLUSÃO

Este estudo pretendeu dar resposta às questões de investigação previamente definidas.

O conhecimento das barreiras e das estratégias promotoras da adesão à CSC reveste-se numa 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 ou lacunas que podem ser geridas.

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

Os artigos analisados mostraram que uma das principais barreiras à adesão da CSC 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 deste estudo é a de que é necessário apostar em intervenções educativas, que visem dotar os profissionais de competências adequadas na utilização da CSC, que os incentive a utilizá-la de forma correta e que, sobretudo, lhes incuta a enorme importância da sua utilização. É igualmente necessário verificar a carga de trabalho dos profissionais, uma vez que apareceu como uma barreira. É necessário 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 CSC, 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 CSC, 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 CSC, 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 CSC. O facto de não se abranger todas as bases de dados existentes pode constituir também uma das limitações. Apesar de se ter utilizado aquelas que são consideradas as mais conhecidas academicamente, alguns estudos importantes podem ter ficado de fora.

Outra das limitações prende-se com a impossibilidade de generalizar os resultados para a população. Os estudos incluídos apresentaram uma grande variedade a nível de país de origem. Assim, há que ter em conta diversos fatores que diferir 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 das CSC em instituições de saúde portuguesas.

CAPÍTULO 2

ANÁLISE REFLEXIVA DA AQUISIÇÃO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS EM CONTEXTO DE ESTÁGIO

O conceito de competência pode ser definido como o conjunto de conhecimentos, habilidades e atitudes essenciais ao desempenho das funções que as pessoas exercem, tendo como finalidade atingir os objetivos da organização (McClelland, 1973). De acordo com Benner (2001), as competências do enfermeiro são adquiridas e desenvolvem-se com base nas experiências vivenciadas e no modo como estas são ensinadas. O modelo de Benner (1982), baseia-se na forma como o enfermeiro desenvolve o conhecimento a nível de enfermagem, bem como as habilidades, competências clínicas e compreensão do atendimento ao doente através do treino teórico completo e da aprendizagem experiencial, desde o estágio de iniciante até ao estágio de perito. No decorrer destas etapas, estas são influenciadas pela experiência e pelo tempo de trabalho na profissão (Ozdemir, 2019). Assim, no seu modelo aplicado à enfermagem, Benner identificou cinco fases: 1) iniciante ou iniciado – o enfermeiro não possui qualquer experiência anterior, sendo normalmente reconhecido nos estudantes de enfermagem ou em enfermeiros que integram um novo serviço; 2) iniciado avançado – ainda estão dependentes da orientação de enfermeiros com mais experiência, apesar de já terem o conhecimento e o *know-how*; 3) competente – o enfermeiro carece ainda da rapidez e da flexibilidade dos enfermeiros proficientes, mas já possuem algum domínio, um planeamento mais avançado e competências organizacionais, reconhecendo os padrões e o carácter das situações clínicas com mais rapidez e precisão do que os iniciantes avançados; 4) proficiente – os enfermeiros são capazes de ver a situação como um “todo”, aprendendo com a experiência quais eventos normalmente ocorrem e sendo capazes de mudar os planos em resposta a diferentes eventos, contudo ainda necessitam de um bom entendimento da situação; 5) perito/especialista – o enfermeiro não depende mais de regras para orientar as suas ações, detendo uma compreensão intuitiva da situação com base no seu profundo conhecimento e experiência; o foco está

nos problemas mais relevantes e não nos irrelevantes; na grande maioria das vezes, o enfermeiro especialista não é difícil de ser reconhecido, uma vez que costuma oferecer opiniões clínicas ou resolver situações complexas de um modo notável (Benner et al., 2008; Flaubert et al., 2021).

O meu percurso profissional desenvolveu-se na área de cuidados aos doentes em contexto de Serviço de Urgência durante sensivelmente 18 anos. Ao longo do percurso, adquiri e desenvolvi competências de Enfermeiro Especialista através da experiência no local de trabalho, e ainda através de cursos e formações, como por exemplo, curso de suporte avançado de vida de adulto e pediátrico, Pós-Graduação de Urgência e Emergência, Curso de Formação de Formadores, Pós-Graduação em Gestão de Informação e *Business Intelligence*, Curso de Formação de Auditor Interno de ISO 9001, Curso de Liderança, assim como participei e colaborei no planeamento e organização de dois serviços de urgência (adultos e pediátrico), com elaboração de políticas, procedimentos, orientações técnicas e escolha de equipamentos que visam a melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Pelo exposto, posso dizer que desenvolvi o autoconhecimento e assertividade, e fundamentei (sempre) a minha praxis clínica especializada em evidência científica.

Há que sublinhar que assumi há 7 anos, funções de Enfermeira Gestora num Serviço de Urgência, dando-me competência de Enfermeira Gestora. De acordo com o artigo 3º do Regulamento n.º 101/2015, “o Enfermeiro Gestor é o enfermeiro que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e do domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garante o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem.”. A nível de competências, o enfermeiro gestor possui as seguintes: competências no domínio da gestão (e.g.: garantir uma prática profissional e ética na equipa que lidera, gerir o serviço/unidade e a equipa otimizando as respostas às necessidades dos doentes em cuidados de saúde, garantir o desenvolvimento de competências dos profissionais da equipa que lidera, etc.); competências do domínio da assessoria (e.g.: intervém na definição de políticas de saúde) (Regulamento nº 104/2015).

De referir também que, há um ano assumi a coordenação do Gabinete de Segurança do Doente, onde tenho desenvolvido ações de formação sobre a segurança do doente no contexto de trabalho, envolvendo assim os colaboradores na temática. Nesta envolvimento, participo na análise de incidentes que decorrem da prática clínica, sem

atribuição de culpa, mas sim na investigação da causa, de maneira a implementar ações de melhoria. Colaboro na análise de risco, elaborando planos e mecanismos como medidas de prevenção do risco. Acredito, que deste modo, tenho desenvolvido competências para garantir um ambiente terapêutico seguro.

2.1. HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA

A hospitalização domiciliária é um modelo de assistência hospitalar que surgiu pela primeira vez em 1947 nos Estados Unidos da América, cujo propósito consistia em desaglomerar os hospitais e criar um ambiente psicológico mais benéfico e positivo para o doente. A primeira unidade neste âmbito a operar na Europa (França) apareceu 10 anos depois, em 1957. Em 1996, o Comité Regional da Europa da Organização Mundial da Saúde (OMS) promoveu o desenvolvimento do “Hospital para Cuidados de Saúde”, igualmente designado como “hospital em casa”, seguindo o modelo americano (Delerua, 2019). No entanto, em Portugal, a primeira equipa de hospitalização domiciliária foi constituída muito mais tarde, no ano de 2015, no Hospital Garcia de Orta. Em 2019, já tinham sido criadas 24 unidades nos hospitais do Serviço Nacional de Saúde (SNS), objetivando-se a abertura de mais 10 até ao final de 2021 (Chan, 2022).

Este modelo fornece cuidados de saúde hospitalares no domicílio em lugar dos cuidados prestados no internamento hospitalar e destina-se a uma população predominantemente idosa, com uma alta prevalência de doenças crónicas e várias patologias (Delerua, 2019). O programa é oferecido, então, àqueles doentes que requerem tratamento por causa de diversas doenças, tais como Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica, Insuficiência Cardíaca Crónica, Pneumonia, infeções adquiridas na comunidade ou hospitalar, entre outras (Alves, 2016; Delerua, 2019).

Conforme preconizado por Melo (2020), o modelo de hospitalização domiciliária, como alternativa ao modelo de hospitalização convencional, possibilita que os doentes com patologia aguda, doenças crónicas em fase aguda ou cuidados paliativos, com um período de tratamento de curta duração, tenham assistência hospitalar em casa, quer a nível de prestação de cuidados ativa e contínua, quer a nível de procedimentos técnicos; procurando a humanização dos cuidados e integrar a comunidade, os cuidadores e a família ativamente.

Recomendada pela OMS, beneficiando da evolução técnica e tecnológica, aliadas à preparação dos profissionais, a hospitalização domiciliária constitui-se como uma oportunidade para o desenvolvimento de respostas que fomentem a integração, a continuidade de cuidados e a obtenção de melhores resultados em saúde e bem-estar para as pessoas. A hospitalização domiciliária tem como finalidade a redução dos custos e as complicações relacionadas a admissões hospitalares, bem como o aumento da satisfação dos doentes, sendo que, alguns dos seus objetivos dizem respeito à

otimização da qualidade de vida do doente, a promoção da sua autonomia e da interação entre cuidados de saúde primários e cuidados hospitalares e o controlo dos recursos hospitalares (Alves, 2016).

Segundo a literatura, a hospitalização domiciliária revelou vantagens relativamente ao internamento convencional, nomeadamente menor taxa de infeção associada aos cuidados de saúde, menor incidência de síndrome confusional agudo, menor risco de deterioração do estado funcional e de desnutrição. Mostrou ainda, maior envolvimento do doente e do cuidador em todo o processo, o que contribui para a educação e literacia da comunidade e para uma maior adesão aos cuidados de saúde e à terapêutica (Compaoré et al., 2023; Kanagala et al., 2023; Prior & Campbell, 2018). De acordo com Chan (2022), a nível da sustentabilidade do SNS, este modelo de hospitalização, traz vantagens a nível de redução de custos e de complicações associadas à hospitalização convencional. Assim, a Hospitalização Domiciliária pode constituir uma solução para o problema de sobrelotação nos hospitais do país, além das vantagens que este modelo apresenta para o doente.

Num estudo efetuado por Ouchi et al. (2021) foram apresentadas as seguintes vantagens da hospitalização domiciliária:

- Redução de custos de atendimento/cuidado: os doentes em casa efetuam menos exames laboratoriais, menos consultas e menos exames de imagem, por exemplo.
- Experiência de cuidados melhorada: devido a diversas razões, sendo elas a melhoria do ambiente para promover o descanso e o sono (e.g.: quarto não estranho ao doente, maior privacidade, cama própria, ruído ambiente diminuído, etc.), a maior disponibilidade e facilidade de contacto com o corpo clínico, o maior contato com os familiares e amigos (se desejar), a alimentação mais confortável e familiar, entre outros. Além disso, a hospitalização domiciliária também melhora a experiência de cuidados de doentes em transição para cuidados paliativos e para doentes no fim de vida.

Nos estudos que analisaram a perceção dos doentes e dos cuidadores/família sobre a hospitalização domiciliária, os resultados revelaram um aumento do nível de qualidade de vida (Lai et al., 2021); elevados níveis de satisfação (Chua et al., 2022); maior conforto e interação entre a equipa de saúde (Magalhães et al., 2019); maior bem-estar físico e mental, com níveis menores de stress e angústia (Megido, 2021).

Numa revisão da literatura elaborada por Melo (2020), foi evidenciado que a hospitalização domiciliária é mais custo-efetiva em comparação com a hospitalização clássica. Os dados obtidos nesse estudo mostraram que os doentes tinham preferência

pela hospitalização domiciliária, que esta reduziu o número de doentes em internamento hospitalar e teve impactos positivos na qualidade de vida desses doentes.

Neste contexto, o enfermeiro gestor tem um papel crucial, devido às competências que detém em termos de gestão, e ao desenvolvimento das suas funções com vista a prestar cuidados seguros e de qualidade, tendo em conta as necessidades e expectativas dos doentes e da sua equipa (Melo, 2020).

Não obstante, a hospitalização domiciliária em Portugal continua a ser pouco conhecida, tanto pela população como pelos profissionais (Chan, 2022).

Pelo atrás exposto, a temática suscitou o meu interesse pessoal em conhecer/experienciar *in loco* a metodologia de trabalho, como seria trabalhar com o doente internado, num ambiente tão desconhecido até então para os enfermeiros visto cuidarem do doente no seu ambiente.

Assim, o primeiro estágio subsidiário ao desenvolvimento de competência em enfermagem médico-cirúrgica foi realizado no serviço de Hospitalização Domiciliária, entre 5 de setembro e 2 de outubro, com uma duração de 80 horas. O serviço encontra-se inserido num hospital privado. O referido serviço, apresenta capacidade para 14 camas em contexto de internamento domiciliário.

A equipa de Enfermagem é constituída pela Enfermeira Responsável detentora do grau Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. O serviço dispõe ainda de duas enfermeiras Especialistas em Saúde Comunitária. A restante equipa é constituída por Enfermeiros Generalistas *Séniores*.

Os doentes que são admitidos em contexto de hospitalização domiciliária respondem a critérios de internamento domiciliário, sendo um dos critérios, a presença constante de cuidador de referência. As patologias elegíveis estão definidas na Norma da DGS nº 020/2018, assim como os critérios de inclusão e exclusão de doentes e a articulação com os cuidados primários, setor social e com a comunidade. Como mencionado anteriormente, a hospitalização domiciliária caracteriza-se como um modelo de assistência hospitalar, dirigido para a prestação de cuidados no domicílio a doentes com doença aguda, ou crónica agudizada, cujas condições biológicas, psicológicas e sociais o permitam. Distingue-se dos cuidados domiciliários, pela prestação de cuidados altamente especializados em estados agudos e complexos de doença. Assim, os enfermeiros têm um grande impacto na criação de um ambiente que transmita segurança para o doente e pessoa de referência, considerando a visão do mesmo sobre o contexto onde estão inseridos.

A organização de distribuição de doentes no serviço pela equipa de enfermagem, tem em conta a complexidade dos doentes, e ainda a localização geográfica do domicílio. O horário de funcionamento do serviço é das 8h até às 23h, sendo neste período realizadas as visitas aos doentes. A equipa que visita o doente é constituída por um médico e um enfermeiro. Durante a visita, é avaliada a necessidade de uma segunda ou mais visitas ao doente no mesmo dia, caso seja necessário, as visitas subsequentes são realizadas pelo enfermeiro, ficando o médico de prevenção. No período das 23h às 8h de manhã, o serviço tem constituída uma equipa médica e de enfermagem de prevenção.

De referir ainda, os dispositivos médicos necessários para este cuidado ao doente, tais como: aparelhos de tensão arterial, oxímetro, termómetro, bombas infusoras, entre outros, pertencem ao serviço em questão e são disponibilizados por doente durante o período de internamento.

A organização dos doentes pela equipa permanece suscetível a constante avaliação da estabilidade hemodinâmica, monitorização e vigilância que cada doente necessita.

Foi então necessário que nas primeiras semanas conhecesse a estrutura e dinâmica funcional do serviço, através da integração levada a cabo pela enfermeira orientadora e através da consulta de normas e protocolos de funcionamento. Este processo inicial de conhecer e perceber o funcionamento da hospitalização domiciliária nas diversas áreas, tornou-se bastante importante por ser um contexto até então desconhecido do ponto de vista laboral, onde todo o ambiente estrutural e organizacional era novo para mim, quer na sua organização enquanto unidade de hospitalização domiciliária, bem como, nas áreas específicas de intervenção.

Em reunião com a orientadora clínica, foi então proposto que, nas primeiras duas semanas, a minha presença no serviço se pautasse por colaborar no cuidado prestado aos doentes pela enfermeira orientadora, participando em parceria com a mesma, podendo assim questionar e conhecer o modo como a equipa de enfermagem estrutura, planifica, e executa e avalia os cuidados, em articulação com a equipa multidisciplinar. Ao longo desta primeira fase, foi ainda necessário o estudo autónomo e a pesquisa na mais recente evidência científica e autores de referência na área de hospitalização domiciliária, entre outros temas que se deparavam no meu dia-a-dia e que não me eram familiares.

Pelo atrás referido foram assim desenvolvidas as competências a nível da aquisição de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, de relevância para a

minha intervenção numa prática especializada, manifestando-se em conhecimentos aplicados na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, de forma segura e competente.

As matérias estudadas bem como as dúvidas que surgiram foram sempre debatidas e refletidas com a enfermeira orientadora, onde através da partilha de conhecimentos e experiências, confrontados com a mais recente evidência, permitiram o esclarecimento ou o novo questionamento acerca da prática que executamos diariamente, na nossa intervenção de enfermagem.

Esta reflexão e partilha diária permitiram a minha organização de pensamento, bem como a mobilização dos conhecimentos de modo que o pensamento e o planeamento de intervenções se retratassem nos cuidados de qualidade, adquirindo competências no que se refere aos conhecimentos avançados e incorporados na prestação de cuidados, melhorando a qualidade dos mesmos.

Neste apropriar de conhecimento acerca do funcionamento e dinâmica dos cuidados em contexto de internamento em hospitalização domiciliária, insere-se o Objetivo Geral que foi definido no projeto desenhado *“Desenvolver competências ético-deontológicas, relacionais e técnico-científicas, na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família.”*

No decorrer do estágio e neste contexto, foi-me possibilitada a gradual prestação de cuidados de forma autónoma aos doentes que eram atribuídos à enfermeira orientadora. Numa fase inicial pautei-me pela observação dos cuidados, caminhando numa gradual autonomia dos mesmos pela minha intervenção e enfermagem, sempre supervisionada e validada qualquer intervenção com quem orientava e garantia toda a excelência do meu percurso de aprendizagem.

A colaboração na prestação de cuidados permitiu-me uma integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar que garante o funcionamento da hospitalização domiciliária, através do conhecimento do seu funcionamento pelos protocolos e normas consultados e pelo integrar de todas as rotinas e dinâmica do serviço, de forma a proporcionar o melhor contributo possível em toda a minha intervenção enquanto formanda do curso de Especialidade de Enfermagem na área de Pessoa em Situação Crítica.

Considero desta forma, ter atingido o primeiro objetivo específico, *“Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à pessoa em situação crítica e sua família, ao doente internado em hospitalização domiciliária”*, através da aquisição

de competências na identificação de focos de instabilidade, na execução de técnicas, na implementação de respostas que correspondem às complicações clínicas que o doente experiência.

No delinear do meu projeto de aprendizagem e das atividades a desenvolver, constatei que a formação em serviço estava a decorrer de forma planeada e programada já se encontrando todo o planeamento realizado entre a enfermeira gestora e a equipa de enfermagem, não sendo por esse motivo realizada, por mim alguma ação de formação formal no decorrer do estágio. No entanto, foram promovidos diversos momentos de formação integrada, através da partilha das pesquisas científicas com a equipa de enfermagem, durante a prestação de cuidados ou em momentos de reflexão sobre a prática clínica durante o turno, sobre o atual estado da arte da disciplina de Enfermagem.

A qualidade dos cuidados está bastante direcionada para a competência a nível técnico, no entanto as habilidades no que se refere às interações e processos comunicacionais entre enfermeiros e os seus alvos dos cuidados, na pessoa do doente e/ou sua família, são também determinantes na determinação do nível de qualidade. A comunicação é identificada como fundamental no processo de cuidar, tendo tido oportunidade de experienciar que neste contexto de hospitalização domiciliária é crucial.

O desempenho no que se refere às capacidades técnicas, deve igualar-se em nível de importância às competências comunicacionais, de modo que o doente seja alvo de cuidados de excelência que lhe proporcione o direito da informação: saber de que cuidados é alvo, porquê e para quê.

Como para qualquer intervenção, o enfermeiro deve adquirir conhecimento do público-alvo onde vai intervir, o doente e família, para que seja possível um planeamento personalizado que dê resposta às suas necessidades.

Com o objetivo de melhorar o processo de informação com o doente internado em hospitalização domiciliária, propus-me conhecer quais as suas necessidades. Durante a prestação de cuidados, paralelamente à minha intervenção junto do doente, propus-me a questionar o doente, de modo informal, sobre a experiência da hospitalização domiciliária, especificamente nas áreas de transmissão de informação que o doente sentia serem as mais importantes para se sentir confortável. Este processo de recolha de informação, não teve como objetivo a recolha de dados para a elaboração de estudos científicos, mas sim uma recolha de dados relevantes para o processo de

enfermagem e seu planeamento, tendo sido sempre explicado aos intervenientes qual o meu objetivo enquanto formanda do curso de especialidade e o propósito da minha prestação de cuidados.

Torna-se importante para a satisfação e conforto do doente, a informação que vá de encontro às suas questões e dúvidas, não existindo incongruências e contradições. Este processo é desenvolvido através da partilha de conhecimentos onde a comunicação aberta e transparente é realizada pelo enfermeiro, respondendo às inquietações que o doente transporta dentro de si (Sousa et al., 2017). Ainda inserido no contexto situacional, a procura da ação do enfermeiro é centrada nas necessidades reais identificadas e manifestadas pelo doente, permitindo que os modos e formas de proporcionar conforto são contextualizados em estratégias e intervenções que satisfazem as necessidades particulares de cada indivíduo (Sousa et al., 2017).

Esta reflexão contínua resultou num conjunto de informações pertinentes para a minha prática clínica, ao identificar as informações e necessidades que o doente manifesta como importantes; tornou mais fácil a elaboração do plano de cuidados a ser realizado, delineando intervenções e objetivos que foram de encontro às necessidades do mesmo.

Considero que foi possível atingir os objetivos a que me propus, tendo em conta os indicadores de resultado delineados com os orientadores, permitindo-me assim desenvolver competências na demonstração de conhecimentos sobre a gestão da ansiedade e medo sentidos pelo doente, adaptando a informação à complexidade do seu estado de saúde, e permitindo desenvolver ainda competências no estabelecimento de relação terapêutica com o doente.

Assim, ao longo deste percurso formativo e neste contexto, consegui planear as minhas intervenções junto do doente a quem prestava cuidados, dando especial atenção no processo de informação com os mesmos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades, dar resposta às suas dúvidas e anseios, através de momento de diálogo e partilha que se desenvolviam pela relação terapêutica estabelecida.

Este encontro das necessidades do doente, objetivou sempre a promoção do seu conforto, numa dimensão mais alargada que a habitual dimensão física onde é mais evidente o conforto que os cuidados de enfermagem proporcionam. Permitiu-me assim ir ao encontro do fundamental quando olhamos para a prática clínica, a promoção de conforto enquanto resultado desejado alcançando, um agir humano e singular.

No final deste estágio considero que consegui edificar e consolidar conhecimentos que me permitem um agir enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica, gerindo de uma melhor forma a necessidade de priorizar, monitorizar e garantir a assistência precisa em toda a minha intervenção, através de uma metodologia de trabalho refletida e planeada que visiona a excelência do cuidar.

A hospitalização no domicílio é cada vez mais reconhecida como uma alternativa eficaz para a prestação de cuidados médicos aos doentes no seu ambiente doméstico. Neste contexto, é essencial ter em conta teorias de enfermagem bem estabelecidas, como a teoria do conforto desenvolvida por Kolcaba, (1994).

Esta teoria sublinha a importância do conforto nos cuidados de enfermagem, nomeadamente em situações médicas estressantes, centrando-se esta na satisfação das necessidades humanas básicas, como o alívio, a tranquilidade e o autoaperfeiçoamento, que são particularmente relevantes durante a hospitalização no domicílio.

O principal objetivo impresso na teoria de Kolcaba é reduzir as tensões negativas e promover a perceção de conforto do doente através de intervenções de enfermagem específicas. A obtenção de um maior conforto permite ativar comportamentos construtivos, como a procura de saúde e a adaptação positiva à situação de saúde (Lin et al., 2023). A hospitalização no domicílio oferece um ambiente único para a aplicação desta teoria, uma vez que permite a prestação de cuidados mais personalizados e centrados no doente (Chen et al., 2024). Neste contexto, os enfermeiros têm a oportunidade de responder não só às necessidades médicas e de cuidado do doente, mas também às suas necessidades emocionais, sociais e ambientais.

2.2. UNIDADE DE CUIDADOS INTERMÉDIOS

O segundo estágio foi realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios, entre 3 de outubro a 14 de novembro num hospital privado da área metropolitana de Lisboa.

O serviço apresenta uma lotação total de 8 unidades de internamento. No que se refere à equipa de enfermagem, esta é constituída pela Enfermeira Responsável, por uma Enfermeira Especialista em Reabilitação, que executa funções específicas na área da reabilitação aos doentes internados, por um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria, além dos enfermeiros generalistas.

A área de intervenção com mais evidência é a área cirúrgica. O serviço dá resposta aos cuidados pós-cirúrgicos necessários a doentes submetidos a cirurgias na área de neurocirurgia, ortopedia, cirurgia geral, urologia, ginecologia, vascular e plástica. Estas cirurgias podem ser de caráter eletivo, onde foi delineado um plano de intervenção para e com o doente preparando-o para toda a vivência que irá experienciar, ou cirurgia de urgência que é necessária pelo estado crítico em que o doente se encontra, não sendo um episódio preparado pelo doente e família.

A organização de distribuição de doentes no serviço pela equipa de enfermagem, tem por base a sua complexidade no pós-operatório, pela sua instabilidade e complexidade hemodinâmica, estando estes monitorizados e acompanhados pela equipa de enfermagem. Aqui podemos encontrar doentes sob suporte de fármacos para manutenção do estado hemodinâmico; suporte ventilatório invasivo; monitorização continua, entre outros meios que garantam as funções vitais e estado de homeostasia. A organização e distribuição dos doentes pela equipa de enfermagem e pelo espaço permanece em constante avaliação da estabilidade hemodinâmica, do plano cirúrgico do dia e do tipo de intervenção e posterior monitorização e vigilância que cada doente necessita, sendo o rácio de 2 a 3 doentes por enfermeiro.

A minha orientação ficou a cargo do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica, que assume funções de elemento responsável de turno, sendo ainda o enfermeiro que, quando necessário, é o elemento de referência do serviço bloco operatório.

Este estágio neste contexto foi organizado da seguinte forma: nas primeiras semanas objetivou-se conhecer a estrutura e dinâmica funcional do serviço, através das reuniões promotoras da integração levada a cabo pelo enfermeiro orientador, e ainda

através da consulta de normas e protocolos de funcionamento do serviço, o que se tornou bastante importante por ser um contexto desconhecido, onde todo o ambiente estrutural e organizacional era novo para mim, quer na sua organização enquanto unidade de cuidados ao doente crítico, bem como nas áreas específicas de intervenção. No intuito de prestar cuidados de enfermagem de qualidade, é fulcral a promoção da prática de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais (OE, 2019). Assim, nesta linha de pensamento, para a aquisição de competência de especialista em enfermagem médico-cirúrgica na área de cuidados de enfermagem ao doente crítico e sua família, foi crucial a observação de todos os circuitos, conhecendo os respetivos espaços físicos e organização, sendo ainda, fundamental o conhecimento da equipa multiprofissional, da estrutura física, da dinâmica organizacional e funcional do contexto do ensino clínico, de modo a possibilitar a melhor integração possível, pelo que passo a descrever e a refletir sobre as atividades que permitiram validar a aquisição de competências especializadas.

No decorrer desta primeira fase, foi necessário o estudo autónomo e a pesquisa da mais recente evidência científica e autores de referência nas áreas: enfermagem de cuidados intensivos, controlo de infeção, doente cirúrgico, monitorização hemodinâmica, ventilação mecânica invasiva, farmacologia, entre outros temas que não me eram tão familiares.

Daí afirmar que foram então desenvolvidas as competências a nível da aquisição de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, de relevância para a minha intervenção numa prática especializada, manifestando-se em conhecimentos aplicados na prestação de cuidados especializados ao doente crítico, de forma segura e competente.

As matérias estudadas, bem como as dúvidas que surgiram foram sendo (sempre) objeto de reflexão com o Enfermeiro Orientador, onde através da partilha de conhecimentos e experiências, confrontados com a mais recente evidência, permitiu o esclarecimento ou novo questionamento acerca da prática que executamos diariamente, na nossa intervenção de enfermagem.

Esta reflexão e partilha diária, alicerçadas na experiência e peritagem do enfermeiro orientador, permitiram a minha organização de pensamento, bem como a mobilização dos conhecimentos de modo que o planeamento de intervenções se espelhassem em cuidados de qualidade, focada no adquirir competências e

conhecimentos avançados e incorporados na prestação de cuidados, melhorando a qualidade dos mesmos, num perseguir a excelência.

A Unidade de Cuidados Intermédios assenta o seu padrão de cuidados na vigilância intensiva dos doentes, apresentando um nível de diferenciação de cuidados rigorosos, auxiliados por inúmeros dispositivos técnicos e tecnológicos, equipamentos que me eram pouco familiares. O estágio na unidade de cuidados intermédios, deu-me a oportunidade de conhecer diversos equipamentos que permitem que a pessoa em situação crítica se encontre sob vigilância permanente e minuciosa, subsidiários à deteção precoce da antecipação de momentos de instabilidade hemodinâmica, na maioria das situações. O estudo e pesquisa acerca dos modos e meios de monitorização hemodinâmica invasiva e não invasiva, não só no funcionamento, mas também nos seus valores e sua interpretação, permitiu-me desenvolver a capacidade de delinear e implementar intervenções no que respeita à vigilância e monitorização, com o objetivo de prevenir intercorrências e eventos adversos de processos médicos e/ou cirúrgicos, relacionados com a doença aguda.

Ao longo do estágio foi-me permitida a prestação de cuidados de forma autónoma, mas gradual, aos doentes que eram atribuídos ao enfermeiro orientador sempre supervisionada e validada qualquer intervenção com quem orientava e garantia toda a excelência do meu percurso de aprendizagem.

A prestação de cuidados permitiu-me uma integração na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar que garante o funcionamento da unidade de cuidados intermédios, através do conhecimento do seu funcionamento pelos protocolos e normas consultados e pelo integrar de todas as rotinas e dinâmica do serviço de forma a proporcionar o melhor contributo possível em toda a minha intervenção enquanto formanda do curso de Especialidade de Enfermagem na área de Pessoa em Situação Crítica.

Considero, pelo atrás descrito, ter atingido o segundo objetivo específico do *“Desenvolver competências na prestação de cuidados especializados à Pessoa em situação crítica em contexto de unidade de cuidados intermédios, e sua família”*

Na prestação de cuidados à PSC e sua família, a comunicação revela-se de extrema importância. A humanização dos cuidados pode ser igualmente alcançada através da relação estabelecida entre o enfermeiro e o doente, permitindo assim a transmissão de sentimentos de confiança, tranquilidade e conforto através do diálogo, escuta ativa (Pott et al., 2013).

Para conseguir dar início ao plano de cuidados, os enfermeiros são convidados a dialogar, refletir, identificar e analisar os elementos que constituem a situação que será alvo da sua intervenção.

Assim, foi possível desenvolver um objeto de registo das necessidades de informação identificadas em cada doente a quem prestei cuidados, que permitia a minha leitura e reflexão dos mesmos com vista a um planeamento mais personalizado da próxima intervenção junto do doente, da escolha dos elementos a comunicar, na apropriação de conhecimentos para dar resposta às suas perguntas e preocupações; sempre com o objetivo de melhorar a minha capacidade de informação com vista à segurança do doente e ao conforto do mesmo.

Este registo e reflexão contínua, resultou num conjunto de informações pertinente para a minha prática clínica, pois ao identificar as informações que o doente manifesta como importante, torna-se mais fácil a elaboração do plano de cuidados a realizar, delineando intervenções e objetivos que vão de encontros às necessidades do mesmo.

Pela envolvimento supra referida considero que foi possível atingir os objetivos a que me propus, tendo em conta o delineado com o orientador, permitindo-me assim desenvolver competências na área do conhecimento sobre a gestão da ansiedade e medo que são sentidos pelo doente, adaptando a informação à complexidade do seu estado de saúde permitindo desenvolver ainda competências no estabelecimento de relação terapêutica com o doente.

Ainda, durante o estágio, foram realizadas tertúlias informativas e de partilha com a equipa de enfermagem, sobre as pesquisas científicas realizadas, assim como se promoveram momentos de reflexão sobre a prática clínica e sobre o atual estado da arte da disciplina de Enfermagem.

Os momentos de partilha de conhecimento entre enfermeiros caracterizam-se como momentos de formação informal, que permitem ao profissional alargar os seus horizontes de modo a melhorar a sua capacidade resposta ao beneficiário dos cuidados e suas necessidades (Kim, 2021); permite ainda o desenvolvimento ou atualização de competências instrumentais e/ou técnicas com vista ao aprimorar da destreza, podendo levar a cabo a mudanças no serviço onde se encontra ou a aquisição de novos procedimentos, meios ou recursos que sejam enriquecedores da prática clínica (Zaitoun et al., 2023).

De destacar que a maioria das situações clínicas são cirurgias programadas, no entanto existe uma percentagem dos doentes que são intervencionados de urgência pelo risco emitente que ameaça as suas funções vitais.

No decorrer do estágio na unidade de cuidados intermédios, foi gratificante poder identificar a perícia dos enfermeiros, quer na competência técnica de manuseamento de dispositivos, quer nos domínios do seu conhecimento, não só na área cirúrgica de intervenção da unidade de cuidados intermédios, como também em áreas da “Segurança do Doente”. O Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 apresenta como um dos objetivos melhorar a prestação segura de cuidados de saúde em todos os níveis de cuidado no SNS, sendo um dos pilares a segurança cirúrgica, garantindo e reforçando o acesso aos doentes/família a cuidados de saúde de qualidade, durante todo o tempo e em todos os níveis da prestação, considerando como um direito fundamental e legítimo. É uma área transversal a todos os contextos de cuidados de saúde, no entanto assume especial importância no contexto desta Unidade pela sua caracterização, sendo uma unidade cirúrgica. O consciencializar de forma experimentada a necessidade de garantir a Segurança dos Doentes, apresenta-se como conceito transponível para qualquer contexto em que desempenhe funções, de modo a garantir a redução de eventos que se associam aos cuidados de saúde, aplicando as normas e diretrizes construídas com base na mais recente evidência científica, instituída no contexto hospitalar pelos elementos que estão inseridos nos grupos de Segurança do Doente.

Defini assim, e pelo referido, o meu terceiro objetivo específico: *“Contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados no âmbito da cultura de segurança ao doente em contexto de Unidade de Cuidados Intermédios”*.

Foi-me então permitido, neste contexto clínico, um maior envolvimento com os aspetos inerentes a esta temática subsidiada pelos momentos de partilha com o enfermeiro orientador e pela pesquisa realizada na literatura. Deste modo, tive oportunidade de assistir a oito cirurgias inseridas na área clínica de atuação da unidade de cuidados intermédios, experienciando, assim, o contexto onde, por excelência, se operacionaliza a segurança cirúrgica, um dos pilares da Segurança do Doente.

Cada cirurgia comporta uma série de etapas que devem ser sempre operacionalizadas de modo correto, por exemplo, os cirurgiões devem utilizar o equipamento correto, os equipamentos e os instrumentos devem estar em bom estado e os medicamentos devem ser administrados de forma oportuna e apropriada (Santos &

Jones, 2024). Não obstante, os erros podem acontecer em qualquer uma das etapas, com potencial para ameaçar a segurança do doente (Pugel et al., 2015).

Nesse sentido, convém mencionar a importância da *Checklist de Segurança Cirúrgica* (CSC) que, foi alvo da minha revisão de literatura, tendo esta como finalidade garantir a segurança do doente durante a cirurgia, tendo sido documentada que a sua eficácia na redução de complicações cirúrgicas e na taxa de mortalidade e morbilidade, bem como na comunicação interdisciplinar (Schwendimann et al., 2019).

Assim, pude vivenciar *in loco* o posicionamento dos enfermeiros e médicos numa sala de bloco operatório, bem como a aplicabilidade da CSC. A equipa cirúrgica é constituída pelo médico anestesista, médico-cirurgião, médico-cirurgião ajudante, 1 enfermeiro instrumentista, 1 enfermeiro anestesista e 1 enfermeiro circulante, segundo o que a literatura descreve como o recomendado (He et al., 2014). O bloco operatório é um serviço de grande diferenciação e de utilização transversal pelas várias especialidades de cirurgia; é um local onde se podem efetuar intervenções cirúrgicas programadas ou urgentes, bem como exames que necessitam de um alto nível de cuidados de assepsia e/ou anestesia (UONIE/ACSS, 2011). Por conseguinte, este local implica riscos potenciais, tanto para os profissionais como para os doentes. A prestação de cuidados cirúrgicos acaba por constituir uma atividade de risco que pode colocar em causa a segurança do doente. Cabe referir que os doentes cirúrgicos, tanto pela situação clínica como pela experiência a que vão ser submetidos, encontram-se numa situação de especial vulnerabilidade (Rebelo, 2013).

Conforme referido por Mota et al. (2021), a atividade cirúrgica, pela sua natureza complexa, comporta diversos desafios para a segurança do doente, devido, sobretudo a fatores que se prendem com a interação da equipa multiprofissional, com perspetivas distintas acerca do cuidar do doente; com o ambiente dominado pela pressão da produção; e pelo stress relacionado ao risco do processo. Os riscos mais frequentes associados à cirurgia incluem os seguintes: hemorragia, infeção, trombose venosa profunda, complicações pulmonares, retenção urinária e reação à anestesia. A gravidade e o tratamento destas condições vão depender de fatores, tais como idade, estado de saúde geral, extensão da doença, tipo de cirurgia realizado, etc. (Stanford Medicine, n.d.).

Como constatado anteriormente o doente cirúrgico encontra-se vulnerável face, às dinâmicas complexas, existente no bloco operatório, e que podem ter um impacto na segurança do doente. No decorrer da minha observação no bloco operatório, tive

oportunidade de identificar pontos de melhoria, tendo sido partilhados em tertúlia reflexiva com o Enfermeiro orientador. Face a estas oportunidades de melhoria, foi sugerido pelo mesmo que aprofundasse conhecimentos nessa área, para posteriormente partilhar esse conhecimento com a equipa e identificar estratégias com vista a melhorar a segurança cirúrgica.

Ao longo das semanas, consegui planear as minhas intervenções junto do doente a quem prestava cuidados, inserindo especial atenção no processo de informação com os mesmos, de modo a ir ao encontro das suas necessidades, dar resposta às suas dúvidas e anseios, através de momento de diálogo e partilha que se desenvolviam pela relação terapêutica estabelecida.

A teoria de Kolcaba (1994), afirma que um dos principais objetivos dos cuidados de enfermagem é reduzir o stress negativo e aumentar a perceção de conforto do doente através de intervenções específicas. No contexto da unidade de cuidados intermédios, estas intervenções são de importância vital, uma vez que este ambiente crítico pode ter um impacto significativo nos sentimentos do doente.

De acordo com Kolcaba, (1994) existem três estados de conforto: alívio, tranquilidade e opressão, que são influenciados pelo ambiente físico, social e ambiental do doente. A unidade de cuidados intermédios, com o seu ambiente altamente stressante e crítico, pode afetar profundamente a experiência do doente (Lin et al., 2023).

Compreender a estrutura dinâmica da enfermagem e o ambiente organizacional da unidade de cuidados intermédios é crucial para promover um maior conforto do doente. A melhoria dos cuidados de enfermagem e o conhecimento do ambiente físico e social podem reduzir o impacto negativo que uma estadia na unidade de cuidados intermédios pode ter no doente (Dikmen et al., 2022)..

A promoção do conforto dos doentes na unidade de cuidados intermédios não só melhora a sua experiência durante a hospitalização, como também pode ajudá-los a lidar melhor com a doença e a morte (Latour et al., 2022). Ao criar um ambiente mais confortável e acolhedor na unidade de cuidados intermédios, é possível promover a saúde e o ajustamento positivo do doente, o que contribui significativamente para a sua qualidade de vida.

No final deste estágio, considero que consegui construir e consolidar conhecimentos que me permitem um agir enquanto enfermeira especialista na prestação de cuidados a pessoa em situação crítica, gerindo de uma melhor forma a necessidade de priorizar, monitorizar e garantir a assistência precisa em toda a minha intervenção,

através de uma metodologia de trabalho refletida e planeada que visiona a excelência do cuidar.

2.3. GABINETE DE SEGURANÇA DO DOENTE

A segurança dos cuidados de saúde é fundamental nas organizações de saúde. É importante que os enfermeiros conheçam o perfil dos eventos adversos ocorridos nas organizações e que exista uma cultura de aprendizagem (Moosavi et al., 2023), como também, é importante que conheçam os fatores que influenciam a qualidade e a segurança dos cuidados e os riscos associados à atividade que exercem (Mohammadi et al., 2024). Os enfermeiros, enquanto profissionais capacitados com reconhecida competência científica, técnica e humana para o exercício da enfermagem, devem garantir a segurança do doente em qualquer nível em que integrem a sua prática. Enquanto especialistas, são responsáveis por um desenvolvimento profissional que fomenta a melhoria contínua, sendo que todas as suas ações de diagnóstico e intervenção devem culminar na segurança do doente (Azevedo et al., 2020)

O último estágio planeado para desenvolver competências na área da especialização em enfermagem médico-cirúrgica decorreu no Gabinete de Segurança do Doente, serviço inserido num centro hospitalar de Lisboa, no período entre 16 de novembro e 16 de dezembro 2023. O Gabinete de Segurança do Doente (GSD) data de 8 de agosto de 2016, e veio substituir o extinto Gabinete de Gestão do Risco. A Equipa do GSD tem como enfoque a segurança do doente e a sua linha de atuação que é baseada nos diversos desafios da OMS, Plano Nacional para a Segurança dos Doentes da Direção Geral de Saúde, integrando as diferentes dimensões: Cultura de Segurança do Ambiente Interno; Segurança da Comunicação; Segurança Cirúrgica; Segurança na Utilização de Medicação; Identificação Inequívoca de Doentes; Gestão de informação sobre Quedas dos Doentes e Úlceras por Pressão; Prevenção das Infecções Associadas aos Cuidados de Saúde; Sistema de Relatos de Incidentes (Serviço Nacional de Saúde, n.d.).

A equipa do Gabinete de segurança do Doente é constituída pela Enfermeira Coordenadora do Gabinete, Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, e mais 6 Enfermeiras Especialistas em Médico-Cirúrgica, Saúde infantil e Pediátrica, e Saúde Mental e Psiquiatria.

A minha orientação ficou a cargo de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem em Médico-cirúrgica.

Face à limitação temporal, optei por delinear como objetivo específico: desenvolver competências no âmbito da Segurança integrando um gabinete de

segurança do doente. Defini assim, os seguintes indicadores de processo: integração na estrutura física e dinâmica organizacional e relacional do gabinete de segurança do doente; conhecer o programa de notificação de incidentes; desenvolver competências na realização da análise de incidentes, envolvida no acompanhar uma análise causa-raiz.

Ao longo do estágio, tive oportunidade de refletir em equipa sobre a temática da Segurança do Doente e de discutir a mesma com a orientadora clínica, bem como repensar a sua operacionalização no meu local de trabalho, enquanto futura Enfermeira Especialista.

Neste contexto tive oportunidade de acompanhar a auditoria de medicamentos de alta vigilância, nomeadamente os medicamentos LASA (*look-alike, sound alike*), em dois serviços desse centro hospitalar. Os medicamentos de alta vigilância (MAV) são medicamentos que, pelas suas características, possam ser causa de erro, originando dano ao doente. Os MAV dividem-se em três categorias diferentes: 1) medicamentos de alto risco; 2) medicamentos LASA (*look-alike, sound alike*); 3) medicamentos com dosagens diferentes (Costa & Prata, n.d.). Os medicamentos LASA são medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético ou aparência idêntica, passíveis de serem confundidos uns com os outros, culminando em troca de medicamentos e, assim, contribuindo para o surgimento de incidentes relacionados à segurança do doente, associados à medicação (George, 2014).

Neste contexto de estágio pude constatar que as equipas demonstram vontade e empenho em cumprir com as normas recomendadas. Tive ainda a oportunidade de participar em formações, tais como: Segurança do Medicamento na Pediatria; reunião do GSD, VII Encontro-Histórias de Segurança do Doente, e ainda Contenção Mecânica e a Segurança do Doente. Aqui, tive também oportunidade de acompanhar e participar na gestão de incidentes de segurança do doente com recurso à plataforma de notificação de incidentes HER+, assim como me foi dada a oportunidade de consultar análises causa raiz, de incidentes em que existiu a necessidade da sua realização face ao dano existente. Por último, e na perspetiva de contribuição para as dinâmicas do gabinete, desenvolvi uma *newsletter* sobre a temática “Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica” (apêndice III) e colaborarei na elaboração da *newsletter* “Segurança no Reprocessamento de Dispositivos de Uso Múltiplo”. Estes trabalhos integraram a newsletter semanal promovida pelo Gabinete de Segurança do Doente do Centro Hospitalar de Lisboa.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Finda esta etapa tão essencial, a reflexão acerca de todo o meu percurso revela-se bastante importante.

O meu primeiro estágio, subsidiário ao desenvolvimento de competências em enfermagem médico-cirúrgica foi realizado num serviço de Hospitalização Domiciliária tendo-me permitido desenvolver competências específicas e diferenciadas ao nível da aquisição de conhecimentos de enfermagem e outras disciplinas, importantes para a minha intervenção numa prática especializada. Este permitiu-me, igualmente, desenvolver competências na manifestação de conhecimentos acerca da gestão da ansiedade e medo sentidos pelo doente, adaptando a informação à complexidade do seu estado de saúde, o que me permitiu, também, desenvolver competências no estabelecimento de relação terapêutica com o doente. No final, através desta experiência, considero que me foi possível estruturar e consolidar conhecimentos, que me possibilitem um agir enquanto Enfermeira Especialista na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica e sua família, gerindo de uma melhor forma a necessidade de priorizar, monitorizar e garantir a assistência precisa em toda a minha intervenção.

O segundo estágio, realizado numa Unidade de Cuidados Intermédios, permitiu-me um maior confronto com os aspetos de intervenção e cuidado especializado e específicos deste contexto, pelos momentos de partilha, discussão e reflexão com o enfermeiro orientador, subsidiados pela pesquisa realizada na literatura atualizada e suportada em autores.

Pelo atrás referido, pude colocar em prática os conhecimentos adquiridos no serviço onde exercia funções, enquanto prestadora de cuidados, tendo-me permitido também, vivenciar *in loco* o posicionamento dos enfermeiros e médicos numa sala de bloco operatório. Esta experiência possibilitou-me um maior reconhecimento acerca das necessidades de melhoria na minha prática clínica, de maneira a otimizar a qualidade e a segurança dos cuidados, com o propósito de alcançar a excelência dos mesmos. Através do processo reflexivo acerca do meu percurso, foi possível tomar consciência de que uma prática baseada na evidência científica é crucial para desenvolver investigação e

progredir a nível de conhecimentos, tendo tal concorrido par o desenvolvimento de competências de mestre.

O último estágio que decorreu no Gabinete de Segurança do Doente, permitiu-me desenvolver competências no que tange à realização da análise de incidentes, ao acompanhamento de uma da análise causa-raiz, assim como me permitiu refletir e debater sobre a temática da Segurança do Doente, repensando a sua operacionalização no meu local de trabalho, enquanto futura Enfermeira Especialista.

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://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-09-00318.pdf>
- Aguir, F. S. de, Rodrigues, F. C. P., Fontana, R. T., & Bittencourt, V. L. L. (2021). Adesão pela equipe de enfermagem a lista de verificação cirúrgica: uma revisão narrativa. *Research, Society and Development*, 10(2), e4710212189. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i2.12189>
- 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>
- Alves, M. (2016). “Hospital at Home”: A Realidade Dentro e Fora de Portugal. *Revista Da Sociedade Portuguesa Da Medicina Interna*, 23(1), 40–43.
- 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://medcraveonline.com/OGIJ/OGIJ-09-00318.pdf>
- Aveling, E.-L., McCulloch, P., & Dixon-Woods, M. (2013). A qualitative study comparing experiences of the surgical safety checklist in hospitals in high-income and low-income countries. *BMJ Open*, 3(8), e003039. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-003039>
- Azevedo, L., Sousa, A., & Coelho, S. (2020). A segurança do doente é influenciada pelo ambiente da prática de cuidados dos enfermeiros que trabalham em serviço de urgência? – revisão integrativa. *Cadernos de Saúde*, 12(1), 12–22. <https://revistas.ucp.pt/index.php/cadernosdesaude/article/view/7277>

- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem*. Quarteto.
- Benner, P., Hughes, R. G., & Sutphen, M. (2008). Clinical Reasoning, Decisionmaking, and Action: Thinking Critically and Clinically. En R. G. Hughes (Ed.), *Patient Safety and Quality: An Evidence-Based Handbook for Nurses*. Agency for Healthcare Research and Quality (US). <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2643/>
- Cardoso, T., Bittencourt, J., Borel, M., Monteiro, T., Silva, C., & Thofehn, M. (2020). Percepções dos profissionais de enfermagem na aplicação do checklist de cirurgia segura. *Journal of Nursing and Health*, 10(1), 1–14. <https://periodicos.ufpel.edu.br/ojs2/index.php/enfermagem/article/view/18332/11438>
- Chan, S. (2022). Hospitalização Domiciliária, uma Alternativa ao Internamento Convencional. *Revista Da Sociedade Portuguesa de Medicina Interna*, 29(1), 53–56. <https://revista.spmi.pt/index.php/rpmi/article/view/518>
- Chen, H., Ignatowicz, A., Skrybant, M., & Lasserson, D. (2024). An integrated understanding of the impact of hospital at home: A mixed-methods study to articulate and test a programme theory. *BMC Health Services Research*, 24, 163. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10619-7>
- Chua, C. M. S., Ko, S. Q., Lai, Y. F., Lim, Y. W., & Shorey, S. (2022). Perceptions of Hospital-at-Home Among Stakeholders: a Meta-synthesis. *Journal of General Internal Medicine*, 37(3), 637–650. <https://doi.org/10.1007/s11606-021-07065-0>
- Compaoré, A., Nikiéma, J., Kiemdé, F., Tinto, H., Salami, O., Nkeramahame, J., Oliaro, P., & Horgan, P. (2023). What Influences Patients' Adherence to Healthcare Worker Prescription in Primary Healthcare Facilities in Burkina Faso? A Qualitative Account of Barriers and Facilitators. *Clinical Infectious Diseases: An Official Publication of the Infectious Diseases Society of America*, 77(Suppl 2), S171-S181. <https://doi.org/10.1093/cid/ciad347>
- Costa, C., & Prata, P. (n.d.). *A segurança no circuito do medicamento - Medicamentos de alta vigilância*. Retrieved February 4, 2023, from https://repositorio.hff.min-saude.pt/bitstream/10400.10/2386/1/Sess%C3%A3o%20Cl%C3%ADnica_Medicamentos%20Alta%20Vigil%C3%A2ncia_16.01.2020_vf.pdf
- Costa, M. (2019). *A importância do checklist para obtenção de uma cirurgia segura: um estudo em um hospital público em São Luís - MA* [Dissertação de mestrado, IPC - Instituto Politécnico de Coimbra]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/28019>

- Delerua, F. (2019). *Hospitalização domiciliária: uma realidade em Portugal*. <https://www.spmi.pt/hospitalizacao-domiciliar-uma-realidade-em-portugal/>
- Dikmen, B. T., Bayraktar, N., & Yılmaz, Ü. D. (2022). A qualitative study of medical-surgical intensive care unit nurses' experiences in caring for critical patients. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 56, e20220220. <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0220en>
- DSG- Direção-Geral da Saúde (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final*. DGS: Lisboa.
- 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>
- 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>
- Flaubert, J. L., Menestrel, S. L., Williams, D. R., & Wakefield, M. K. (2021). The Role of Nurses in Improving Health Care Access and Quality. En *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK573910/>
- 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>
- Galvão, T., Pansani, T., & Harrad, D. (2015). Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24(2), 335–342.
- George, F. (2014). *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. Direção-Geral da Saúde. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/1.NORMA020_2014_ACT.DEZ2015.pdf

- 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>
- Graça, L., & Cunha, S. (2017). *Percursos de prática perita de enfermeiros a trabalhar numa unidade de cuidados intensivos* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Instituto Politécnico de Viana do Castelo]. Repositório Científico IPVC. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/1887>
- 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>
- Hawker, W. T. G., Singh, A., Gibson, T. W. G., Giuffrida, M. A., & Weese, J. S. (2021). Use of a surgical safety checklist after implementation in an academic veterinary hospital. *Veterinary Surgery*, 50(2), 393–401. <https://doi.org/10.1111/vsu.13561>
- He, W., Ni, S., Chen, G., Jiang, X., & Zheng, B. (2014). The composition of surgical teams in the operating room and its impact on surgical team performance in China. *Surgical Endoscopy*, 28(5), 1473–1478. <https://doi.org/10.1007/s00464-013-3318-4>
- 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>
- JBIR- 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>
- Junior, N. J. de O., & Magalhães, A. M. M. de. (2018). Dificuldades na aplicação do checklist cirúrgico: estudo qualitativo de abordagem ecológica restaurativa. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(4), 448. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20175887>
- Kanagala, S. G., Gupta, V., Kumawat, S., Anamika, F., McGillen, B., & Jain, R. (2023). Hospital at home: Emergence of a high-value model of care delivery. *The Egyptian Journal of Internal Medicine*, 35(1), 21. <https://doi.org/10.1186/s43162-023-00206-3>
- 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), e1255–e1260. <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>
- Kim, N.-Y. (2021). Nursing Students' Informal Learning of Patient Safety Management Activities. *Healthcare*, 9(12), 1635. <https://doi.org/10.3390/healthcare9121635>
- Kisacik, O. G., & Cigerici, 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. Y. (1994). A theory of holistic comfort for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 19(6), 1178–1184. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.1994.tb01202.x>
- Lai, Y. F., Lim, Y. W., Kuan, W. sen, Goh, J., Soong, J. T. Y., Shorey, S., & Ko, S. Q. (2021). Asian Attitudes and Perceptions Toward Hospital-At-Home: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Public Health*, 9. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.704465>
- 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>
- Latour, J. M., Kentish-Barnes, N., Jacques, T., Wysocki, M., Azoulay, E., & Metaxa, V. (2022). Improving the intensive care experience from the perspectives of different stakeholders. *Critical Care*, 26, 218. <https://doi.org/10.1186/s13054-022-04094-x>
- Liberati, A., Altman, D. G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P. C., Ioannidis, J. P. A., Clarke, M., Devereaux, P. J., Kleijnen, J., & Moher, D. (2009). The PRISMA Statement for Reporting Systematic Reviews and Meta-Analyses of Studies That Evaluate Health

- Care Interventions: Explanation and Elaboration. *PLoS Medicine*, 6(7), e1000100. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000100>
- Lin, Y., Zhou, Y., & Chen, C. (2023). Interventions and practices using Comfort Theory of Kolcaba to promote adults' comfort: An evidence and gap map protocol of international effectiveness studies. *Systematic Reviews*, 12(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02202-8>
- Magalhães, A. P., das Mercês, M. C., Couto, P. L. S., Servo, M. L. S., Souza, J. N., Costa de Souza, M., Tosoli Gomes, A. M., & Marinho, M. C. G. (2019). Percepções de familiares/cuidadores sobre internação domiciliar de pessoas com dependência de cuidado. *Revista Brasileira Em Promoção Da Saúde*, 32, 1–9. <https://doi.org/10.5020/18061230.2019.8881>
- 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.
- McClelland, D. C. (1973). Testing for competence rather than for “intelligence.” *American Psychologist*, 28(1), 1–14. <https://doi.org/10.1037/h0034092>
- 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>
- Megido, I. (2021). Perception of well-being among patients in community-based home hospitalization in the israeli public health system. *Journal of Public Administration, Finance and Law*, 20. <https://doi.org/10.47743/jopafl-2021-20-14>
- Melek, 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>
- Melo, M. (2020). *Hospitalização domiciliária vs. hospitalização clássica, o modelo custo-efetivo: revisão sistemática da literatura* [Dissertação de mestrado em Direção e Chefia de Serviços de Enfermagem, ESEP - Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Comum. <http://hdl.handle.net/10400.26/35312>
- Mohammadi, F., Rustae, S., & Bijani, M. (2024). The factors influencing patient safety management as perceived by emergency department nurses: A qualitative study. *Nursing Open*, 11(3), e2135. <https://doi.org/10.1002/nop2.2135>

- Moosavi, S., Amerzadeh, M., Azmal, M., & Kalhor, R. (2023). The relationship between patient safety culture and adverse events in Iranian hospitals: A survey among 360 nurses. *Patient Safety in Surgery*, 17, 20. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00369-6>
- Mota, A., Castilho, A., & Martins, M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: percepção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência, V Série* (Nº6). <https://doi.org/10.12707/RV20134>
- Msosa, 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/ecajs.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>
- 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>
- Ouchi, K., Liu, S., Tonellato, D., Keschner, Y. G., Kennedy, M., & Levine, D. M. (2021). Home hospital as a disposition for older adults from the emergency department: Benefits and opportunities. *Journal of the American College of Emergency Physicians Open*, 2(4), e12517. <https://doi.org/10.1002/emp2.12517>
- 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>
- Petiprin, A. (n.d.). *From novice to expert*. Nursing Theory. Retrieved February 3, 2023, from <https://nursing-theory.org/theories-and-models/from-novice-to-expert.php>

- Pott, F. S., Stahlhoefer, T., Felix, J. V., & Meier, M. J. (2013). Medidas de conforto e comunicação nas ações de cuidado de enfermagem ao paciente crítico. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 66(2), 174-179. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000200004>
- 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>
- Prior, S. J., & Campbell, S. (2018). Patient and Family Involvement: A Discussion of Co-Led Redesign of Healthcare Services. *Journal of Participatory Medicine*, 10(1), e5. <https://doi.org/10.2196/jopm.8957>
- Pugel, A. E., Simianu, V. v., Flum, D. R., & Patchen Dellinger, E. (2015). Use of the surgical safety checklist to improve communication and reduce complications. *Journal of Infection and Public Health*, 8(3), 219–225. <https://doi.org/10.1016/j.jiph.2015.01.001>
- Rebello, S. (2013). *Segurança do Doente no Bloco Operatório* [Dissertação de mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra]. Repositório Comum. <https://www.rcaap.pt/detail.jsp?locale=pt&id=oai:repositorio.esenfc.pt:4527>
- Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf (2015).
- Regulamento n.º 104/2015, <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/>
- 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>
- Santos, C., Pimenta, C., & Nobre, M. (2007). The PICO Strategy for research question construction and evidence search. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(3).
- Santos, T. C. V. dos, Bolina, A. F., Bezerra, A. L. Q., Teixeira, C. C., Mazoni, S. R., & Paranaguá, T. T. de B. (2022). Checklist de cirurgias seguras: percepção da equipe de saúde [Safe surgery checklist: perception of the health team] [Lista de verificación de

- cirugía segura: percepción del equipo de salud]. *Revista Enfermagem UERJ*, 30(1), e63231. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2022.63231>
- Salvador, P. T. C. de O., Alves, K. Y. A., Costa, T. D. da, Lopes, R. H., Oliveira, L. V. e, & Rodrigues, C. C. F. M. (2021). Contribuições da scoping review na produção da área da saúde: reflexões e perspectivas. *Revista Enfermagem Digital Cuidado e Promoção Da Saúde*, 6. <https://doi.org/10.5935/2446-5682.20210058>
- Santos, G., & Jones, M. W. (2024). Prevention of Surgical Errors. En StatPearls. StatPearls Publishing. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK592394/>
- 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>
- Serviço Nacional de Saúde. (n.d.). *Gabinete de Segurança do Doente*. Retrieved February 4, 2023, from <https://www.chlc.min-saude.pt/sistema-integrado-da-qualidade-e-seguranca/gabinete-de-seguranca-do-doente/gabinete-de-seguranca-do-doente/>
- 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>
- 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>
- Soria-Aledo, V., Andre Da Silva, Z., Saturno, P. J., Grau-Polan, M., & Carrillo-Alcaraz, A. (2012). Dificultades en la implantación del check list en los quirófanos de cirugía. *Cirugía Española*, 90(3), 180–185. <https://doi.org/10.1016/j.ciresp.2011.09.007>
- Ozdemir, G. (2019). The Development of Nurses' Individualized Care Perceptions and Practices: Benner's Novice to Expert Model Perspective. *International Journal of Caring Sciences*, 12(2), 1279–1285
- Sousa, P. P., Maruques, R. M., & Ribeiro, M. P. (2017). O cuidado geriátrico: modos e formas de confortar. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(4), 865-872.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672017000400830&script=sci_arttext&tng=pt

- 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>
- Stanford Medicine. (n.d.). *General Surgery - Possible Complications*.
- 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>
- UONIE/ACSS. (2011). *Recomendações Técnicas para Bloco Operatório*. Ministério da Saúde.
- 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>
- Utiyama, 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>
- 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. <http://hdl.handle.net/10174/17708>
- 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>
- 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., & Shrim, 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>
- World Health Organization. (2009). *WHO surgical safety checklist*. Direcção Geral da Saúde, 2010.
- Zaitoun, R. A., Said, N. B., & de Tantillo, L. (2023). Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: A systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01305-w>

APÊNDICES

APÊNDICE I

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 PORTUGAL

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

BIBLIOGRAFIA 



APÊNDICE II

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 triphosphatebioluminescence 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 III

Dados dos estudos incluídos na *Scoping Review*

Autor (Ano)	País	Objetivo	Metodologia	Amostra	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 CSC 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 CSC 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 universitário	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-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 checklist nos departamentos cirúrgicos, o que <i>resultou</i> em falta de responsabilidade em casos de não adesão.
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>ckecklist</i> de segurança cirúrgica	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> .
Kasatpibal et al. (2021)	Tailândia	Avaliar as perceções 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 CSC 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 CSC 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, sistêmicos 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 CSC, contudo uma percentagem significativa destes não estava satisfeita com a prática predominante, segundo a qual a CSC 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 CSCC em um hospital terciário	Quantitativa	44 elementos da equipa cirúrgica	A grande maioria dos participantes conheciam a <i>checklist</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 CSC 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 CSC, a maioria desejava ter formação. Os autores concluíram, assim, que as estratégias promotoras para potenciar a adesão à CSC podem incluir a formação e a implementação obrigatória da CSC
Cardoso et al. (2020)	Brasil	Conhecer as perceções dos profissionais de enfermagem na aplicação da <i>checklist</i> de cirurgia segura de um hospital público	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 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 CSC.	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	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

		verificação de segurança cirúrgica, segundo o relato de enfermeiros que atuavam no centro cirúrgico de hospitais.			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.
Schwendimann et al. (2019)	Suíça	Analisar a adesão à CSC	Qualitativa	11 elementos da equipa cirúrgica (6 cirurgiões/anestesiastas e 5 enfermeiros)	Os resultados mostraram que os fatores facilitadores de adesão à CSC 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	Quantitativa	30 elementos da equipa cirúrgica	A atitude geral da equipa em relação ao uso da CSC foi extremamente positiva. A barreira mais

		cirúrgica num centro obstétrico e analisá-la em termos de atitude da equipa, adesão e efeitos no paciente.		(enfermeiros, anestesistas, pediatras e obstetras)	importante encontrada neste estudo para a não adesão à CSC estava relacionada com a falta de tempo dos profissionais, sobretudo dos anestesistas uma vez que as CSC 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 quatro 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 CSC e identificar barreiras e estratégias para melhorar a sua implementação em hospitais tailandeses.	Qualitativa	50 elementos da equipa cirúrgica	As principais barreiras identificadas foram as seguintes: política pouco clara; pessoal inadequado; recusas e resistência da equipa cirúrgica, CSC em inglês ou em formato eletrónico para pacientes estrangeiros. As principais estratégias para melhorar a implementação da CSC foram: gestão de políticas, formação adequada, adaptação da implementação da CSC 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>ckecklist</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 anestesistas) foram percebidos como apoiadores por mais de metade destes. Em comparação com a equipa júnior,

					os <i>sénior</i> s 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 CSC 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 CSC: 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 <i>checklist</i> de cirurgia segura; descrever a adesão ao preenchimento da <i>checklist</i> de cirurgia segura e seus respetivos itens em um hospital público.	Quantitativa	Todos os membros da equipa cirúrgica do hospital	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 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 planeamento, 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 CSC foi baixa, com 0% de das CSC totalmente concluídas. Foi verificada uma associação positiva entre a adesão à CSC e o tipo de cirurgia. Grande parte dos funcionários indicou ter

					conhecimento da existência das CSC, 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 CSC era uma ferramenta útil. A maioria da equipa sentiu que tanto a falta de consciencialização como a falta de tempo contribuíram para que a CSC 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 Gondar, Noroeste da Etiópia	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 CSC 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 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>checklist</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>checklist</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 CSC tanto no Reino Unido como em hospitais africanos. A conformidade relativa ao uso da CSC 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>checklist</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>checklist</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>checklist</i> . Os enfermeiros foram significativamente mais sensíveis às barreiras ao uso da <i>checklist</i> em comparação com os anestesistas e cirurgiões. Além disso, os anestesistas não se mostraram tão

					positivamente dispostos à <i>checklist</i> em comparação aos demais membros que participaram no estudo. Esse resultado foi atribuído à tendência da <i>checklist</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 percepção dos provedores da <i>checklist</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>checklist</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>checklist</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>checklists</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>checklist</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 preenchimento da CSC proposta pela OMS, nos serviços cirúrgicos de hospitais públicos da região de Múrcia.	Quantitativa	9 hospitais da região (90 intervenções cirúrgicas)	Os resultados revelaram que a CSC nem sempre era preenchida de forma homogénea. Além disso, foi verificado que em hospitais de médio e pequeno porte havia uma maior probabilidade de concluírem a <i>checklist</i> em comparação com os hospitais maiores.

APÊNDICE IV

Newsletter “Lista De Verificação De Segurança Cirúrgica”



CENTRO HOSPITALAR
UNIVERSITÁRIO DE LISBOA
CENTRAL
Gabinete de Segurança do Doente

SEGURANÇA CIRÚRGICA

A cirurgia segura, o segundo Desafio Global para Segurança do doente. Tem como objetivo um conjunto central de padrões de segurança que possam ser aplicados em todos os Estados-Membros da Organização Mundial de Saúde (OMS).¹

De acordo com os dados da OMS, em 2008 foram realizadas 234 milhões de cirurgias no mundo. Porém, 75% destas nos países desenvolvidos. Morreram dois milhões de doentes nestes procedimentos e cerca de sete milhões apresentaram complicações, sendo que 50% das mesmas foram consideradas evitáveis.²

Pelos resultados expostos, a segurança cirúrgica, emergiu como um problema de saúde pública significativo.³ O que levou a OMS em 2009 a iniciar uma campanha mundial (Cirurgia Segura Salva Vidas) para reduzir estes resultados que comprometem a população mundial. Podendo ser realizado, identificando um conjunto simples de padrões de segurança cirúrgica que seja aplicável em todos os países e cenários e que esteja compilado em uma lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC).⁴

O objetivo da LVSC da OMS é assegurar que elementos-chave de segurança sejam incorporados dentro da rotina dos blocos operatórios. Isso maximizará a oportunidade de melhores resultados para os doentes sem que ocorra ônus indevido no sistema e nos profissionais.

A sua utilização, sendo simples e aplicável em qualquer contexto, não acrescenta custos, melhora a segurança cirúrgica e evita mortes e complicações, permitindo a medição do impacto da utilização de instrumentos de gestão de risco na qualidade dos resultados dos procedimentos cirúrgicos.²

A LVSC para procedimentos invasivos (OMS, 2008) – é composta por 3 momentos de verificação:

1. **SIGN IN** - antes da indução anestésica;
2. **TIME OUT** - antes da incisão cirúrgica;
3. **SIGN OUT** - antes da saída do bloco operatório.

Pretende-se com a aplicação da LVSC:

a) Assegurar a realização dos procedimentos corretos, nos doentes corretos e nos locais corretos; b) Assegurar a verificação do equipamento anestésico e cirúrgico e alertar toda a equipa para problemas específicos do doente, nomeadamente via aérea difícil, risco de aspiração ou risco de perdas sanguíneas, bem como para passos críticos da cirurgia; c) Assegurar a administração de antibióterapia, se indicado, antes da incisão da pele; d) Assegurar antes do doente sair da sala, que estão corretas as contagens de instrumentos, compressas e corte perfurantes, que foi feita a adequada rotulagem de produtos para análise e ainda que foram revistos pelo médico que realiza o procedimento, enfermeiro ou anestesista as principais necessidades para o pós-operatório (sendo estas transmitidas à equipa do recobro).³

SEGURANÇA DO DOENTE DA TEORIA À PRÁTICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

3 MOMENTOS SEGUROS

- SIGN IN - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
- TIME OUT - ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
- SIGN OUT - ANTES DA SAÍDA DA SALA CIRÚRGICA

CIRURGIA SEGURA

- ✓ COMUNICAÇÃO EFICAZ
- ✓ PROCEDIMENTO CORRETO
- ✓ DOENTE CORRETO
- ✓ LOCAL CIRÚRGICO CORRETO
- ✓ CONTAGEM CORRETA DE COMPRESSAS E CORTO PERFURANTES
- ✓ EQUIPAMENTOS ANESTÉSICOS E CIRÚRGICOS TESTADOS CORRETAMENTE
- ✓ ROTULAGEM E VALIDAÇÃO DE PRODUTOS PARA ANÁLISES

Texto elaborado por: Sandra Barreira

Revisão: Gabinete de Segurança do Doente.

Referências Bibliográficas:

- 1- Manual para Cirurgia Segura da OMS (Primeira Edição), Genebra, Organização Mundial da Saúde, 2008
- 2 - www.who.int/patientsafety/en
- 3 - Orientações da OMS para a Cirurgia Segura, 2009 - Versão Portuguesa, Direção-Geral da Saúde www.dgs.pt
- 4 - www.who.int/patientsafety/challenge/safe-surgery/

ANEXOS

ANEXO I

Certificado de participação V seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem

 CATOLICA INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE LISBOA PORTUGAL	V Seminário Internacional do Mestrado em Enfermagem Enfermagem Especializada: UMA VOZ PARA O HUMANISMO
<u>CERTIFICADO</u> 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, Campus da Palma de Cima, organizado pela Escola de Enfermagem (Lisboa), do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Lisboa, 25 de novembro de 2022. A Diretora Escola de Enfermagem (Lisboa), ICS da UCP  Amélia Simões Figueiredo, PhD, MEd, RN Professora Associada Palma de Cima • 1649-023 Lisboa • Portugal	