

REVISTA DA ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS PORTUGUESES

# A | E | S | I | O | P

VOL. XXV N.º 55 FEVEREIRO 2026

[WWW.AESOP-ENFERMEIROS.ORG](http://WWW.AESOP-ENFERMEIROS.ORG)



**Ser associado da AESOP é pertencer a uma organização profissional de enfermagem que defende um ambiente perioperatório seguro e a excelência dos cuidados de enfermagem.**

FICHA TÉCNICA

**Revista AESOP**  
Vol.XXV / N.º55 /  
janeiro 2026

**Propriedade e Edição**  
Associação dos  
Enfermeiros  
Perioperatórios  
Portugueses – AESOP

**Sede, Redação, Administração, Publicidade e Assinaturas**  
Av. do Brasil, 1,  
Piso 4 sala 1 e 2,  
1700-062 Lisboa  
E-mail:  
aesop@aesop-  
enfermeiros.org

**Diretora**  
Daniela Dias

**Conselho Editorial**  
Fátima Gonçalves  
Filomena Postigo  
Madalena Cabrita  
Odete Monteiro  
Sandrina Fernandes

**Corpo Editorial Científico**  
António Freitas  
Esmeralda Nunes  
Lucília Nunes  
Manuel Valente  
Mercedes Bilbao  
Mónica Macedo  
Susana Ramos

**Design e Paginação**  
Whitespace

**Publicação**  
Semestral

**ISSN**  
2184-092X

**Depósito Legal**  
147626/00



# ÍNDICE

4

EDITORIAL

6

QUARENTA  
ANOS DE AESOP

A história que nos  
trouxe até aqui!

10

CONTA-ME  
COMO FOI...

14

XXIII CONGRESSO  
NACIONAL AESOP

"Inovar para Educar;  
Educar para  
Transformar"

16

IDEIAS SOBRE  
GESTÃO

Notificação de Incidentes  
como Cultura de Segurança  
no Perioperatório:  
Os Desafios da Gestão

24

PND 2026

"Surgical Safety,  
Start With Us"

26

PRÁTICA  
RECOMENDADA

Prevenção de Lesões  
por Pressão na Pessoa em  
Situação Perioperatória

28

DIVULGAÇÃO  
CIENTÍFICA

Intervenções do enfermeiro  
especialista em Enfermagem  
Perioperatória na prevenção  
de lesões por pressão no  
intraoperatório

38

DIVULGAÇÃO  
CIENTÍFICA

Performance da equipa  
na sala operatória,  
que fatores a influenciam?  
Uma Scoping Review

O conteúdo dos artigos é da exclusiva e inteira responsabilidade do(s) respetivo(s) autor(es).

# EDITORIAL



Chegámos à edição n.º 55 da Revista AESOP, no ano em que a AESOP celebra o seu 40.º aniversário, momento que assinala também a mudança da designação para Associação dos Enfermeiros Perioperatórios Portugueses, mantendo a sigla AESOP e o símbolo de excelência, desenvolvimento do conhecimento especializado em Enfermagem Perioperatória e identidade dos enfermeiros perioperatórios nacionais que lhe está associado.

Será um ano de celebração, marcado pelo encontro, pela partilha e pela renovação. Ao longo destes 40 anos de percurso, a associação construiu-se a partir da perseverança, união, espírito crítico e determinação de enfermeiras perioperatórias experientes que pretendiam partilhar os seus conhecimentos com enfermeiros perioperatórios de todos os blocos operatórios nacionais, reduzindo o isolamento geográfico num tempo em que a distância e as barreiras físicas eram um desafio ao acesso e à partilha de informação.

Nos primeiros anos da AESOP, as enfermeiras fundadoras puseram-se literalmente a caminho, dinamizando formações e workshops dirigidos aos enfermeiros perioperatórios em várias instituições do país e criando espaços de partilha de conhecimentos. Para além das formações, conceitualizaram e operacionalizaram congressos nacionais pioneiros em Enfermagem Perioperatória, promovendo proximidade, reconhecimento, partilha de problemas e procura de consensos entre profissionais, até que, com a fundação da EORNA, a AESOP passou também a ser uma voz ativa na Europa.

---

**Quarenta anos de caminhos e pontes fizeram da AESOP uma associação que representa a excelência da Enfermagem Perioperatória, aliando o conhecimento científico mais recente à perícia técnica, para responder com qualidade e segurança à crescente complexidade clínica da pessoa em situação perioperatória. Nesta edição n.º 55, destaca-se o testemunho vivo da fundadora da AESOP, associada n.º 1, Enfermeira Maria José Dias Pinheiro, que generosamente partilhou o seu percurso na associação.**

---

Partilhamos ainda a experiência de uma enfermeira perioperatória com mais de 30 anos de exercício profissional em Bloco Operatório, que identifica a evolução a que assistiu ao longo da sua prática. Sublinha a evolução

científica, a otimização dos processos e a consolidação da cultura de segurança, evidenciando igualmente a relevância da AESOP no seu percurso profissional.

O espaço Ideias sobre Gestão desafia o leitor a refletir sobre a Notificação de Incidentes como Cultura de Segurança no Perioperatório: os desafios da gestão. Em consonância com esta cultura de segurança, é apresentado o lema do PND 2026, com uma mensagem clara: a segurança começa em cada profissional, em cada decisão e em cada prática.

Salientamos ainda a divulgação científica presente nesta revista, com destaque para a Prática Recomendada AESOP: Prevenção de Lesões por Pressão na Pessoa em Situação Perioperatória, disponível no site da associação. A rubrica Divulgação Científica integra dois artigos de investigação que contribuem para o desenvolvimento do conhecimento especializado em Enfermagem Perioperatória.

Lança-se, por fim, o desafio a todos os enfermeiros perioperatórios para estarem presentes no XXII Congresso Nacional da AESOP, em Santa Maria da Feira. No ano em que a associação celebra 40 anos, pretende-se que este Congresso Nacional seja um evento memorável, com divulgação científica, partilha de experiências, espaços de formação teórico-prática, momentos de reflexão e boa-disposição, agradecendo a todos os que acompanham a AESOP e que, acima de tudo, contribuem para a identidade e desenvolvimento da Enfermagem Perioperatória.

**Daniela Dias**  
Diretora da Revista AESOP  
DN AESOP

AESOP FEV 2026

---

QUARENTA  
ANOS DE  
AESOP

---



AESOP

---

**A história que nos  
trouxe até aqui!**

---

Este artigo nasceu de uma conversa muito especial. No retiro da Direção da AESOP, em Ota, a 31 de maio de 2025, a Enfermeira Maria José Dias Pinheiro levou-nos numa verdadeira viagem ao passado, recordando momentos, histórias e pessoas que ajudaram a construir a Associação. O que aqui se conta resulta dessa partilha cheia de memórias, emoção e verdade — e das palavras que tão generosamente nos ofereceu para que a história da AESOP continuasse a ser contada.

**Há histórias que começam devagar, quase como um sussurro, e há outras que nascem com a força de uma convicção. A história da AESOP nasceu assim: três enfermeiras, três percursos diferentes, um mesmo propósito. “Criarmos uma associação para melhorar a qualidade de cuidados e uniformizá-los em todos os blocos operatórios” — recorda Maria José Dias Pinheiro, evocando o início de um caminho que ninguém imaginava durar quatro décadas.**



Enf.ª Luísa Canto e Castro; Enf.ª Dias Pinheiro e Enf.ª Joana Simões (2022)

## O início de uma caminhada que viria a transformar a enfermagem perioperatória

A semente da Associação germinou entre Luísa, Joana e Maria José. Joana trazia da Suíça a visão de uma prática organizada e reconhecida; as outras duas traziam a realidade portuguesa, onde a especialização era desejada, mas não estruturada. “Vestir a camisola”, como lhe chamavam, não era uma metáfora. Era literalmente levar para casa documentos, acetatos, listas e sonhos.

A primeira Assembleia-Geral, em 1986, seria um momento fundador. No IPO foram aprovados os primeiros estatutos, após inúmeras dificuldades. Mas ali, naquela pequena sala, entre papéis rabis-cados e resoluções improvisadas, nascia oficialmente um movimento que viria a mudar a forma de pensar e praticar a Enfermagem Perioperatória em Portugal.

## O primeiro Congresso: lágrimas, cansaço e um país inteiro a despertar

O 1.º Congresso, em 1987, marcaria para sempre as fundadoras. Como descreve Maria José Dias Pinheiro, “o 1.º Congresso foi um momento único. Tudo para nós era novo e tinha de ser preparado com muito cuidado. O cansaço tinha de se vencer a todo o momento e a mobilização de todos os meios tinha de nos levar à concretização de um objetivo, tinha de se traduzir em sucesso”. E traduziu. No final, “foi muito intenso, houve muitas lágrimas”.

Não havia computadores, equipas de produção ou secretariados profissionais. Havia slides e acetatos organizados “em fila”, caixas carregadas de um lado para o outro, famílias inteiras envolvidas, filhos que iam “para a fila

dos CTT para despachar a revista”. A AESOP começava a criar comunidade — e identidade.

Era importante disseminar conhecimentos e assim, os primeiros BE-Á-BÁ nasceram do desejo de levar boas práticas a todos os blocos operatórios, de norte a sul do país, através de workshops realizados muitas vezes aos fins de semana, sempre com espírito de partilha e proximidade.

### Quando o país abriu as portas... e a Europa também!

Com a consolidação nacional, chegou a abertura à Europa. A EORNA, em 1989, revelou o quanto Portugal tinha para oferecer — e o quanto ainda tinha para conquistar. A discussão sobre a autonomia da enfermagem, os debates sobre o *Curriculum* Comum Europeu e a organização de formação pós-graduada foram passos decisivos.

Essas conquistas exigiram trabalho persistente, reuniões improváveis “à noite, no escritório do marido de uma colega” ou “ao fim da tarde, no escritório de uma prima”, e a aquisição simbólica do primeiro computador e da fotocopiadora — ferramentas que hoje parecem banais, mas que na altura representaram um salto de modernização.

Ao longo dos anos, foram ganhando forma, projetos que marcaram a identidade da AESOP. Entre eles, o “European Perioperative Nursing Day”, criado em 2010, uma iniciativa que procurou dar visibilidade internacional ao trabalho dos enfermeiros perioperatórios e destacar a importância da sua prática na segurança do doente cirúrgico. A este marco seguiu-se outro momento de grande projeção: a organização do 6.º Congresso Europeu, em Lisboa, em 2012, sob o lema “Sailing to the Future”. Este evento colocou Portugal no centro da Enfermagem Perioperatória europeia, reunindo especialistas

de vários países e reforçando o papel da AESOP como referência na formação, inovação e liderança neste domínio.

### Crescer com espírito escutista: prontidão, serviço e missão

A história da AESOP também se fez de simbolismos. Entre eles, o grupo informal apelidado de “Os Escuteirinhos”. Uma das participantes investigou o significado do lema do escutismo — “Be prepared” — concluindo que ele traduzia exatamente o espírito da enfermagem perioperatória: estar preparado, antecipar, agir no momento certo. Como diria Maria José Dias Pinheiro, um lema “que pode muito bem aplicar-se à Enfermagem Perioperatória”.

### Formação, práticas recomendadas e tomada de posição: o período de maturidade da AESOP

Com o tempo, a Associação foi ganhando voz — e essa voz passou a ser escutada. A elaboração das Práticas Recomendadas, “trabalho realizado sob orientação da Enf.<sup>a</sup> Margarida Guia”, marcou uma viragem na segurança do doente. Seguiram-se posicionamentos públicos sobre listas de espera, funções no bloco operatório, presença de técnicos no campo cirúrgico, substituição da enfermeira circulante e até casos judiciais.

A criação da revista da AESOP e a edição de livros estruturantes — incluindo “Enfermagem Perioperatória” e “Os 25 anos da AESOP” — deram corpo a um movimento que já não podia ser ignorado.



Enf.ª Mercedes Bilbao e  
Enf.ª Dias Pinheiro (2025)

## A responsabilidade de quem esteve desde o início

Quarenta anos depois, Maria José Dias Pinheiro reflete sobre o impacto daquela semente lançada em 1985: ser sócia n.º 1 “sempre foi irrelevante”, escreve, sublinhando que o que realmente importou foi o compromisso: “Quando a AESOP passa a ser um projeto de vida, passou a ser o meu terceiro filho”. E acrescenta: “Envolvei os meus filhos e marido e deixei de ter tempo para pensar em mim”.

Foram décadas de “bater a portas, pedir reconhecimento e apoio”, motivar equipas, liderar processos e, acima de tudo, acreditar.

## Para o futuro: rigor, humanidade e visão

Com o avanço tecnológico e a transformação permanente das práticas, a mensagem para os próximos anos continua simples, forte e profundamente ética: **“Nunca nos podemos esquecer que estamos ali pelo e para o doente [...] e que os cuidados perioperatórios são um trabalho de equipa em que cada elemento tem que se empenhar no RIGOR da sua prática”** (Dias Pinheiro, 2025).

## Quarenta anos depois: o legado que nos define

A AESOP foi pioneira — e continua a ser. Foi pioneira ao estruturar formação, ao propor normas específicas, ao aproximar Portugal da Europa, ao consolidar a segurança do doente no bloco operatório e ao criar pontes entre enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, gestores e instituições.

Mas mais do que isso, foi pioneira ao construir uma comunidade. Uma comunidade onde cabem o esforço, as lágrimas, o trabalho invisível dos bastidores, a persistência e a amizade.

Que os próximos 40 anos mantenham vivo aquilo que as fundadoras nos deixaram: missão, rigor, coragem e serviço.

## Agradecimento

A AESOP manifesta a sua profunda gratidão a Maria José Dias Pinheiro pela generosa disponibilidade em partilhar esta memória histórica, pela dedicação incansável e pelo papel determinante que desempenhou na construção e consolidação da Enfermagem Perioperatória em Portugal. O percurso da Associação não se compreenderia sem o seu compromisso, visão e entrega — legado que continuará a inspirar as gerações futuras.

**Maria Filomena Postiço**  
DN AESOP  
**Odete Monteiro**  
AESOP

---

# CONTA-ME COMO FOI...

---



---

Neste número editorial em que assinalamos os 40 anos da AESOP, pedimos a uma enfermeira com mais de 30 anos de experiência profissional, que partilhasse as diferenças que identifica na Enfermagem Perioperatória e que partilhasse como a Associação esteve presente no seu percurso e evolução profissional. Agradecemos a disponibilidade da Enf.<sup>a</sup> Lurdes Corga, Enfermeira no Bloco Operatório do Hospital Garcia de Orta da ULS Almada-Seixal.

---



Enf.ª Lurdes Corga  
Bloco Operatório da ULS Almada-Seixal

## **Apresente resumidamente a sua trajetória profissional na área do perioperatório...**

Sendo enfermeira desde 1983 não foi logo que iniciei funções em bloco operatório já que, à época, era pouco comum um recém-licenciado começar o seu percurso por esta área de cuidados. O meu trajeto profissional desenvolveu-se pela passagem por várias áreas, desde a medicina, cirurgia geral, dermatologia, até abraçar os cuidados perioperatórios, onde permaneço até hoje, e já lá vão mais de três décadas. Nesta trajetória cresci pessoal e profissionalmente.

## **Qual é a sua perceção da evolução da Enfermagem Perioperatória em Portugal, ao longo dos últimos 40 anos?**

A Enfermagem Perioperatória evoluiu positivamente nos últimos 40 anos, dando resposta aos desafios de uma sociedade em constante mudança marcada pela célere evolução tecnológica.

As técnicas cirúrgicas e anestésicas são cada vez mais complexas (cirurgia laparoscópica, robótica). As práticas são cada vez mais sustentadas pela evidência científica e alicerçadas em protocolos mais rigorosos. A segurança do doente, o controlo da infeção e a gestão de risco são uma constante que exige dos enfermeiros mais competências e rigor. O desenvolvimento de competências técnicas, científicas e relacionais estão presentes na formação pós-graduada dos enfermeiros e a especialidade em Enfermagem Perioperatória é uma realidade.

### **Conte-nos como era...**

#### **a composição da equipa de sala de operações, comparando como é a sua constituição no tempo presente...**

A equipa de sala de operações, ao tempo presente é uma equipa especializada e multidisciplinar dando resposta aos procedimentos exigentes onde a comunicação é a principal garantia da segurança e bem-estar do doente. Ao longo da minha trajetória como enfermeira perioperatória tive o privilégio de integrar uma equipa com 3 enfermeiros por sala operatória e restantes elementos da equipa multiprofissional.

### **Conte-nos como era...**

#### **o processo de integração dos enfermeiros no Bloco Operatório, comparando como é atualmente...**

O processo de integração dos enfermeiros no bloco é hoje muito mais cuidado e exigente do que quando iniciei as minhas funções. Era um processo mais informal e com pouco acompanhamento. Hoje o plano de integração é mais estruturado, mais longo e com melhor supervisão por parte do integrador. Tem como objetivo acolher o novo enfermeiro e ajudá-lo a adquirir conhecimentos e experiência para a sua autonomia no bloco operatório.

**Conte-nos como era...****a realização dos registos de Enfermagem, comparando como são realizados hoje...**

Houve um processo de mudança nos registos de enfermagem. Os registos em papel foram e continuam a ser substituídos por registos informáticos e são hoje mais organizados e estruturados dando resposta à continuidade de cuidados e responsabilidade legal.

**Conte-nos como era...****feita a vigilância anestésica...**

A vigilância anestésica na sala operatória evoluiu muito ao ritmo da mudança tecnológica na área da anesthesiologia. Os equipamentos sofisticados (ventiladores, ecógrafos, etc) permitem uma monitorização rigorosa que contribui para segurança do doente.

**Conte-nos como era...****a esterilização do material cirúrgico, comparando como é efetuada na atualidade...**

Os métodos de esterilização do material cirúrgico eram menos seguros (para os profissionais e para os doentes), menos controláveis e não eram centralizados. Na atualidade, o processamento do instrumental cirúrgico é feito em centrais de esterilização certificadas que optam pelo método de esterilização mais adequado e eficaz (de acordo com o instrumental a ser processado) e é sujeito a rastreabilidade.

**Conte-nos como era...****a mudança de procedimentos na utilização dos campos cirúrgicos de pano para os campos cirúrgicos usados na atualidade...**

Com a exigência de ver diminuída a infeção da ferida cirúrgica e para dar resposta a normas europeias, hoje, no bloco operatório só há coberturas cirúrgicas de tecido não tecido. Estas são mais seguras

pela resistência à penetração de fluidos e pela não libertação de partículas.

**Conte-nos como era...****a preparação do doente cirúrgico, comparando como é no presente...**

A preparação do doente para a cirurgia mostra a evolução para cuidados mais individualizados e seguros. Cumprem-se protocolos com o objetivo de otimizar a recuperação do doente e prevenir a infeção da ferida cirúrgica: o banho pré-operatório, o jejum, a tricotomia feita no bloco etc. Não podemos esquecer a preparação psicológica e o ensino feito na visita pré-operatória ou na consulta de enfermagem.

**Recorda-se de quando ouviu falar pela primeira vez da AESOP?**

Tomei contacto com a AESOP em 1997 no início das minhas funções, no Hospital Garcia de Orta, onde era chefe de serviço a Enf. Mercedes Bilbao, uma referência na área do perioperatório.

**De que forma a associação influenciou a sua formação ou prática clínica?**

A Associação serviu de norte ao início do meu percurso como enfermeira perioperatória. Os congressos que frequentei proporcionaram a reflexão sobre práticas e a partilha de conhecimentos foi uma oportunidade de desenvolvimento profissional. Vi nos membros fundadores da Associação um exemplo de dignificação da enfermagem e da ética profissional.

**Como vê o papel da AESOP na valorização da Enfermagem Perioperatória ao longo destes 40 anos?**

Uma Associação muito importante pelo contributo prestado ao longo destas quatro décadas aos enfermeiros perioperatórios. Ajudou a promover o desenvolvimento de competências, através da investigação,

da formação contínua, da divulgação de conhecimentos baseados na evidência e de práticas recomendadas. O intercâmbio da AESOP com outras organizações internacionais tem sido uma mais valia na evolução da Enfermagem Perioperatória e no seu reconhecimento social e visibilidade.

**Muitas vezes o público, e mesmo as entidades, não veem o trabalho desenvolvido pela Enfermagem Perioperatória. O que gostaria que as pessoas soubessem sobre o papel do enfermeiro perioperatório? E como é que AESOP poderá contribuir?**

Considero que a visita pós-operatória dá visibilidade aos cuidados perioperatórios, ao mesmo tempo que avalia o grau de satisfação do doente face aos cuidados prestados. As pessoas deviam todas saber que os enfermeiros estão preocupados com a sua segurança e que têm competências específicas para prestar cuidados humanizados e de qualidade.

**Quais são as mudanças que gostaria que acontecessem na Enfermagem Perioperatória, e como é que a AESOP poderia ajudar a alcançar?**

Considero que a AESOP está no bom caminho. Antecipar desafios futuros e continuar a investir na formação contínua a fim de uniformizar e elevar o nível técnico e científico dos enfermeiros para que a Enfermagem Perioperatória ganhe cada vez mais visibilidade. Ter influência junto das organizações de saúde para possíveis tomadas de decisão.

**Que mensagem deixaria às novas gerações de enfermeiros perioperatórios?**

Que dignifiquem a enfermagem em geral, e em particular a Enfermagem Perioperatória, seguindo e honrando a filosofia da AESOP.

Que tenham um corpo de conhecimentos técnicos e científicos sedimentados

e baseado em evidência científica, tendo sempre em vista a segurança do doente e a qualidade de cuidados.

Que tenham competências sociais e relacionais para prestarem cuidados humanizados em contexto perioperatório.

**Que mensagem gostaria de deixar à Direção Nacional da AESOP?**

Parabéns por todo este caminho percorrido de dedicação e resiliência ao longo destes anos.

**Se tivesse de resumir a sua experiência com a AESOP em uma frase ou palavra, qual seria?**

Excelência.

---

**Hoje celebramos os 40 anos da AESOP, mas também o percurso de tantos enfermeiros e a essência da enfermagem perioperatória — o cuidado silencioso, preciso e profundamente humano. Que estes testemunhos continuem a reforçar o legado da AESOP e a inspirar o futuro da Enfermagem Perioperatória em Portugal.**

---

**Maria Filomena Postiço**  
AESOP  
**Odete Monteiro**  
AESOP

---

# ATUALIDADE

---



---

## **XXII Congresso Nacional AESOP: "Inovar para Educar; Educar para Transformar"**

---

**Daniela Dias**

Comissão Científica do XXII Congresso Nacional AESOP  
Direção Nacional AESOP

**Odete Monteiro**

Comissão Organizadora do XXII Congresso Nacional AESOP  
AESOP

A Associação de Enfermeiros Perioperatórios Portugueses (AESOP), no ano em que comemora o seu 40º aniversário, organiza o XXII Congresso Nacional AESOP, no Europarque de Santa Maria da Feira. Decorre nos dias 15, 16 e 17 de abril, sob o mote **“Inovar para Educar; Educar para Transformar”**.

Teremos espaço para a realização de workshops, discussões, debates e divulgação científica, reunindo especialistas nacionais e internacionais, e colegas de todo o país para debater temas essenciais:

- “Desafios dos cuidados transculturais em Enfermagem Perioperatória”,
- “Crises no Bloco Operatório: como enfrentá-las com competência e humanidade”
- “Capacitação da pessoa e decisão partilhada: o papel do enfermeiro na literacia em saúde”.

No dia 15 de abril decorrerão os workshops pré-congresso, estando previstos:

- Workshop: Cuidados especializados na gestão de assepsia em ambiente perioperatório
- Workshop: Gestão do doente colonizado / infetado com microrganismos multirresistentes em ambiente perioperatório
- Workshop: Posicionamento cirúrgico
- Workshop: Emergências no BO – a via aérea difícil
- Workshop: Posicionamento cirúrgico – Ortopedia
- Workshop: Como fazer um ePoster

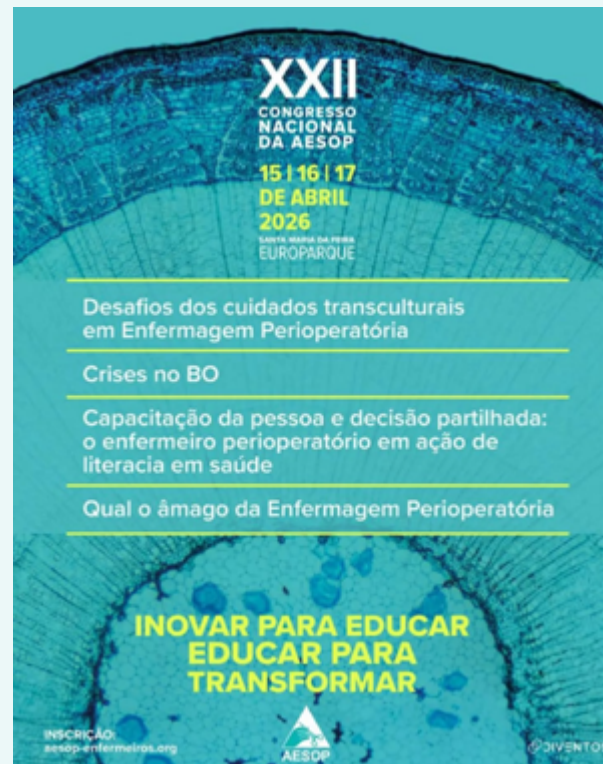
Nos dias 16 e 17 de abril decorrerão momentos para a divulgação científica no âmbito da Enfermagem Perioperatória, sobre a forma de e-pósteres, comunicações livres e pela primeira vez o formato Pitch.

### **Por que deve participar no XXII Congresso Nacional da AESOP?**

É uma oportunidade para ouvir outros profissionais, refletir sobre aquilo que construímos e perceber que fazemos parte de algo maior, renovando a energia e o propósito que nos trouxe à profissão.

Este congresso é um lembrete poderoso de que cada enfermeiro tem um impacto real — no sistema de saúde e na vida das pessoas. Constitui mais do que um evento científico— é um momento de transformação, porque acreditamos que servirá de inspiração de: “Inovar para Educar; Educar para Transformar”.

As inscrições e regulamentos estão disponíveis no [website da AESOP](#).



# IDEIAS SOBRE GESTÃO

---

---

---

---



---

**Notificação de Incidentes  
como Cultura de Segurança  
no Perioperatório:  
Os Desafios da Gestão**

---

Enf.ª Fátima Gonçalves  
DN AESOP  
Enf.ª M.ª Filomena Postiço  
DN AESOP

## RESUMO

A cultura de segurança é um dos pilares fundamentais da qualidade dos cuidados de saúde. No contexto perioperatório, a complexidade técnica, e a interação entre múltiplas equipas e a pressão para cumprimento dos tempos operatórios, aumentam o risco de incidentes, reforçando a importância de práticas seguras e sistemas eficazes de notificação. Este artigo analisa a relevância da cultura de segurança no perioperatório e os desafios associados à notificação de incidentes, sob a perspetiva do enfermeiro gestor, à luz das orientações nacionais e internacionais.

**Palavras-chave:** Segurança do doente; Cultura de segurança; Notificação de incidentes; Enfermagem perioperatória; Gestão hospitalar

# 1

## INTRODUÇÃO

A cultura de segurança constitui uma dimensão essencial e indissociável da qualidade dos cuidados de saúde. É expressa através de valores, atitudes, perceções e comportamentos que orientam o compromisso das organizações e dos seus profissionais com a segurança (WHO, 2021). Esta cultura traduz-se na forma como os profissionais reconhecem, comunicam e respondem aos riscos, influenciando

diretamente a prevenção de incidentes e eventos adversos (Nieva & Sorra, 2003).

Um baixo nível de cultura de segurança está frequentemente associado a uma maior incidência de eventos adversos potencialmente evitáveis, comprometendo a confiança dos doentes e dos profissionais nas instituições e acarretando elevados custos sociais e económicos (Reason, 2000; Sousa *et al.*, 2018). A Organização Mundial da Saúde e a Comissão Europeia recomendam que o ciclo de melhoria contínua da qualidade integre a avaliação sistemática da cultura de segurança, permitindo identificar e mitigar riscos, e implementar ações preventivas nas áreas críticas (European Commission, 2020; WHO, 2021).

Em Portugal, a Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro) estabelece o direito à proteção da saúde, reconhecendo a segurança do doente como uma das suas dimensões fundamentais, reforçando a responsabilidade das instituições em garantir cuidados seguros, eficazes e centrados no doente (Assembleia da República, 2019). Esta visão é reforçada pelo Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026 (PNSD) espelhada no “Objetivo Estratégico 8 - Assegurar a prática sistemática de Notificação, análise e prevenção de incidentes” (DGS, 2021, p.16), que reconhece a segurança como elemento integrante da qualidade, enfatizando o compromisso da liderança, a comunicação, a gestão de incidentes e a cultura de aprendizagem com os erros (DGS, 2021).

A plataforma NOTIFICA, da Direção-Geral da Saúde (DGS), é outro exemplo de um sistema de registo de incidentes e eventos adversos nacional que promove a aprendizagem organizacional; a sua importância reside na possibilidade de identificar padrões, melhorar práticas e reforçar a segurança do doente. É de fácil acessibilidade, através do site da DGS em <https://notifica.dgs>.

[min-saude.pt/](http://min-saude.pt/) permitindo aos profissionais de saúde reportar situações, de forma rápida, confidencial e sem carácter punitivo.

## 2

### A NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES COMO PILAR DA SEGURANÇA PERIOPERATÓRIA

**A notificação de incidentes e eventos adversos é um dos instrumentos mais eficazes para a aprendizagem organizacional e prevenção de falhas** (Reason, 2000). **A recolha sistemática de dados permite identificar vulnerabilidades, implementar medidas corretivas e evitar a repetição de incidentes** (Vincent *et al.*, 2014). No contexto perioperatório, distinto pela complexidade técnica, tecnologia avançada e trabalho multidisciplinar, o relato estruturado de incidentes assume especial relevância para garantir práticas seguras e melhoria contínua (Alves, Sousa, & Nunes, 2022).

Apesar dos benefícios reconhecidos, a notificação de incidentes continua a enfrentar obstáculos relevantes. O receio de punição ou repercussões disciplinares constitui uma das barreiras mais citadas (Wu *et al.*, 2021). Além disso, a falta de cultura organizacional voltada para o reporte não punitivo, o desconhecimento dos sistemas de notificação e a ausência de feedback desmotivam a comunicação de ocorrências (Singer *et al.*, 2009). A gestão eficaz do risco exige o apoio institucional e o compromisso da liderança para assegurar confidencialidade e reforçar o valor do reporte como ferramenta de aprendizagem (Kohn, Corrigan, & Donaldson, 2000; DGS, 2021).

#### 2.1. Cultura de Segurança, Notificação de Incidentes e Acreditação em Saúde

Nos diversos modelos de acreditação hospitalar, a segurança do doente surge integrada como um critério estruturante da qualidade organizacional, sendo exigida evidência objetiva de mecanismos que permitam identificar, analisar e gerir o risco clínico de forma sistemática. Mais do que a adoção formal de referenciais, estes modelos avaliam a capacidade das instituições para incorporar a segurança nos seus processos, práticas e decisões estratégicas (Joint Commission International, 2021).

Neste contexto, a notificação de incidentes, incluindo quase-eventos, assume um papel central enquanto instrumento de monitorização da segurança e de suporte à tomada de decisão. Os programas de acreditação valorizam organizações que utilizam a informação proveniente do reporte para identificar falhas latentes, implementar ações corretivas e sustentar processos de melhoria contínua baseados em evidência científica (Alkhenizan & Shaw, 2011; Braithwaite *et al.*, 2010).

Para responder aos requisitos de qualidade, torna-se fundamental assegurar sistemas de notificação acessíveis, confidenciais e não punitivos, associados a metodologias estruturadas de análise de incidentes, como a análise de causa-raiz. A monitorização contínua de indicadores de segurança, a realização de auditorias internas, o feedback sistemático às equipas e a integração destes resultados na governação clínica e no planeamento estratégico são igualmente reconhecidos como elementos-chave para a maturidade organizacional em segurança do doente (Vincent *et al.*, 2014; WHO, 2021).

A liderança assume um papel decisivo neste processo, ao promover um ambiente

psicologicamente seguro que favoreça o reporte, a reflexão crítica e a aprendizagem organizacional. A evidência demonstra que instituições com liderança visível e comprometida apresentam maior adesão aos sistemas de notificação, níveis mais elevados de maturidade da cultura de segurança e melhor desempenho nos processos de acreditação (Weaver *et al.*, 2013).

Desta forma, a notificação de incidentes ultrapassa a lógica do cumprimento normativo e consolida-se como um instrumento de governação clínica, permitindo alinhar a segurança do doente com os princípios da qualidade, da eficiência e da excelência organizacional.

## 3

### NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES: A PERSPETIVA DO ENFERMEIRO GESTOR

Analisar criticamente a cultura de segurança com base no reporte de incidentes, permite ao Enfermeiro Gestor, compreender não só as fragilidades e vulnerabilidades da equipa e do sistema, mas também as oportunidades de repensar e melhorar as práticas, determinar estratégias de prevenção e de orientação das equipas em ambientes de risco elevado. Cada incidente não deve ser observado como erro de alguém, mas como reflexo do funcionamento do sistema, como as equipas nele interagem e fluem.

Ao analisar o relatório de incidentes reportados num Bloco Operatório Central de um Hospital da região de Lisboa torna-se evidente que a maioria está relacionada com dispositivos e equipamentos médicos, uma área particularmente vulnerável. Estas falhas incluem dispositivos defeituosos,

avarias de equipamentos críticos, material inexistente ou inadequado e problemas de reprocessamento, evidenciando fragilidades estruturais e logísticas que se enquadram nas “falhas latentes” descritas na literatura. **A segurança do doente depende profundamente da robustez dos circuitos logísticos e do funcionamento organizado de processos muitas vezes invisíveis, mas absolutamente essenciais ao sucesso das intervenções cirúrgicas.** Do ponto de vista do impacto na atividade cirúrgica, estes incidentes condicionam a previsibilidade e eficiência das listas operatórias. A indisponibilidade de salas ou, a avaria de equipamentos essenciais, condicionam atrasos, reestruturação, em alguns casos, cancelamento ou adiamento de cirurgias. Estas situações reduzem a eficiência dos blocos, aumentam a pressão sobre as equipas, prolongam as listas e tempos de espera dos doentes, geram frustração e aumentam o risco clínico.

As restantes categorias de incidentes identificadas no relatório dizem respeito ao percurso do doente e a processos clínicos ou informáticos. Os atrasos, falhas nas transferências, fragilidades na checklist pré-operatória e problemas nos transportes internos ou externos demonstram a fragmentação dos circuitos e a insuficiente padronização de procedimentos. O percurso do doente, quando perturbado, potencia erros, falhas de comunicação e perdas de informação crítica. Assim, a eficiência do Bloco Operatório depende não só da técnica e da competência clínica, mas também da fluidez dos processos que antecedem e acompanham o momento cirúrgico. **A evidência disponível confirma que a deficiente comunicação entre equipas e a ausência de uniformização dos processos aumentam substancialmente o risco de eventos adversos no perioperatório.** Os incidentes relacionados com o percurso do doente constituem,

particularmente, um alerta importante. Cada atraso, cada falha de informação ou cada interrupção no circuito representa mais do que um mero inconveniente: é uma ameaça potencial à segurança e ao bem-estar do doente, que se encontra numa situação de vulnerabilidade máxima. Estes incidentes evidenciam a necessidade de reforçar a articulação interprofissional, a padronização de procedimentos e a comunicação efetiva entre equipas de enfermagem, anestesia, cirurgia, transporte e serviços de apoio.

Enquanto gestor, **o maior desafio não está apenas na análise do incidente em si, mas na capacidade de olhar para o contexto onde ele emerge.** Um dispositivo defeituoso, uma avaria repetida, um problema de reprocessamento ou um atraso na transferência raramente são eventos isolados; quase sempre apontam para falhas latentes no sistema, representando aquilo que Reason (2000) descreve como “o conjunto invisível de condições que criam terreno fértil para o erro”. **A reflexão obriga-me, assim, a questionar: estamos a antecipar adequadamente as necessidades do bloco operatório? Estamos a comunicar eficazmente entre equipas? Estão os circuitos logísticos ajustados à realidade da prática? Conseguimos garantir que o percurso do doente decorre de forma fluida, segura e sem interrupções?**

Do ponto de vista da gestão, estes incidentes evidenciam desafios que atravessam múltiplas áreas da organização. A coordenação entre diferentes serviços, como enfermagem, cirurgia, anestesia, farmácia, manutenção, logística, informação e transportes é essencial e nem sempre fluida. Embora exista uma cultura crescente de segurança, a subnotificação continua a ser uma realidade, refletindo receios, rotinas enraizadas e a tendência para normalizar desvios. A maturidade das equipas e das estruturas de apoio

evidencia necessidade de reforço: problemas repetidos como ruturas de stock, falhas de equipamento ou dificuldades na transferência de doentes demonstram que a resposta das áreas de suporte ainda não acompanha a complexidade do ambiente cirúrgico.

Na análise dos incidentes, as ações de melhoria envolveram de forma transversal várias equipas, desde a articulação com fornecedores até à realização de formações e intervenções específicas. Contudo, importa avançar para uma abordagem mais profunda e sistemática. Uma estratégia eficaz exige o reforço da análise de causa-raiz, envolvendo todas as áreas impactadas, e uma gestão logística verdadeiramente proativa, assente na antecipação de necessidades e na existência de reservas de material crítico. Também o percurso do doente deve ser continuamente aperfeiçoado, através de processos claros, uniformizados e auditáveis, garantindo rigor no cumprimento da checklist pré-operatória e dos circuitos de transferência.

A formação surge como ferramenta fundamental na capacitação dos profissionais, esta deve ser contínua, prática e dirigida às necessidades reais do serviço, integrando simulações, revisões de casos reais e microformações que promovam aprendizagem imediata. A cultura de segurança depende também da motivação e envolvimento das equipas. **Reconhecer o contributo dos profissionais, sobretudo daqueles que reportam quase-eventos ou previnem incidentes, é essencial. A comunicação transparente sobre incidentes, ações corretivas e resultados alcançados reforça a confiança e consolida o sentimento de pertença.**

O enfermeiro gestor é um agente-chave na promoção da cultura de segurança perioperatória, assumindo funções que envolvem: **incentivar o reporte não punitivo e o diálogo interprofissional; formar e**

**sensibilizar equipas sobre segurança do doente e sistemas de notificação** (DGS, 2021; WHO, 2021); **analisar incidentes e implementar medidas corretivas baseadas em evidência científica** (Vincent *et al.*, 2014); **e apoiar emocionalmente os profissionais envolvidos em incidentes fortalecendo a resiliência e a confiança coletiva** (Scott *et al.*, 2020).

Para além do impacto direto no doente, os incidentes clínicos afetam profundamente os profissionais envolvidos, fenómeno descrito na literatura como “**segunda vítima**”. Este conceito refere-se ao sofrimento emocional, psicológico e profissional vivido pelos profissionais de saúde após a ocorrência de um incidente ou evento adverso, independentemente da existência de dano para o doente (Wu, 2000).

Os profissionais envolvidos podem experienciar sentimentos de culpa, ansiedade, medo, perda de confiança, stress e isolamento, com impacto negativo no desempenho clínico, na satisfação profissional e no bem-estar emocional. Em contextos de elevada complexidade e pressão, como o perioperatório, estes efeitos tendem a ser mais intensos e prolongados (Scott *et al.*, 2009; Seys *et al.*, 2013).

A forma como a organização responde ao incidente influencia diretamente a recuperação da segunda vítima. Abordagens punitivas, ausência de apoio e falta de comunicação agravam o sofrimento e contribuem para a subnotificação, enquanto estratégias baseadas no apoio emocional, escuta ativa, liderança empática e aprendizagem organizacional promovem a resiliência individual e coletiva (Edrees *et al.*, 2011).

Os modelos de qualidade e acreditação em saúde reconhecem, de forma crescente, a importância do apoio aos profissionais envolvidos em incidentes, integrando esta dimensão nos programas de segurança do

doente. O enfermeiro gestor assume aqui um papel central, ao identificar sinais de sofrimento, facilitar o acesso a apoio formal ou informal e promover uma cultura que valorize o cuidado dos profissionais como condição essencial para a segurança do doente (Scott *et al.*, 2020; WHO, 2021).

Cuidar da segunda vítima não é apenas um imperativo ético, mas também uma estratégia de qualidade e segurança, uma vez que profissionais apoiados apresentam maior capacidade de aprendizagem, maior adesão ao reporte de incidentes e maior compromisso com práticas seguras.

Neste *continuum* importa referir a influência da liderança visível e participativa. A segurança do doente não se promove apenas através de normativos ou formações; promove-se no quotidiano, na forma como se lideram as equipas, na maneira como se respondem aos incidentes, na disponibilidade para ouvir, esclarecer e apoiar. **Cada briefing matinal, cada reunião informal no corredor, cada gesto de reconhecimento contribui para a construção de uma cultura de segurança robusta, onde todos se sentem parte da solução. É determinante a motivação da equipa e dar visibilidade ao bom desempenho onde se valorizam os contributos individuais e coletivos. Equipas motivadas reportam mais, refletem mais e colaboram mais. Criar um ambiente psicologicamente seguro, em que cada elemento se sinta confortável para reportar falhas sem receio de punição, é responsabilidade direta da gestão.** Uma liderança participativa, que integra os profissionais na construção de soluções e na tomada de decisões, promove equipas mais comprometidas, resilientes e críticas. É através do envolvimento, reconhecimento e capacitação das equipas que se constrói um Bloco Operatório robusto e preparado para responder aos desafios complexos da prática cirúrgica moderna.



## CONCLUSÃO

A notificação de incidentes constitui um pilar incontornável da segurança do doente em contexto perioperatório. A sua consolidação depende da criação de uma cultura organizacional centrada na aprendizagem e não na culpa, sustentada por liderança ativa e formação contínua. O enfermeiro gestor, enquanto facilitador da qualidade e segurança, desempenha um papel determinante na institucionalização de práticas seguras e na promoção de uma cultura de melhoria contínua. A segurança do doente é uma responsabilidade partilhada, mas muito dependente da forma como se lidera. Os incidentes revelam vulnerabilidades, mas também mostram resiliência, compromisso e potencial. O papel do enfermeiro gestor é transformar números em conhecimento, e conhecimento em mudanças reais na prática, garantindo que cada intervenção cirúrgica decorra num ambiente verdadeiramente seguro, eficiente e orientado para a excelência.

**Os incidentes são oportunidades de aprendizagem e melhoria, desde que sejam analisados e tratados com rigor.** A função do enfermeiro gestor é articular pessoas, processos e recursos, garantindo que o ambiente cirúrgico é seguro, eficiente e orientado para a excelência. O caminho faz-se através da continuidade, da reflexão crítica e do compromisso diário com a qualidade dos cuidados prestados.

**Se, por um lado, estes incidentes demonstram vulnerabilidades claras, por outro, refletem também a coragem e o compromisso das equipas que os**

**reportaram.** É fácil cair na tendência de normalizar pequenos desvios – um equipamento que “às vezes falha”, um dispositivo que “costuma dar problemas”, um atraso no percurso do doente que “é habitual”. Contudo, é precisamente nesta normalização dos desvios que reside o maior risco para a segurança. **O reporte sistemático, mesmo dos eventos aparentemente menores, traduz a maturidade das equipas e a consciência de que a prevenção se constrói com transparência e vigilância constante.**

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS (NORMA APA, 7.ª EDIÇÃO)

- Alkhenizan, A., & Shaw, C. (2011). *Impact of accreditation on the quality of healthcare services: a systematic review of the literature*. *Annals of Saudi Medicine*, 31(4), 407–416. Disponível em: <https://www.annsauidimed.net/doi/epdf/10.4103/0256-4947.83204>
- Alves, S., Sousa, P., & Nunes, C. (2022). Segurança do doente e práticas seguras em contexto perioperatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(1), 1–12.
- Assembleia da República. (2019, 4 de setembro).** *Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro: Aprova a Lei de Bases da Saúde*. Diário da República, 1.ª série, n.º 169. <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/95-2019-124417108>
- Braithwaite, J., Greenfield, D., Westbrook, J. I., Pawsey, M., Westbrook, M., Gibberd, R., & Naylor, J. (2010). *Health service accreditation as a predictor of clinical and organisational performance: a blinded, random, stratified study*. *Quality & Safety in Health Care*, 19(1), 14–21. <https://doi.org/10.1136/qshc.2009.033928>
- Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021–2026. Diário da República, 2.ª série, n.º 187. Disponível em: <https://dre.pt/dre/detalhe/despacho/9390-2021-173934192>
- Edrees, H. H., Paine, L. A., Feroli, E. R., & Wu, A. W. (2011). *Health care workers as second victims of medical errors*. *Polskie Archiwum Medycyny Wewnętrznej (Polish Archives of Internal Medicine)*, 121(4), 101–108. <https://doi.org/10.20452/pamw.1033>
- European Commission. (2020). Patient safety and quality of care. Disponível em: <https://op.europa.eu/en/publication-detail/-/publication/3125bfd3-c04c-4e9b-85f5-6ae9a7f654a5/language-en>
- Joint Commission International. (2021). *Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals (7th ed.)*. Disponível em <https://www.jointcommissioninternational.org>
- Kohn, L. T., Corrigan, J. M., & Donaldson, M. S. (2000). *To err is human: Building a safer health system*. National Academies Press.
- Nieva, V. F., & Sorra, J. (2003). Safety culture assessment: A tool for improving patient safety in healthcare organizations. *Quality and Safety in Health Care*, 12(Suppl 2), ii17–ii23.
- Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320(7237), 768–770.
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Brandt, J., & Hall, L. W. (2009). The natural history of recovery for the healthcare provider “second victim”. *Quality and Safety in Health Care*, 18(5), 325–330. <https://qualitysafety.bmj.com/content/18/5/325>
- Scott, S. D., Hirschinger, L. E., Cox, K. R., McCoig, M., Hahn-Cover, K., Epperly, K. M., ... & Hall, L. W. (2020). Caring for our own: The second victim program. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 46(6), 271–278.
- Seys, D., Scott, S. D., Wu, A. W., Van Gerven, E., Vleugels, A., Euwema, M., Panella, M., Conway, J., Sermeus, W., & Vanhaecht, K. (2013). *Supporting involved health care professionals (second victims) following an adverse health event: a literature review*. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 678–687. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.07.006>
- Singer, S., Lin, S., Falwell, A., Gaba, D., & Baker, L. (2009). Relationship of safety climate and safety performance in hospitals. *Health Services Research*, 44(2), 399–421.
- Sousa, P., Uva, A. S., Serranheira, F., Nunes, C., & Leite, E. S. (2018). *Segurança do doente: Princípios e prática*. Universidade Nova de Lisboa.
- Vincent, C., Burnett, S., & Carthey, J. (2014). *Safety measurement and monitoring in healthcare: a framework to guide clinical teams and healthcare organisations in maintaining safety*. *BMJ Quality & Safety*, 23(8), 670–677. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2013-002757>
- Weaver, S. J., Lubomski, L. H., Wilson, R. F., Pfoh, E. R., & Martinez, K. A. (2013). *Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review*. *Annals of Internal Medicine*, 158(5 Pt 2), 369–374. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002>
- World Health Organization. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030*. Disponível em: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/a28c34c0-089c-4f5d-a0b1-5d9c35a3cd67/content>
- Wu, A. W. (2000). Medical error: The second victim. *BMJ*, 320(7237), 726–727. <https://www.bmj.com/content/320/7237/726>
- Wu, A. W., Boyle, D. J., Wallace, G., & Mazor, K. M. (2021). Disclosure of adverse events in the United States and Canada: An update and a call to action. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(5), 298–307.

# PND 2026

---



---

## **Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios 15 Fevereiro 2026**

*“Surgical Safety, Start With Us”*

---

As Coordenadoras Nacionais do PND 2026  
**Filomena Postiço, Helena Ribeiro, Odete Monteiro, Sandrina Fernandes**

---

A AESOP assinala, a 15 de fevereiro de 2026, o Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios (PND), promovido pela *European Operating Room Nurses Association* (EORNA), sob o lema **“Surgical Safety, Start With Us”**.

A Segurança Cirúrgica é um eixo central da qualidade em saúde e um compromisso coletivo das equipas perioperatórias. Liderança, comunicação eficaz, trabalho em equipa, práticas baseadas na evidência e gestão do risco são exemplos determinantes para a prevenção de eventos adversos e para a melhoria dos resultados em saúde. Neste contexto, o lema do PND 2026 reforça uma mensagem clara: **a segurança começa em cada profissional, em cada decisão e em cada prática**.

No âmbito do PND 2026, a AESOP promove a **divulgação de projetos inovadores em formato PITCH**, desenvolvidos por enfermeiros perioperatórios, que evidenciem ideias, intervenções ou projetos de melhoria diretamente relacionados com a Segurança Cirúrgica. Estes projetos devem ser exequíveis, sustentados na

evidência científica e passíveis de replicação noutros blocos operatórios, valorizando o contributo das equipas para uma prática mais segura e de maior qualidade.

Todos os projetos submetidos serão avaliados por um júri, de acordo com critérios previamente definidos, sendo os três melhores *PITCH* distinguidos e convidados a apresentar os seus trabalhos no XXII Congresso Nacional da AESOP, bem como a publicá-los na revista da Associação.

O PND 2026 constitui uma oportunidade para dar visibilidade ao trabalho desenvolvido nos blocos operatórios, fortalecer a cultura de segurança e incentivar a partilha de boas práticas entre profissionais e instituições. A AESOP convida todos os enfermeiros perioperatórios a participarem ativamente nesta iniciativa e a mostrarem que a Segurança Cirúrgica começa connosco.

Para mais informação consulte o site da [AESOP](#): #EPND2026, #AESOP\_ENF, #ENFERMAGEMPERIOPERATORIA e #SurgicalSafetyStartsWithUs



# PRÁTICA RECOMENDADA

---



---

**Prevenção de Lesões  
por Pressão na Pessoa em  
Situação Perioperatória**

---

Já se encontra disponível no site da AESOP a **Prática Recomendada AESOP: Prevenção de Lesões por Pressão na Pessoa em Situação Perioperatória.**

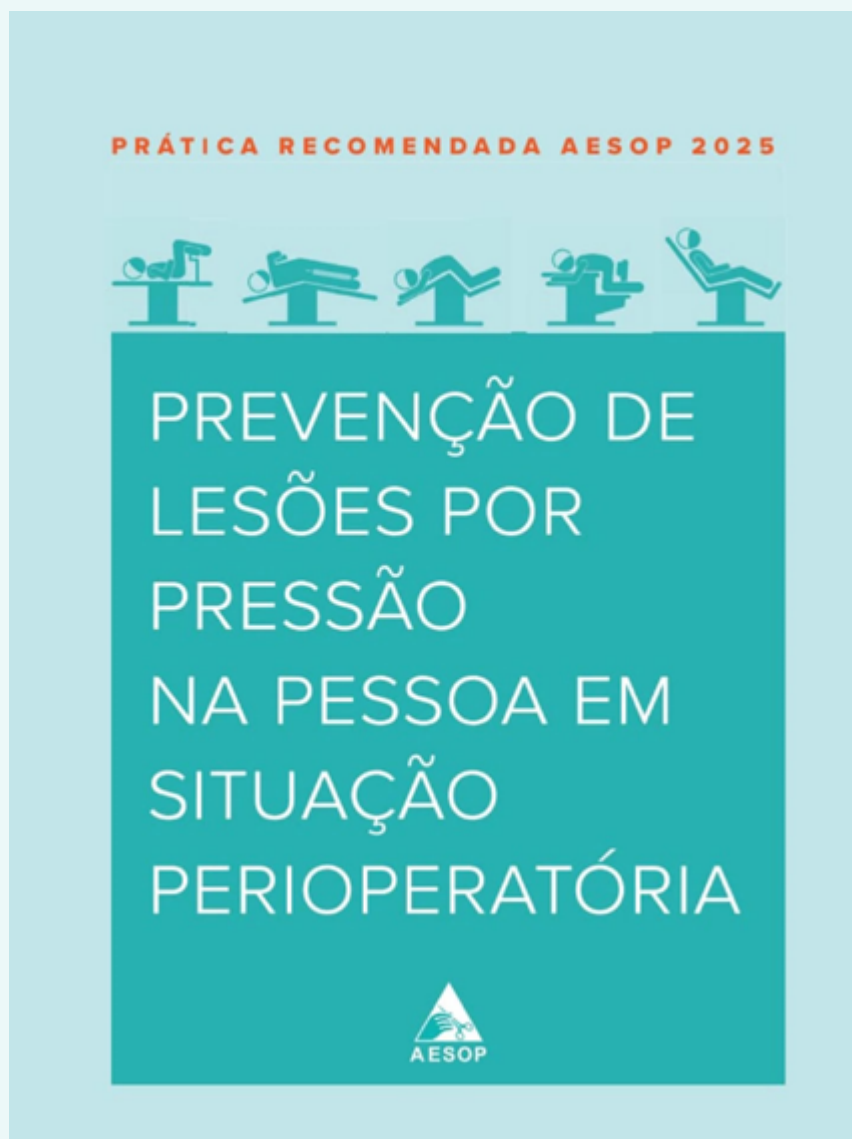
Este referencial para os enfermeiros perioperatórios, foi o resultado do trabalho de um grupo de peritos e dos contributos resultantes da consulta pública.

Neste documento estão disponíveis vários contributos que ajudarão na tomada de decisão clínica, com a implementação de práticas baseadas em evidência científica e recomendações específicas para os diferentes tipos de cirurgia e perfis de risco.

Conheça o documento na íntegra através do link <https://aesop-enfermeiros.org/pdfs/aesop-pratica-recomendada-v2/>.

Convidamos todos os profissionais a consultar, partilhar e integrar esta Prática Recomendada na sua atuação diária, reforçando o compromisso com a segurança, o resultado e qualidade dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

**Porque prevenir é cuidar com inteligência. Obrigado por fazerem parte desta construção coletiva com a AESOP!**



---

# DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

---



---

**Intervenções do enfermeiro  
especialista em Enfermagem  
Perioperatória na prevenção  
de lesões por pressão no  
intraoperatório**

---

**Autor(es/as):****Gomes, F.J.**

Master's Student the area of Perioperative Nursing. Egas Moniz School of Health and Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal. 118568@alunos.egasmoniz.edu.pt. 964357141

**Antunes, A.V.**

Coordinate Professor. Nursing Department. Egas Moniz Center for Interdisciplinary Research (CiiEM), Egas Moniz School of Health & Science, Caparica, 2829-511 Almada, Portugal

**RESUMO****Objetivo:**

Identificar as intervenções de enfermagem para a prevenção de lesões por pressão em utentes adultos no intraoperatório.

**Método:**

Trata-se de uma revisão da literatura e um estudo secundário, para a qual os dados foram coletados nas bases: CINAHL, Cochrane, LISTA, MedicLatina e MEDLINE. Foram incluídos artigos em inglês, português e espanhol, relacionados à temática de investigação. Utilizou-se uma análise temática para tratamento dos dados.

**Resultados:**

Com base na análise das 11 publicações que compuseram o corpus deste estudo, foram elencadas duas categorias: a) intervenções tecnológicas; b) educativas.

**Conclusão:**

As intervenções tecnológicas para prevenir lesões por pressão no intraoperatório incluíram colchões que distribuem a pressão, dispositivos específicos para reduzir a pressão, instrumentos validados para avaliar o risco de lesão em utentes cirúrgicos, superfícies de apoio para aliviar a pressão corporal ou o uso de dispositivos médicos.

Já as intervenções educativas englobaram a implementação de protocolos, treinos e o uso de simulações realísticas, não só aos profissionais de saúde, mas como à família.

**Palavras-chave:**

Enferm\*. Lesão por pressão. Intraoperatório

**ABSTRACT****Objective:**

To identify nursing interventions for the prevention of pressure injuries in adult intraoperative patients.

**Method:**

This is an integrative literature review and a secondary study, with data collected from the following databases: CINAHL, Cochrane, LISTA, MedicLatina, and MEDLINE. Articles were included if they were published in English, Portuguese, or Spanish, related to the research theme. Thematic analysis was used for data processing.

**Results:**

Based on the analysis of the 11 publications that comprised the study corpus, two categories were identified: a) technological interventions; b) educational interventions.

**Conclusion:**

Technological interventions to prevent pressure injuries in the intraoperative setting included pressure-distributing mattresses, devices designed to reduce pressure, validated tools for assessing the risk of injuries in surgical patients, and support surfaces to alleviate pressure from body weight or medical devices. Educational interventions included the implementation

of protocols, training programs, and realistic simulations aimed not only at healthcare professionals but also at the families.

**Keywords:**

**Nurs\*. Pressure injury. Intraoperative.**

## INTRODUÇÃO

A lesão por pressão (LP), também denominada úlcera por pressão (UP), corresponde a uma lesão cutânea decorrente da pressão prolongada sobre a pele, e/ou nos tecidos subjacentes, frequentemente associada à imobilidade ou pressão excessiva, por ação de forças como cisalhamento e/ou fricção. Ocorre sobretudo em áreas de proeminências ósseas, como calcanhares, sacro, cotovelos e região occipital, podendo ainda relacionar-se com o uso de dispositivos médicos<sup>1</sup>. A pressão contínua superior a 32 mmHg compromete a circulação sanguínea local, reduzindo a oxigenação e a nutrição tecidual, o que favorece a isquemia, necrose celular e subsequente formação de úlceras<sup>2,3</sup>. A sua classificação varia de categoria I a IV, de acordo com a profundidade e extensão da lesão<sup>4</sup>.

O bloco operatório constitui um contexto de elevada complexidade, onde são realizados procedimentos anestésico-cirúrgicos e no qual os utentes apresentam elevado risco de desenvolvimento de LP, sobretudo em cirurgias prolongadas. Durante o intraoperatório, fatores como imobilidade, posicionamento cirúrgico, duração do procedimento e utilização de dispositivos médicos aumentam a vulnerabilidade do utente, em especial nos casos em que é submetido a anestesia geral<sup>5</sup>.

Esta técnica anestésica provoca perda de consciência, relaxamento muscular e diminuição da perfusão tecidual, reduzindo a capacidade do utente de perceber desconforto ou mudar de posição, o que

aumenta o risco de lesões por pressão.

Em oposição à anestesia geral, as técnicas loco-regionais preservam parcialmente a função motora e sensorial, permitindo que o utente mantenha alguma capacidade de movimento e percepção. Esta preservação reduz significativamente o risco associado à perda total de sensibilidade e mobilidade que ocorre com a anestesia geral.<sup>6,7</sup>

De acordo com a evidência científica, determinados tipos de cirurgia e posicionamentos cirúrgicos apresentam maior risco de desenvolvimento de LP. Cirurgias prolongadas da região abdominal, torácica e ortopédica, associadas ao decúbito dorsal, litotomia e pronação, destacam-se como situações críticas, pela combinação de pressão contínua sobre as proeminências ósseas, o tempo anestésico-cirúrgico alargado e a necessidade de dispositivos de imobilização<sup>8,9,10</sup>. Fatores adicionais como cisalhamento, fricção, humidade, instabilidade hemodinâmica, alterações da perfusão e uso inadequado de suportes também contribuem para a ocorrência de LP<sup>1,9</sup>.

As LP acarretam consequências físicas e emocionais significativas, como dor intensa, atraso na cicatrização, maior risco de complicações e aumento do tempo de internamento. Neste âmbito, a atuação do enfermeiro especialista é fundamental, pois compete-lhe garantir a segurança e o conforto do utente, através da implementação de estratégias preventivas eficazes, como o posicionamento adequado, a monitorização contínua das áreas de risco e a utilização criteriosa de dispositivos de alívio de pressão<sup>11</sup>. Apesar destas medidas, a incidência de LP no perioperatório continua a ser relevante: em Portugal, um estudo revelou que 25% dos utentes apresentaram LP no pós-operatório imediato, enquanto no Brasil, uma investigação com 239 utentes submetidos a cirurgias eletivas identificou que 37,7% das lesões estavam relacionadas com o

posicionamento cirúrgico, sobretudo em categoria I e localizadas no sacro e calcâneos<sup>12,13</sup>.

Face a esta problemática, o presente estudo tem como objetivo identificar as estratégias e medidas preventivas utilizadas pelos enfermeiros na prevenção de lesões por pressão no intraoperatório em adultos submetidos a cirurgia sob anestesia geral.

## METODOLOGIA

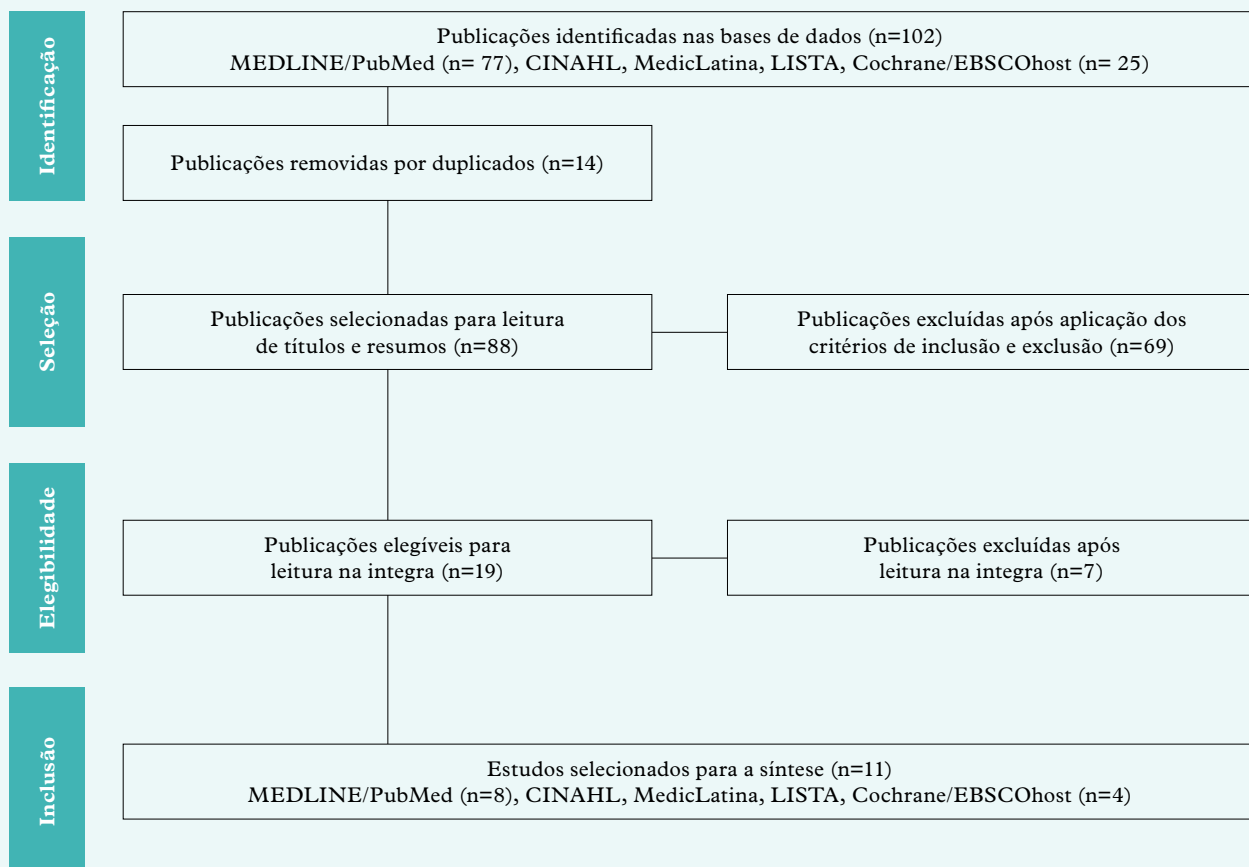
Nesta revisão *scoping* utilizou-se a metodologia do Joanna Briggs Institute (JBI), seguindo as orientações PRISMA, com o objetivo de identificar a evidência científica sobre as intervenções do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória na prevenção de LP no intraoperatório.

A pergunta de investigação definida foi: “Quais as intervenções de enfermagem eficazes para a prevenção de LP no intraoperatório?”.

A pesquisa foi realizada nas bases de dados CINAHL, Cochrane, LISTA, MedicLatina e MEDLINE (via PubMed), utilizando descritores MeSH e DeCS: (*Nurs\**), (Pressure Sore OR Pressure Ulcer OR Pressure Injury), (Intraoperative OR Intra-operative), combinados pelos operadores booleanos AND e OR<sup>14</sup>.

Foram incluídos estudos quantitativos e qualitativos publicados em inglês, português e espanhol, entre 2014 e 2024, envolvendo adultos sob anestesia geral. No total, 11 publicações foram selecionadas. O processo de seleção encontra-se descrito no fluxograma PRISMA (Figura 1).

**Figura 1.** Fluxograma referente ao processo de seleção dos estudos (JBI, 2015).



Os artigos foram classificados de acordo com os níveis de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt, que distinguem evidência forte (níveis I-II), moderada (III-V) e fraca (VI-VII)<sup>15</sup>.

Do ponto de vista ético, não houve necessidade de submissão a comissão de ética, uma vez que o estudo se baseou em literatura já publicada. Ainda assim, foram respeitados os princípios de rigor científico, integridade e reconhecimento adequado das fontes.

## RESULTADOS

Foram selecionados 11 artigos para a extração de dados, conforme a síntese apresentada no Quadro 1. Desses, a grande

maioria (10) foi publicada na língua inglesa, com uma distribuição notável nos anos de 2019 (3 publicações), 2020 (2 publicações) e 2024 (2 publicações). Em relação ao delineamento dos estudos, apesar da diversidade nas perspectivas e metodologias, destaca-se a predominância de estudos de coorte (2), que foram classificados com nível de evidência II (5 artigos), indicando um grau moderado de robustez nas conclusões. A análise dos estudos permitiu categorizar as intervenções em dois tipos: educativas (2) e tecnológicas (10), conforme o quadro seguinte (Quadro 2). Observou-se que ambas demonstraram eficácia na redução de LP durante o período intraoperatório. Esses resultados destacam a importância de estratégias combinadas para a prevenção dessas lesões.

**Quadro 1.** Síntese dos artigos incluídos neste estudo.

Autor, ano e país	Objetivo	Tipo de estudo e amostra	Nível de evidência	Conclusões
(Joseph, J., et al, 2019) EUA	Avaliar o efeito de um sistema de sobreposição de pressão alternada.	Estudo de coorte; 100 utentes de um centro cirúrgico submetidos a procedimentos neurocirúrgicos.	IV	Nenhum dos utentes desenvolveu LP no perioperatório.
(Yang, T., Shin, S., 2020) Coreia do Sul	Examinar como o uso de um curativo de espuma de silicone macio afeta o desenvolvimento de LP.	Estudo randomizado controlado; 64 utentes de um centro cirúrgico submetidos a cirurgia da coluna vertebral	II	Menor incidência de lesões por pressão imediatamente após a cirurgia, na região torácica e crista ilíaca.
(Yoshimura, M., et al., 2018) Japão	Comparação da eficiência do penso de espuma de silicone macio profilático e penso de filme de poliuretano.	Estudo prospetivo e comparativo de centro duplo e controlado; 100 utentes de um centro cirúrgico submetidos a cirurgia da coluna vertebral	II	Penso de espuma de silicone macio foram mais eficazes na prevenção de LP do que os penso de filme de poliuretano.
(Guo, Y., et al., 2019) China	Evidenciar a eficácia do posicionamento em dorsal curvilínea.	Estudo prospetivo randomizado controlado; 104 utentes de um centro cirúrgico	III	Reduz significativamente a incidência de LP em cirurgias superiores a três horas, especialmente na região sagrada e calcânhares.
(Strauss, S., et al., 2020) Suécia	Avaliação do efeito de curativos de espuma de silicone colocados no pré-operatório na região sagrada.	Estudo antes e depois não controlado; 300 utente de um centro cirúrgico, submetidos a cirurgias cardíaca	III	Penso multicamadas anisotrópicos na região sagrada reduzem o risco de L, protegendo a pele e minimizando a deformação dos tecidos.
(Bates-Jensen, B.M., et al., 2024) EUA	Determinar se as medidas de humidade subepidérmica ajudam a detetar e prevenir LP no intraoperatório.	Ensaio clínico randomizado controlado; 187 utentes submetidos a cirurgias em posição dorsal.	II	Menos LP e com a aplicação correta dos penso, segundo as medidas de humidade subepidérmica.
(Kirkland-Walsh, H., et al., 2015) EUA	Comparação entre várias superfícies de apoio.	Estudo descritivo, quantitativo e comparativo; 51 utentes de um centro hospitalar.	IV	A almofada de assento estático insuflada a ar oferece a melhor redistribuição de pressão na região sagrada.
(Wang, F., et al., 2021) China	Avaliar a aplicação do penso de espuma comum de silicone macio.	Estudo observacional, controlado; 106 utentes críticos internados numa unidade de cuidados intensivos.	III	O penso pode reduzir LP em utentes críticos, aumentando o conforto e a satisfação da equipa de enfermagem.
(Yoshimura, M., et al., 2019) Japão	Clarificar a incidência, identificar os fatores de risco para as LP e determinar a eficácia do uso do penso de silicone macio, multicamadas.	Estudo de coorte retrospectivo de duplo centro; 80 utentes com índice de massa corporal elevado submetidos a cirurgia da coluna em decúbito ventral.	IV	Preveniu o desenvolvimento de LP em utentes com valores de índice de massa corporal elevados.
(Perrenoud, B., Maravic, P., & Delphy, P., 2023) Suíça	Promover melhores práticas na prevenção de LP no intraoperatório.	Projeto; 227 profissionais e 64 utentes em cirurgias com posicionamento dorsal.	II	Promoveu a prevenção de LP no período perioperatório
(Yang, X., & Huang, X., 2024) China	Investigar o impacto da enfermagem orientada para objetivos e baseada nas evidências na prevenção de LP.	Ensaio clínico randomizado e controlado; 380 utentes submetidos a cirurgias ortopédicas e enfermeiros.	II	Menor incidência de LP e maior satisfação da equipa de enfermagem.

**Quadro 2.** Síntese da classificação das intervenções dos artigos incluídos neste estudo.

Autor e ano	Intervenção	Tipo de intervenção
(Joseph, J., et al, 2019)	Superfície de suporte de redistribuição de pressão de baixo perfil	Tecnológica
(Yang, T., Shin, S., 2020)	Intervenção tecnológica: Penso de espuma de silicone macio profilático	Tecnológica
(Yoshimura, M., et al., 2018)	Intervenção tecnológica: Penso de espuma de silicone macio profilático e penso de filme de poliuretano	Tecnológica
(Guo, Y., et al., 2019)	Intervenção tecnológica: Posicionamento em dorsal curvilíneo	Tecnológica
(Strauss, S., et al., 2020)	Intervenção tecnológica: Penso de espuma de silicone multicamadas anisotrópicas na região sagrada	Tecnológica
(Bates-Jensen, B.M., et al., 2024)	Medição de humidade Subepidermal através da aplicação de um penso de espuma multidimensional flexível na região da face, peito e cristas ilíacas	Tecnológica
(Kirkland-Walsh, H., et al., 2015)	Superfícies de apoio	Tecnológica
(Wang, F., et al., 2021)	Penso de espuma comum de silicone macio	Tecnológica
(Yoshimura, M., et al., 2019)	Penso de silicone macio, multicamadas.	Tecnológica
(Perrenoud, B., Maravic, P., & Delpy, P., 2023)	Projecto de melhoria com intervenções educativas e tecnológicas	Educativa e Tecnológica
(Yang, X., & Huang, X., 2024)	Intervenções educativas em enfermagem baseada na evidência em prevenção de lesões por pressão perioperatório	Educativa

## DISCUSSÃO

O cuidado no período perioperatório é determinante para prevenir complicações e garantir uma recuperação segura no pós-operatório. Entre as complicações mais relevantes, destacam-se as LP, cuja prevenção exige estratégias específicas e sustentadas em evidência científica. Neste contexto, identificaram-se duas grandes categorias de intervenções eficazes: **tecnológicas** e **educativas**, ambas com impacto significativo na prática de enfermagem perioperatória, uma vez que permitem não só reduzir a incidência de LP, mas também otimizar a qualidade assistencial e promover a segurança do utente ao longo de todo o processo cirúrgico.

As **intervenções tecnológicas** englobam estratégias relacionadas com o posicionamento cirúrgico, superfícies de apoio, sistemas especializados e dispositivos protetores. Neste âmbito, o posicionamento adequado assume papel central, pois além de facilitar o procedimento, assegura o

alinhamento corporal e reduz a pressão exercida sobre as proeminências ósseas, minimizando o risco de LP<sup>16</sup>. Guo et al. (2019) evidenciam que o posicionamento em decúbito dorsal curvilíneo é particularmente eficaz em cirurgias prolongadas (superiores a 3 horas sob anestesia geral), por promover uma redistribuição uniforme da pressão, sobretudo nas regiões do sacro e dos calcanhares, áreas frequentemente afetadas por LP<sup>17</sup>.

Outros recursos relevantes incluem o uso de suportes, acolchoamentos e superfícies especializadas de redistribuição de pressão. Esses recursos ajudam a controlar a pressão, reduzir o cisalhamento e o atrito nos tecidos, além de manter o microclima e desempenhar outras funções terapêuticas necessárias<sup>18</sup>.

Estudos apontam que sistemas como o de pressão alternada, utilizados em cirurgias neurológicas em posição dorsal, promovem o alívio dinâmico da pressão ao alternar o enchimento de módulos insufláveis, prevenindo LP em situações onde a mobilização intraoperatória é limitada.

Esse sistema utiliza pequenos módulos insufláveis dispostos em fileiras alternadas, que são insufladas periodicamente para proporcionar alívio de pressão localizado nas áreas de contato com a superfície, enquanto suportam outras regiões<sup>19</sup>.

Na mesma linha, Kirkland-Walsh et al. (2015) compararam diferentes superfícies cirúrgicas, identificando a imersão em fluido como a mais eficaz na redução da pressão média, adaptando-se ao formato corporal e prevenindo concentrações excessivas de força em áreas críticas. A almofada insuflável estática, apesar de resultados ligeiramente inferiores, também apresentou benefícios relevantes, aumentando a área de contato da pele e reduzindo a pressão localizada<sup>20</sup>.

As coberturas protetoras, em especial as de espuma de silicone, têm sido amplamente estudadas pela sua eficácia preventiva e segura<sup>21,22</sup>. Estas promovem redução do atrito e cisalhamento, melhoram a oxigenação tecidual, regulam a temperatura local, evitam hemorragias, dor, reduzem o edema, aceleram a cicatrização e contribuindo para manter a integridade cutânea<sup>23,24,25</sup>.

Estudos em cirurgias cardíacas evidenciaram uma redução da incidência de lesões por pressão profundas na região sacral, com manutenção destes resultados ao longo de 24 meses, sustentada por um programa contínuo de implementação, monitorização e auditoria da adesão ao protocolo de aplicação do penso de silicone<sup>22</sup>. Em utentes idosos, a aplicação destas coberturas resultou não só em menor incidência de LP, mas também em maior conforto e satisfação dos utentes<sup>21,22</sup>.

Yang e Shin (2020), num estudo realizado na Coreia do Sul, demonstraram que a aplicação profilática dessas coberturas em áreas de maior risco durante neurocirurgias reduziu significativamente a ocorrência de LP, especialmente na região do peito e crista ilíaca, reforçando a sua aplicabilidade

em contextos de elevada vulnerabilidade<sup>26</sup>. Estudos recentes também destacam a eficácia da combinação de coberturas com medidas de avaliação de humidade subepidérmica, que permitem a deteção precoce de alterações tecidulares subclínicas não identificáveis por inspeção visual, bem como a implementação de reposicionamentos sistemáticos durante o período intraoperatório para mitigar a pressão contínua sobre proeminências ósseas. Em conjunto, estas estratégias ampliam substancialmente o valor preventivo das intervenções adotadas<sup>27,28</sup>.

Por outro lado, os filmes de poliuretano têm sido avaliados como alternativa, mas revelam limitações relevantes em comparação com as espumas de silicone, especialmente, em posição dorsal e em utentes com índice de massa corporal elevado<sup>29</sup>. Apesar de úteis em situações de baixo risco, demonstraram menor eficácia na redistribuição de pressão e na proteção contra forças de cisalhamento, sendo considerados menos vantajosos em cirurgias prolongadas ou em utentes com fatores de risco acrescidos<sup>18,28</sup>.

De forma geral, as evidências reforçam que a abordagem multifacetada, combinando posicionamento adequado, superfícies de redistribuição de pressão e as coberturas protetoras, é mais eficaz do que a aplicação isolada de uma única intervenção. Além dos benefícios clínicos, alguns estudos demonstraram impacto económico positivo, nomeadamente pela redução da incidência de LP e consequente diminuição dos custos associados ao tratamento destas lesões<sup>21,22, 29</sup>.

Além das tecnologias, as **intervenções educativas** dirigidas à equipa cirúrgica mostraram-se igualmente essenciais. Os enfermeiros, pela proximidade ao utente e o papel central no bloco operatório, destacam-se na identificação de fatores de risco, na aplicação de escalas de avaliação e na implementação de medidas preventivas.

Programas de formação adicionais aumentam a confiança e o compromisso dos profissionais na prevenção de LP<sup>30,31</sup>.

Um estudo realizado na Suíça demonstrou a eficácia de abordagens combinadas de formação, incluindo workshops práticos sobre dispositivos de alívio de pressão e técnicas de posicionamento, complementados por módulos de e-learning. O apoio contínuo de enfermeiros formadores, através de visitas semanais às equipas, foi considerado determinante para a consolidação de práticas preventivas e incentivar uma cultura de conscientização sobre a importância da prevenção de LP na rotina perioperatória<sup>28</sup>.

Yang e Huang (2024) acrescentam a importância de envolver também os utentes e seus familiares no processo educativo, integrando-os no plano de cuidados. A sensibilização sobre nutrição, mobilização e monitorização de risco contribuiu para maior adesão às medidas preventivas no pré e pós-operatório, reforçando um modelo de corresponsabilidade no cuidado<sup>30</sup>.

Em síntese, os dados analisados evidenciam que as intervenções tecnológicas (posicionamento cirúrgico, superfícies especializadas, coberturas de proteção e sistemas de monitorização) e as intervenções educativas (capacitação da equipa multidisciplinar, apoio contínuo e envolvimento do utente e da família) complementam-se na prevenção de LP no intraoperatório<sup>17,18,20,21,28</sup>. A conjugação destas estratégias, baseada em evidência científica, promove não só a segurança e o conforto do utente, mas também a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem e a sustentabilidade dos serviços de saúde<sup>22,27</sup>.

## CONCLUSÃO

A prevenção de LP no contexto perioperatório requer do enfermeiro especialista, uma abordagem multifatorial, que articule o uso de tecnologias com intervenções educativas. Dispositivos específicos, como sistemas de redistribuição de pressão e coberturas de espuma de silicone, revelam-se recursos importantes para reduzir riscos em procedimentos prolongados, sobretudo em utentes com maior vulnerabilidade. Paralelamente, as estratégias educativas, incluindo o ensino teórico e prático, simulações e suporte contínuo, parecem contribuir para uma maior sensibilização das equipas multidisciplinares e para o desenvolvimento de competências alinhadas com práticas baseadas na evidência. A combinação destas medidas poderá favorecer não só a diminuição da incidência de LP, mas também ganhos ao nível da segurança do utente, da eficiência operacional e da satisfação dos profissionais e dos utentes. O envolvimento destes últimos, assim como o das famílias, no processo educativo, pode reforçar a corresponsabilidade no cuidado e potenciar melhores resultados clínicos. Assim, este estudo atinge o seu objetivo ao identificar estratégias promissoras na prevenção de LP, que poderão refletir-se em avanços na qualidade dos cuidados de saúde.

No entanto, o mesmo apresenta limitações, como a falta de pesquisas com alto nível de evidência sobre cuidados de enfermagem no intraoperatório e a maioria das investigações focaram-se em outros cenários. Além disso, a ausência de cálculo prévio da amostra compromete a generalização dos resultados, e a escassez de estudos portugueses sobre o tema dificulta a compreensão da realidade hospitalar no país.

**REFERÊNCIAS  
BIBLIOGRÁFICAS**

1. Haesler, E. (Ed.). (2019). Prevention and treatment of pressure ulcers/injuries: Clinical practice guideline. *The international guideline*. European Pressure Ulcer Advisory Panel, National Pressure Injury Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance.
2. Lopes, C. M. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24, e2704. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>.
3. Scott, S. M. (2016). Creating a strategic plan for perioperative pressure ulcer prevention. *AORN Journal*, 103(4), P13–P14. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(16\)30017-5](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(16)30017-5).
4. Edsberg, L.; Black, J.; Goldberg, M.; McNichol, L.; Moore, L.; Sieggreen, M. (2016) Revised National Pressure Ulcer Advisory Panel Pressure Injury Staging System - Revised Pressure Injury Staging System. *J Wound Ostomy Continence Nurs*. 43(6):585-597. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27749790/>.
5. Medeiros, A. C., & Araújo-Filho, I. (2017). Centro cirúrgico e cirurgia segura. *Journal of Surgical and Clinical Research*, 8(1), 77–105. <https://doi.org/10.20398/jscr.v8i1.13037>.
6. Tura, I., Arslan, S., Türkmen, A., & Erden, S. (2023). Assessment of the risk factors for intraoperative pressure injuries in patients. *Journal of Tissue Viability*, 32(3), 349–354.
7. Khong, B. P. C., Goh, B. C., Phang, L. Y., & David, T. (2020). Operating room nurses' self-reported knowledge and attitude on perioperative pressure injury. *International Wound Journal*, 17(3), 455–465. <https://doi.org/10.1111/iwj.13305>.
8. Engels, D., Austin, M., McNichol, L., & Fencl, J. (2016). Pressure ulcers: Factors contributing to their development in the OR. *AORN Journal*, 103(3), 271–281. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.12.003>.
9. Cox, J. (2017). Pressure injury risk factors in adult critical care patients: A review of the literature. *Ostomy/Wound Management*, 63(11), 30–43.
10. Gao, L., Yang, L., Li, X., Chen, J., Du, J., & Yang, H. (2018). Risk factors for intraoperative pressure ulcers in surgical patients. *Int J Clin Exp Med*, 11(7), 7429–7435[AA1].
11. Paul, R., McCutcheon, S. P., Tregarthen, J. P., Denend, L. T., & Zenios, S. A. (2014). CE: Sustaining pressure ulcer best practices in a high-volume cardiac care environment. *American Journal of Nursing*, 114(8), 34–44. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000453041.16371.16>
12. Oliveira, S. C., & Sousa, B. J. N. (2024). Lesão por pressão no posicionamento cirúrgico: Evidências para o cuidado. *Feridas (Edição Brasileira)*, 12(62), 2283–2292. <https://doi.org/10.36489/feridas.2024v12i62p2283-2292>.
13. Buso, F. D. S., Ferreira, M. B. G., Felix, M. M. S., Galvão, C. M., Barichello, E., & Barbosa, M. H. (2021). Lesão por pressão decorrente do posicionamento cirúrgico e fatores associados. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE00642. <https://doi.org/10.37689/acta-ape00642>.
14. Peters, M. D. J., Marnie, C., Tricco, A. C., Pollock, D., Munn, Z., Alexander, L., McInerney, P., Godfrey, C. M., & Khalil, H. (2020). Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. *JBI Evidence Synthesis*, 18(10), 2119–2126. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167>.
15. Melnyk, B. M., & Fineout-Overholt, E. (2015). *Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice (3ª ed.)*. Wolters Kluwer Health.
16. Oliveira, H. M. B. S., Santos, A. M. J. F., Madeira, M. Z. A., Andrade, E. M. L. R., & Silva, G. R. F. (2019). Risk assessment for the development of perioperative lesions due to surgical positioning. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 40(spe), e20180114. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180114>.
17. Guo, Y., Zhao, K., Zhao, T., Li, Y., Yu, Y., & Kuang, W. (2019). The effectiveness of curvilinear supine position on the incidence of pressure injuries and interface pressure among surgical patients. *Journal of Tissue Viability*. <https://doi.org/10.1016/j.jtv.2019.02.005>.
18. Yoshimura, M., Ohura, N., Tanaka, J., Ichimura, S., Kasuya, Y., Hotta, O., ... Suzuki, N. (2018). Soft silicone foam dressing is more effective than polyurethane film dressing for preventing intraoperatively acquired pressure ulcers in spinal surgery patients: The Border Operating room Spinal Surgery (BOSS) trial in Japan. *International Wound Journal*, 15(2), 188–197. <https://doi.org/10.1111/iwj.12696>.
19. Joseph, J., McLaughlin, D., Darian, V., Hayes, L., & Siddiqui, A. (2019). Alternating Pressure Overlay for Prevention of Intraoperative Pressure Injury. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 46(1), 13–17. doi:10.1097/won.0000000000000000

20. Kirkland-Walsh, H., Teleten, O., Wilson, M., & Raingruber, B. (2015). Pressure mapping comparison of four OR surfaces. *AORN Journal*, 102(1), 61.e1–61.e9. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2015.05.012>.
21. Wang, F., Gan, X., Zhou, X., Shen, Y., Zhang, R., Hong, S., Tang, D., Li, S., & Shi, Z. (2021). [Retracted] Application of self-adhesive soft silicone common foam dressing in reducing intraoperative pressure ulcers in elderly ICU patients. *Computational and Mathematical Methods in Medicine*, 2021(4482201), 6 pages. <https://doi.org/10.1155/2021/4482201>
22. Strauss, S., Preston, A., Zalman, DC., Rao, A. (2020). Silicone Foam Dressing for Prevention of Sacral Deep Tissue Injuries Among Cardiac Surgery Patients. *Wound Care Journal. Advances in skin & wound care*, 30(3).
23. Lee, J. W., & Song, K. Y. (2018). Evaluation of a polyurethane foam dressing impregnated with 3% povidone-iodine (Betafoam) in a rat wound model. *Annals of Surgical Treatment and Research*, 94(1), 1–7.
24. Razmus, I., & Bergquist-Beringer, S. (2017). Pressure ulcer risk and prevention practices in pediatric patients: A secondary analysis of data from the National Database of Nursing Quality Indicators. *Ostomy/Wound Management*, 63(2), 28–32.
25. Santamaria, N., Gerdtz, M., Kapp, S., Wilson, L., & Gefen, A. (2018). A randomised controlled trial of the clinical effectiveness of multi-layer silicone foam dressings for the prevention of pressure injuries in high-risk aged care residents: The Border III Trial. *International Wound Journal*, 15(3), 482–490.
26. Yang, T., Shin, S. (2020). Effect of Soft Silicone Foam Dressings on Intraoperatively Acquired Pressure Injuries: A Randomized Study in Patients Undergoing Spinal Surgery. *Index Wound Management & Prevention*, 66(11), 22–29.
27. Bates-Jensen, B. M., Crocker, J., Nguyen, V., Robertson, L., Nourmand, D., Chirila, E., Laayouni, M., Offendel, O., Peng, K., Romero, S. A., Fulgentes, G., & McCreath, H. E. (2024). Decreasing Intraoperative Skin Damage in Prone-Position Surgeries. *Advances in skin & wound care*, 37(8), 413–421. <https://doi.org/10.1097/ASW.0000000000000186~>.
28. Perrenoud, B., Maravic, P., & Delpy, P. (2023). Pressure injury prevention in the operating unit of a Swiss university hospital: A best practice implementation project. *JBI Evidence Implementation*, 21(1), 46–57. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000341>.
29. Yoshimura, M., Ohura, N., Santamaria, N., Watanabe, Y., Akizuki, T., & Gefen, A. (2019). High body mass index is a strong predictor of intraoperative acquired pressure injury in spinal surgery patients when prophylactic film dressings are applied: A retrospective analysis prior to the BOSS Trial. *International wound journal*, 17(3), 660–669. <https://doi.org/10.1111/iwj.13287>.
30. Thenmozhi, N., Valliammal, B., & Kiruba, J. A. (2017). A descriptive study to assess the adequacy of nursing measures carried out to minimize the pressure ulcers during peri-operative period. *International Journal of Nursing Education*, 9(3), 99–102. <https://doi.org/10.5958/0974-9357.2017.00077.0>
31. Yang, X., & Huang, X. (2024). Goal-directed, evidence-based care reduces the incidence of perioperative stress injury. *Alternative Therapies in Health and Medicine*, 30(10), 268–273

---

# DIVULGAÇÃO CIENTÍFICA

---



---

**Performance da equipa  
na sala operatória,  
que fatores a influenciam?  
Uma *Scoping Review***

---

**Autor(es/as):**

**Nuno Ferreira**

Enf.º Licenciado em Enfermagem;  
Especialista em ER. Bloco Operatório  
III do Hospital de Santa Cruz, ULSLO

**Sara Reis**

Enf.º Mestre em EMC

**Gregório Labisa**

Enf.º Licenciado em Enfermagem;  
Especialista em ER, Enf.º em funções  
de gestão. Bloco Operatório III do  
Hospital de Santa Cruz - ULSLO

**Sandra Matias**

Enf.º Licenciada em Enfermagem;  
Especialista em EMC; Enf.º  
Coordenadora. Bloco Operatório III  
do Hospital de Santa Cruz - ULSLO

**Nuno Frias**

Enf.º Mestre em Gestão, Especialista  
em ER. Bloco Operatório III do  
Hospital de Santa Cruz, ULSLO

## RESUMO

### Contextualização:

A natureza dinâmica e complexa das salas de operatórias requer equipas multidisciplinares com capacidade de adaptação dos seus cuidados, no sentido de atingirem o mesmo objetivo (Teunissen et al, 2019; Walkins & Hensley, 2023). O propósito desta revisão é mapear a evidência científica disponível, sobre os fatores que influenciam a performance das equipas na sala operatória, contribuindo para a conceptualização do tema e clarificação de estratégias acessíveis às mesmas, particularmente aos enfermeiros.

### Metodologia:

Seguindo as orientações do *Joanna Briggs Institute* (2020), realizou-se uma pesquisa na literatura científica, entre 2014 até 2024, nos idiomas de inglês, português e espanhol, segundo a mnemónica PCC, para a elaboração de *scoping reviews*, em que P (População): equipa multidisciplinar (enfermeiros); C (Conceito): performance

da equipa e C (Contexto): Bloco Operatório. Esta pesquisa foi realizada nas bases de dados *PubMed*, *Web of Science* e Plataforma *EBSCOhost*, *RCAAP* (Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal) e *Google Académico*, contendo os descritores e palavras-chave “*Operating room*”, “*perioperative nurse*”, “*performance*” e “*teamwork*”.

### Resultados:

Selecionados 35 estudos, de onde emergiram vários fatores com características determinantes para a performance das equipas na sala operatória. Estes foram identificados e categorizados da seguinte forma: fatores relacionais, pessoais, ambientais e institucionais, sendo que este último corresponde a fatores organizacionais e educacionais. A análise destes fatores permitiu clarificar a importância de uma organização que propicie a clarificação de papéis, formação dos seus elementos e feedback sistemático. A gestão adequada de cronogramas e estabilidade das equipas são fundamentais, bem como o desenvolvimento de competências não técnicas, onde a comunicação desempenha um papel-chave.

### Conclusão:

A performance das equipas é determinada pela conjugação de diversos fatores. A clarificação dos mesmos permite dotar os enfermeiros de estratégias, recursos e ferramentas que potenciam a otimização dos cuidados prestados no seio da equipa multidisciplinar, alinhados numa cultura de segurança.

### Palavras-chave:

“Bloco Operatório”, “Enfermeiro Perioperatório”, “Performance”, “Trabalho de equipa”, “Segurança”.

## ABSTRACT

### Background:

The dynamic and complex nature of operating rooms requires multidisciplinary teams capable of adapting their care practices to achieve a common goal (Teunissen et al., 2019; Watkins & Hensley, 2023). Therefore, the purpose of this review is to map the available scientific evidence on the factors that influence team performance in the operating room, contributing to the conceptualization of the topic and the clarification of strategies accessible to the team, particularly nurses.

### Methods:

Following the guidelines of the Joanna Briggs Institute (2020), a scoping review was conducted on scientific literature published between 2014 and 2024, in English, Portuguese, and Spanish. The review followed the PCC mnemonic framework: P (Population) – multidisciplinary team (nurses); C (Concept) – team performance; and C (Context) – Operating Room. The literature search was performed in the PubMed, Web of Science, and EBSCOhost databases, as well as in RCAAP (Portuguese Open Access Scientific Repository) and Google Scholar, using the descriptors and keywords: “Operating room,” “perioperative nurse,” “performance,” and “teamwork.”

### Results:

A total of 35 studies were selected, from which several key factors influencing team performance in the operating room emerged. These were identified and categorized into four groups: relational, personal, environmental, and institutional factors—the latter referring to organizational and educational aspects. The analysis of these factors highlighted the importance of organizational structures that promote role clarification, team training,

and systematic feedback. Effective schedule management and team stability are essential, as is the development of non-technical skills, with communication playing a central role.

### Conclusion:

Team performance is determined by the interplay of various factors. Clarifying these factors equips nurses with strategies, resources, and tools to optimize the care delivered within the multidisciplinary team, aligned with a culture of safety.

### Keywords:

“Operation room”, “Perioperative nurse”, “Performance”, “Teamwork”, “Security”.

## RESUMEN

### Contextualización:

La naturaleza dinámica y compleja de las salas de operación requiere equipos multidisciplinarios con capacidad de adaptación en sus cuidados, con el fin de alcanzar un objetivo común (Teunissen et al., 2019; Watkins & Hensley, 2023). Así, el propósito de esta revisión es mapear la evidencia científica disponible sobre los factores que influyen en el desempeño del equipo en el quirófano, contribuyendo a la conceptualización del tema y a la clarificación de estrategias accesibles para el equipo, en particular para los enfermeros.

### Metodología:

Siguiendo las directrices del Joanna Briggs Institute (2020), se realizó una búsqueda en la literatura científica publicada entre 2014 y 2024, en los idiomas inglés, portugués y español, conforme al marco mnemotécnico PCC para revisiones de alcance: P (Población): equipo multidisciplinario (enfermeros);

C (Concepto): desempeño del equipo; y C (Contexto): Quirófano. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Web of Science y la plataforma EBSCOhost, así como en RCAAP (Repositorio Científico de Acceso Abierto de Portugal) y Google Académico, utilizando los descriptores y palabras clave: “*Operating room*”, “*perioperative nurse*”, “*performance*” y “*teamwork*”.

### Resultados:

Se seleccionaron 35 estudios, de los cuales surgieron varios factores con características determinantes para el desempeño del equipo en el quirófano. Estos fueron identificados y categorizados en: factores relacionales, personales, ambientales e institucionales, siendo estos últimos referentes a factores organizacionales y educativos. El análisis de estos factores permitió clarificar la importancia de una organización que facilite la definición de roles, la formación de sus miembros y la retroalimentación sistemática. La gestión adecuada de los cronogramas y la estabilidad de los equipos son fundamentales, al igual que el desarrollo de habilidades no técnicas, en las que la comunicación desempeña un papel clave.

### Conclusión:

El desempeño de los equipos está determinado por la combinación de diversos factores. Su clarificación permite dotar a los enfermeros de estrategias, recursos y herramientas que potencien la optimización de los cuidados prestados en el seno del equipo multidisciplinario, alineados con una cultura de seguridad.

---

#### Palabras clave:

“Salas de Operación”, “Enfermería de Quirófano”, “Desempeño”, “Trabajo en Equipo”, “Seguridad”.

---

## INTRODUÇÃO

O desempenho das equipas em contexto de cuidados de saúde assume-se como uma temática importante e atual, na medida em que se traduz em ganhos para a saúde, com resultados diretos sobre a satisfação dos doentes, dos profissionais e das próprias instituições.

Uma equipa pode ser definida como um conjunto identificável de dois ou mais indivíduos interagindo dentro de um contexto organizacional para alcançar um objetivo comum através de funções interdependentes e limites de tarefas específicos (Watkins & Hensley, 2023). Por sua vez, trabalho de equipa define-se como colaboração entre estes indivíduos, de forma que estejam todos alinhados para atingir o mesmo objetivo (Phitayakorn et al, 2015).

A performance das equipas encontra-se relacionada com fatores que interferem com o trabalho das mesmas (McMullan et al, 2021), verificando-se de forma particular, que os ambientes exigentes e desafiantes de bloco operatório, determinam a necessidade de clarificarmos quais são esses fatores e de que forma interferem com o desempenho da equipa multidisciplinar, onde os enfermeiros se incluem.

Relativamente à definição de performance, esta traduz-se na eficácia com que os membros da equipa cirúrgica trabalham juntos para garantir cuidados adequados durante todo o procedimento cirúrgico. Isso inclui não apenas seguir as diretrizes apropriadas, cumprindo a execução técnica dos cuidados, mas também promover a comunicação, a coordenação e a colaboração entre os membros das equipas (Phitayakorn et al, 2015).

A expressão *team performance* caracteriza o desempenho adequado de elementos talentosos, que partilham uma visão comum, que

têm oportunidade de partilhar os seus pensamentos, opiniões e que estão comprometidos uns com os outros (Sucato, 2020), prestando cuidados de alto nível, através da mobilização de habilidades técnicas, comunicacionais e interpessoais, num ambiente de compromisso, transparência e responsabilidade.

Uma elevada performance na sala operatória implica ainda que todos os membros da equipa demonstrem elevado sentido de responsabilidade, organização, num ambiente de abertura para expressarem os seus sentimentos/opiniões, com capacidade para mobilização de competências técnicas e interpessoais, com relevo para os aspetos comunicacionais, onde se preconiza uma definição clara de objetivos comuns (Phitayakorn et al, 2015; Sucato, 2020).

Estudos sugerem que erros evitáveis estão relacionados não apenas com o desempenho técnico, mas também com os aspetos interpessoais do funcionamento das equipas na sala operatória e com as práticas de trabalho (Gillespie et al, 2020; Watkins & Hensley, 2023).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho consiste em mapear a evidência científica disponível sobre os fatores que influenciam a performance das equipas na sala operatória, tendo-se definido a questão de investigação como “*Quais os fatores que influenciam a performance das equipas na sala operatória?*” como ponto de partida para esta pesquisa. Pretende-se assim clarificar que dimensões afetam o desempenho dos profissionais, caracterizar melhor este fenómeno, identificar eventuais lacunas de conhecimento e estabelecendo novos pontos de partida para uma reflexão do contributo dos enfermeiros na otimização da performance das equipas na sala operatória, e também sobre o impacto de eventuais recursos, estratégias e ferramentas na otimização dos processos de trabalho.

## METODOLOGIA

*Scoping review* elaborada segundo as recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI) (Peters et al., 2020). Para a construção da questão de investigação, utilizou-se a mnemónica “PCC” - “População”; “Conceito” e “Contexto”, **população** – Equipa multidisciplinar, nomeadamente Enfermeiros, **conceito** – Performance da equipa e **contexto** – Bloco operatório. Considerados estudos publicados nos idiomas de inglês, português e espanhol entre 2014-2024. Os descritores Decs/Mesh e palavras-chave utilizadas na pesquisa foram “*Operating room*”, “*perioperative nurse*”, “*performance*” e “*teamwork*”.

Após uma pesquisa preliminar nas bases de dados eletrónicas, realizou-se a pesquisa principal na *PubMed*, *Web of Science* e Plataforma *EBSCOhost (CINAHL Complete; Cochrane Collection Plus; Nursing & Allied Health Collection: Expanded; MEDLINE® Complete; Medic Latina)* com os descritores previamente validados e as palavras-chave identificadas, juntamente com os operadores booleanos (*AND* e *OR*), incluindo RCAAP e Google Académico. Procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos estudos, bem como do texto integral por dois revisores independentes. Em seguida, procedeu-se à análise das referências bibliográficas dos estudos incluídos, para identificação de outros estudos adicionais relevantes para a pesquisa. Para avaliação da qualidade metodológica, utilizou-se os instrumentos de análise crítica do JBI adequados a cada tipo de estudo (Peters et al., 2020), extração e discussão dos resultados.

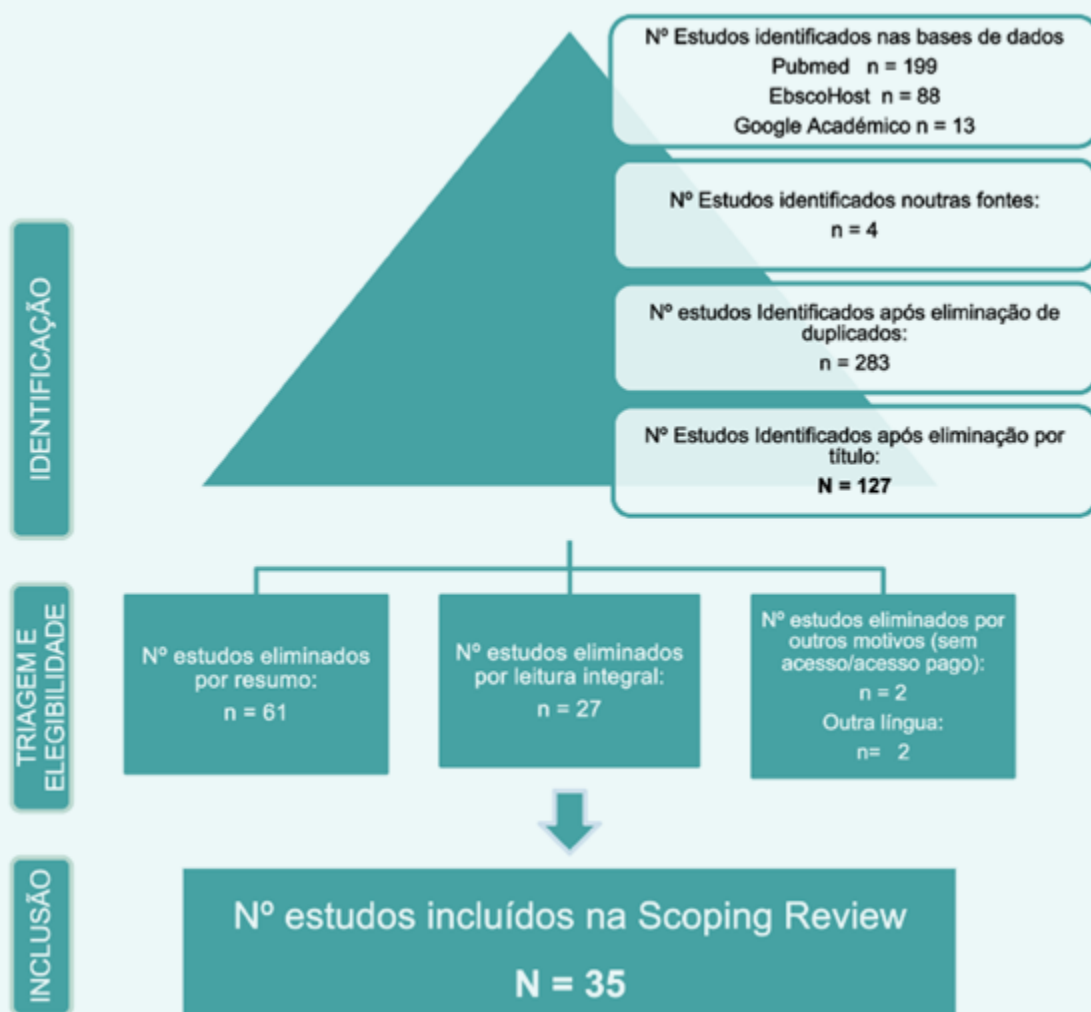
## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Após análise foram incluídos 35 artigos (Figura 1). Verificamos que 15 dos estudos selecionados são revisões de literatura, 11 dos quais revisões sistemáticas de literatura e apenas 1 ensaio clínico randomizado.

A performance da equipa é determinada pela influência de diversos fatores que atuam

de forma isolada ou combinada. Perante a ausência de uma categorização formal dos mesmos, optou-se por agrupá-los de acordo com a sua natureza/características em 5 categorias: fatores relacionais<sup>1</sup>, pessoais<sup>2</sup>, ambientais<sup>3</sup> e institucionais, sendo que este último corresponde a fatores organizacionais<sup>4</sup> e educacionais<sup>5</sup> (Figura 2).

**Figura 1.** Prisma decorrente da triagem de artigos segundo JBI (Peters et al., 2020)



1. Aveling et al, 2018; Barling et al, 2018; Chrouser et al, 2018; Sucato, 2020; Hartman et al, 2021; Poulsen et al, 2022; Witmer et al, 2022, Lia et al, 2023; Watkins & Hensley, 2023, Verhoeff et al, 2023; Soenens e tal, 2023; Pasquer et al. 2024.
2. Phitayakorn et al, 2015; Keller et al, 2020; Baty et al, 2022.
3. Wheelock et al, 2015; Singer et al., 2016; Chrouser et al, 2018; Joseph et al, 2018; Neyens et al, 2019; Fu et al, 2020; Koch et al, 2020; Gillespie et al, 2020; McMullan et al, 2021; Poulsen et al, 2022.
4. McCulloch et al, 2017; Katherine et al, 2018; Van Dalen et al, 2020; Phitayakorn et al, 2015; Baty et al, 2022; Lia et al, 2023, Pasquer et al. 2024; Watkins & Hensley, 2023; Skegg et al, 2023; Totonchilar et al, 2024; Teunissen et al, 2019; Di Renna et al, 2016.
5. McCulloch et al, 2017; Teunissen et al, 2019; Costar & Hall, 2020; Wu et al, 2022; Baty et al, 2022; Escher et al, 2023; Edwards et al, 2023.

**Figura 2.** Categorização dos fatores



**Figura 3.** Determinantes da eficácia da equipa cirúrgica.



Da análise dos artigos, apenas 3 estudos retratam fatores relacionais, explicado talvez pela escassez de instrumentos, cientificamente validados, para observação e estudo das competências não técnicas dos diferentes elementos e de que forma essas características individuais influenciam a performance das equipas.

A análise dos estudos selecionados, permitiu evidenciar vários aspetos, classificados como determinantes da eficácia das equipas cirúrgicas – Figura 3 (Phitayakorn et al, 2015; Chrouser et al, 2018; McMullan et al 2021; Hartman et al, 2021; Poulsen et al, 2022).

Como recursos/estratégias<sup>6</sup> possíveis de implementar, realçamos:

1. Briefing;
2. Debriefing;
3. Sessões de discussão em grupo;
4. Listas de verificação e listas de transferências;
5. Cronogramas;
6. Salas/Equipas dedicadas;
7. Programas de treino/Prática simulada (como por ex.: aviação, centrais nucleares);
8. Análise e gestão risco;
9. Modelo mental compartilhado.

Relativamente a ferramentas para otimização da performance das equipas, identificamos alguns exemplos (Watkins & Hensley, 2023):

1. TEAMSTEPPS<sup>7</sup>;
2. Avaliação das NTS<sup>8</sup>;
3. Instrumentos de avaliação trabalho em equipa<sup>9</sup>;
4. Mnemónicas para comunicação eficaz (ISBAR; IPASS);
5. Transferência de cuidados estruturada.

Uma equipa de sucesso pressupõe a partilha de um modelo mental comum e mobilização de competências técnicas e não-técnicas: comunicação, liderança, resiliência, capacidade de adaptação e consciência situacional. Um ambiente livre de interrupções, distrações, disrupções e perturbações, revela-se ideal para assegurar a eficácia das equipas, com segurança, respeito, colaboração, cooperação, envolvimento e apoio mútuo.

A cultura institucional determina aspetos organizacionais otimizados, clareza de princípios/valores, estabilidade das equipas, cronogramas ajustados, adequada gestão de risco e respeito pela ética profissional numa base de transparência e honestidade.

6 Autores que as referem: Boet et al, 2016; Singer et al, 2016; Costar & Hall, 2020; Van Dalen et al, 2020; Hartman et al, 2021; Watkins & Hensley, 2023; Pasquer et al, 2024; Wu et al, 2022; Edwards et al, 2023; Baty et al, 2022; Verhoeff et al, 2023.

7 *Team Strategies and Tools to Enhance Performance and Patient Safety*.

8 **NOTECHS** - *Revised Oxford Nontechnical Skills scale*; **SPLINTS** - *Scrub Practitioners List of Intra-operative Non-Technical Skills*; **ANTS** - *Anesthesiologists Non-Technical Skills*; **NOTSS** - *Non-Technical Skills for Surgeons*.

9 **OTAS** - *Objective Teamwork Assessment System*; **SOPS** - *Survey on Patient Safety Culture*; **SAQ** - *Safety Attitudes Questionnaire*; **T** - **TAQ** - *Teamwork Attitudes Questionnaire*.

## CONCLUSÕES

A realização desta *scoping review* permitiu agregar e analisar 35 estudos, que retratam a evidência científica sobre a temática da performance da equipa em contexto perioperatório, facilitando a assunção de algumas conclusões, que salientamos de seguida:

- a. A carência de estudos focados na enfermagem e de que forma é que a equipa de enfermagem, especificamente, pode melhorar a sua performance;
- b. A necessidade de clarificar quais os reais impedimentos à otimização do desempenho das equipas: questões motivacionais? questões financeiras? resistência à mudança? falta de treino de NTS? má percepção de papéis atribuídos em situações de crise? ausência de feedback?;
- c. Os fatores relacionais e pessoais tendem a otimizar a dinâmica da equipa em termos de familiaridade, segurança psicológica e partilha de modelo mental comum, no entanto, o seu compromisso pode potenciar a ocorrência de eventos adversos;
- d. As competências não técnicas, onde a comunicação se inclui, são fulcrais nos processos de trabalho eficazes, no entanto carecem de instrumentos cientificamente válidos (nomeadamente para o panorama português) que permitam a sua caracterização e monitorização.

Um aspecto pouco desenvolvido nos estudos identificados, inserido nos fatores organizacionais e que importa salientar, é a avaliação de desempenho, pois se for justa,

alinhada com os objetivos do trabalhador e enquadrada no modelo organizacional, levará a elementos mais motivados e, consequentemente, a equipas com melhores desempenhos.

No que diz respeito a dificuldades/limitações, realçamos o facto de ser um estudo muito vasto, havendo a necessidade de uma estratégia otimizada entre os diferentes autores para a análise, definição e enquadramento nos respetivos fatores de acordo com a sua natureza, que surgiram de forma dispersa nos vários estudos, dificultando o processo.

Por fim, com a realização deste estudo identificamos vários aspetos e questões importantes para a valorização e afirmação da enfermagem perioperatória, os elementos decisores das instituições/serviços poderão/deverão implementar, monitorizar, avaliar e desenvolver investigação nestas áreas pois são áreas que poderão alavancar a performance das equipas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aveling, E.-L., Stone, J., Sundt, T., Wright, C., Gino, F., & Singer, S. (2018). Factors influencing team behaviors in surgery: A qualitative study to inform teamwork interventions. *The Annals of Thoracic Surgery*, 106(1), 115-120. <https://doi.org/10.1016/j.athoracsur.2017.12.045>
- Barling, J., Aker, A., & Beiko, D. (2017). The impact of positive and negative intraoperative surgeons' leadership behaviors on surgical team performance. *The American Journal of Surgery*, 215(1), 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.07.006>
- Baty, A., Matis, T. I., & Griswold, J. (2022). A simulation study on the association of HRO communication patterns and surgical team performance. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(2), 1-6. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac028>
- Boet, S., Pigford, A.-A., Fitzsimmons, A., Reeves, S., Triby, E., & Bould, M. D. (2016). Interprofessional team debriefings with or without an instructor after a simulated crisis scenario: An exploratory case study. *Journal of Interprofessional Care*, 30(6), 717-725. <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1181616>
- Chrouser, K. L., Xu, J., Hallbeck, S., Weinger, M. B., & Partin, M. R. (2018). The influence of stress responses on surgical performance and outcomes: Literature review and the development of the surgical stress effects (SSE) framework. *The American Journal of Surgery*, 215(3), 574-580. <https://doi.org/10.1016/j.amjsurg.2017.08.017>
- Costar, D. M., & Hall, K. K. (2020). Improving team performance and patient safety on the job through team training and performance support tools: A systematic review. *Journal of Patient Safety*, 16(3S), S48-S56. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000703>
- Edwards, T. C., Soussi, D., Gupta, S., Khan, S., Patel, A., Patil, A., Liddle, A. D., Cobb, J. P., & Logishetty, K. (2023). Collaborative team training in virtual reality is superior to individual learning for performing complex open surgery. *Annals of Surgery*, 28(8), 6079. <https://doi.org/10.1097/sla.0000000000006079>
- Escher, C., Rystedt, H., Creutzfeldt, J., Meurling, L., Hedman, L., Felländer-Tsai, L., & Kjellin, A. (2023). All professions can benefit — a mixed-methods study on simulation-based teamwork training for operating room teams. *Advances in Simulation*, 8(18). <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00257-0>
- Forsyth, K. L., Hildebrand, E. A., Hallbeck, M. S., Branaghan, R. J., & Blocker, R. C. (2018). Characteristics of team briefings in gynecological surgery. *Applied Ergonomics*, 68, 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2017.10.012>
- Fu, V. X., Oomens, P., Merkus, N., & Jeekel, J. (2021). The perception and attitude toward noise and music in the operation room: A systematic review. *Journal of Surgical Research*, 263, 193-206. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2021.01.038>
- Gillespie, B. M., Gillespie, J., Boorman, R. J., Granqvist, K., Stranne, J., & Erichsen-Andersson, A. (2020). The impact of robotic-assisted surgery on team performance: A systematic mixed studies review. *Human Relations*, 73(8), 1045-1070. <https://doi.org/10.1177/0018720820928624>
- Hartman, J. A., Anderson, D. M., Ding, J., & Keech, J. C. (2022). Interprofessional veno-veno bypass simulation improved team confidence. *Surgery*, 172(4), 904-907. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2021.08.005>
- Joseph, A., Khoshkenar, A., Taaffe, K. M., Catchpole, K., Machry, H., & Bayramzadeh, S. (2019). Minor flow disruptions, traffic-related factors and their effect on major flow disruptions in the operating room. *BMJ Quality & Safety*, 28, 171-177. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2018-008320>
- Keller, S., Yule, S., Smink, D. S., Zagarese, V., Safford, S., & Parker, S. H. (2020). Episodes of strain experienced in the operating room: impact of the type of surgery, the profession and the phase of the operation. *BMC Surgery*, 20(1), 318. <https://doi.org/10.1186/s12893-020-00937-y>
- Koch, A., Burns, J., Catchpole, K., & Weigl, M. (2020). Associations of workflow disruptions in the operating room with surgical outcomes: a systematic review and narrative synthesis. *BMJ Quality & Safety*, 29(12), 1033-1045. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-010639>
- Lia, H., Mobilio, M. H., Rudzicz, F., & Moulton, C.-A. (2023). Contextualizing the tone of the operating room in practice: drawing on the literature to connect the dots. *Frontiers in Psychology*, 2:14, 1167098. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1167098>
- McCulloch, P., Morgan, L., New, S., Catchpole, K., Roberston, E., Hadi, M., Pickering, S., Collins, G., & Griffin, D. (2017). Combining systems and teamwork approaches to enhance the effectiveness of safety improvement interventions in surgery. *Annals of Surgery*, 265(1), 90-96. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001589>
- McMullan, R. D., Urwin, R., Gates, P. J., Sunderland, N., & Westbrook, J. I. (2021). Are operating room distractions, interruptions and disruptions associated with performance and patient safety? A systematic review and meta-analysis. *International Journal for Quality in Health Care*, 33(2), mزاب068. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mزاب068>

- Neyens, D. M., Bayramzadeh, S., Catchpole, K., Joseph, A., Taaffe, K., Jurewicz, K., Khoshkenar, A., Sand, D., & RIPCHD.OR Study Group. (2019). Using a systems approach to evaluate a circulating nurse's work patterns and flow disruptions. *Applied Ergonomics*, 78, 293-300. <https://doi.org/10.1016/j.apergo.2018.03.017>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., & Duclos, A. (2024). Operating room organization and surgical performance: a systematic review. *Patient Safety in Surgery*, 18(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00388-3>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Tricco, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping reviews (2020 version). In: Aromataris E, Munn Z (Editors). *JBI Manual for Evidence Synthesis*, *JBI*. Available from <https://synthesismanual.jbi.global>. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Phitayakorn, R., Minehart, R. D., Hemingway, M. W., Pian-Smith, M. C. M., & Petrusa, E. (2015). The relationship between intraoperative teamwork and management skills in patient care. *Surgery*, 158(5), 1434-1440. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.03.031>
- Poulsen, J. L., Bruun, B., Oestergaard, D., & Spanager, L. (2022). Factors affecting workflow in robotic-assisted surgery: a scoping review. *Surgical Endoscopy*, 36(12), 8713-8725. <https://doi.org/10.1007/s00464-022-09373-w>
- Singer, S. J., Molina, G., Li, Z., Jiang, W., Nurudeen, S., Kite, J. G., Edmondson, L., Foster, R., Haynes, A. B., & Berry, W. R. (2016). Relationship between operating room teamwork, contextual factors, and safety checklist performance. *Journal of the American College of Surgeons*, 223(4), 568-580.e2. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2016.07.006>
- Skegg, E., McElroy, C., Mudgway, M., & Hamill, J. (2023). Debriefing to improve interprofessional teamwork in the operating room: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(2), 123-134. <https://doi.org/10.1111/jnu.12924>
- Soenens, G., Marchand, B., Doyen, B., Grantcharov, T., Van Herzele, I., & Vlerick, P. (2023). Surgeons' leadership style and team behavior in the hybrid operating room: Prospective cohort study. *Annals of Surgery*, 278(1), E5-E12. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005645>
- Sucato, D. J. (2020). Strategies and tools to enhance team performance. *Journal of Pediatric Orthopaedics*, 40(6 Suppl 1), S25-S29. <https://doi.org/10.1097/BPO.0000000000001526>
- Tania Di Renna, Simone Crooks, Ashlee-Ann Pigford, Chantalle Clarkin, Amy B. Fraser, Alexandra C. Bunting, M. Dylan Bould & Sylvain Boet (2016) Cognitive Aids for Role Definition (CARD) to improve interprofessional team crisis resource management: An exploratory study, *Journal of Interprofessional Care*, 30:5, 582-590, DOI: <https://doi.org/10.1080/13561820.2016.1179271>
- Teunissen, C., Burrell, B., & Maskill, V. (2019). Effective surgical teams: An integrative literature review. *Western Journal of Nursing Research*, 41(1), 135. <https://doi.org/10.1177/0193945919834896>
- Totonchilar, S., Aarabi, A., Eftekhari, N., & Mohammadi, M. (2024). Examining workload variations among different surgical team roles, specialties, and techniques: a multicenter cross-sectional descriptive study. *Perioperative Medicine*, 13(1), 1. <https://doi.org/10.1186/s13741-023-00356-6>
- Van Dalen, A. S. H. M., van Haperen, M., Swinkels, J. A., Grantcharov, T. P., & Schijven, M. P. (2021). Development of a model for video-assisted postoperative team debriefing. *Journal of Surgical Research*, 257, 625-635. <https://doi.org/10.1016/j.jss.2020.07.017>
- Verhoeff, T.L.; Janssen, J.; Hietbrink, F. & Hoff, R.G. (2023). Team - and task - related knowledge in shared mental models in operating room teams: A survey study. *Heliyon*.9(6):e16990. DOI: [10.1016/j.heliyon.2023.e16990](https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2023.e16990).
- Watkins, S.C. & Hensley, N.B. (2023). Team Dynamics in the Operating Room: How Is Team Performance Optimized?. *Anesthesiology Clinics*. Vol. 41(4); P. 775-787. DOI: [10.1016/j.anclin.2023.05.004](https://doi.org/10.1016/j.anclin.2023.05.004).
- Wheelock, A., Suliman, A., Wharton, R., Babu, E., Hull, L., Vincent, C., Sevdalis, N., & Arora, S. (2015). The impact of operating room distractions on stress, workload, and teamwork. *Annals of Surgery*, 261(6), 1079-1084. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000001051>.
- Witmer, H.D.D.; Dhiman, A.; Jones, A.D.; Laffan, A.M.; Dan Adelman, D. & Turaga, K.K. (2022). A systematic review of operative team familiarity on metrics of efficiency, patient outcomes, cost, and team satisfaction. *Annals of Surgery*. Vol. 276, Nr. 6. DOI: [10.1097/SLA.0000000000005531](https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000005531).
- Wu, G., Podlinski, L., Wang, C., Dunn, D., Buldo, D., Mazza, B., Fox, J., Kostelnik, M., & Defenza, G. (2022). Intraoperative Code Blue: Improving Teamwork and Code Response Through Interprofessional, In Situ Simulation. *Jt Comm J Qual Patient Saf*, 48(12), 665-673. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2022.08.011>

# Todas as opiniões contam.

Esperamos pelo vosso feedback nas  
redes sociais ou através do nosso mail:  
[revista@aesop-enfermeiros.org](mailto:revista@aesop-enfermeiros.org) ou  
[aesop@aesop-enfermeiros.org](mailto:aesop@aesop-enfermeiros.org).

# Caros Enfermeiros Perioperatórios submetam os vossos trabalhos de investigação.

Consulte o novo regulamento em  
[https://aesop-enfermeiros.org/regulamento-  
para-a-submissao-de-artigos](https://aesop-enfermeiros.org/regulamento-para-a-submissao-de-artigos)

Mais informações sobre critérios  
de publicação, dúvidas ou publicidade,  
no site [www.aesop-enfermeiros.org](http://www.aesop-enfermeiros.org)  
ou através do mail  
[aesop@aesop-enfermeiros.org](mailto:aesop@aesop-enfermeiros.org)  
ou [revista@aesop-enfermeiros.org](mailto:revista@aesop-enfermeiros.org).

