



Escola Superior de Saúde **Norte**
CRUZ VERMELHA PORTUGUESA

**MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA
NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM
À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA**

Mariana Belinha Mendes

**BARREIRAS À IMPLEMENTAÇÃO
DE ESTRATÉGIAS DE
COMUNICAÇÃO PARA A
TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO
PERIOPERATÓRIO**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2023

**ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA**

Barreiras à Implementação de Estratégias de Comunicação para a Transição de Cuidados no Perioperatório

Relatório Final de Estágio

Mariana Belinha Mendes

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação do Professor Mestre Igor Emanuel Soares Pinto

“Todos os nossos sonhos podem tornar-se realidade, se tivermos a coragem de os perseguir”

Walt Disney

AGRADECIMENTOS

Ao longo deste percurso, foram várias as pessoas que fizeram parte dele e que me acompanharam, levando a que esta longa jornada se realizasse com sucesso.

Em primeiro lugar quero agradecer ao meu orientador, Professor Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica Igor Pinto, pela sua orientação, colaboração, compreensão, disponibilidade, sugestões e críticas construtivas, no contributo durante esta fase de aprendizagem e aquisição de novas competências.

Aos professores que contribuíram para o desenvolvimento da minha formação, enquanto enfermeira especialista, pelos ensinamentos de novas aprendizagens e competências.

À Enfermeira Marisa Gonçalves, pelo enorme profissionalismo, dedicação, apoio e pelo elevado nível de competências que enriqueceram todo o período de estágio.

A todos os enfermeiros do Bloco Operatório Central, em especial os enfermeiros da especialidade de Cirurgia Vasculor, pela forma como me acolheram e me receberam de mente aberta e se disponibilizaram a proporcionar experiências de aprendizagem, partilha e conhecimentos que me enriqueceram como pessoa e como profissional.

Aos meus colegas enfermeiros do serviço de internamento da Cirurgia Cardiorácica, por todo o apoio, compreensão e ajuda durante este percurso.

À minha família e amigos, pelo apoio incondicional nos momentos desafiantes e pelo incentivo constante quando o cansaço falava mais alto, mas em especial ao meu marido, Rui Bastos, ao meu filho, Vicente Bastos, e à minha mãe, Maria Belinha, pelo amor, paciência, partilha, companheirismo e apoio, como também pela generosidade e enorme compreensão, durante toda esta etapa.

Agradeço muito a todos por terem estado sempre presentes neste percurso!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
ACSQHC – Australian Commission on Safety and Quality in Health Care
ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde
AO – Assistente Operacional
AORN – Association of Perioperative Registered Nurses
BO – Bloco Operatório
BOC – Bloco Operatório Central
DGS – Direção Geral de Saúde
EEEMCPSP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória
Enf^a – Enfermeira
ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde do Norte Cruz Vermelha Portuguesa
EUA – Estados Unidos da América
ILC – Infecção do Local Cirúrgico
JBI – Joanna Briggs Institute
LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica
MHC – Multicenter Handoff Collaborative
n.^o – Número
OE – Ordem dos Enfermeiros
OE-CEEMC – Ordem dos Enfermeiros – Conselho da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica
OMS – Organização Mundial de Saúde
PBE – Prática Baseada na Evidência
PCC – População, Conceito, Contexto
PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
PRISMA-ScR – Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses
RCAAP – Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal
REPE – Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro
RES – Registo Eletrónico de Saúde
SNS – Sistema Nacional de Saúde
UCI – Unidade de Cuidados Intensivos
UCPA – Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
URDM – Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos

RESUMO

O Mestre e Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica deve desenvolver uma prática baseada na evidência, possibilitando a prestação de cuidados de enfermagem de forma atualizada e especializada, potencializando assim os cuidados prestados, na sua área de especialização.

O relatório apresentado, enquadra-se no âmbito do 2º Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, e analisa as competências e experiências vividas e refletidas ao longo do estágio realizado, tendo como principal objetivo descrever e refletir sobre as ações desenvolvidas para a aquisição de competências intrínsecas ao grau de mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Considerando que o percurso de estágio se orientou pela temática da segurança do utente, nomeadamente na segurança aquando da transição dos cuidados, numa segunda parte é apresentado um trabalho de investigação intitulado “Barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório”.

A scoping review realizada para a investigação, seguiu o protocolo do Joanna Briggs Institute levada a cabo nas bases de dados científicas: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE e PubMed Central (via PubMed), Scopus, COCHRANE, Scielo e LILACS. E demonstrou que a comunicação eficaz durante a transição de cuidados é essencial para a continuidade dos cuidados de saúde e a segurança do utente. Destacando a padronização de protocolos de comunicação, a formação e a prática dos profissionais de saúde, o uso de tecnologia, a abordagem da melhoria contínua e a colaboração multidisciplinar como estratégias para a melhorar.

Palavras-Chave: “Transferência da Responsabilidade pelo Paciente”, “Salas Cirúrgicas”, “Enfermagem de Centro Cirúrgico” e “Barreiras de Comunicação”

ABSTRACT

The Master and Specialist in Medical-Surgical Nursing must develop an evidence-based practice, enabling the provision of nursing care in an updated and specialised way, thus enhancing the care provided in their area of specialisation.

The report presented is part of the 2nd Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the area of specialisation of Nursing to the Person in Perioperative Situation, and analyses the competences and experiences lived and reflected throughout the internship carried out, having as main objective to describe and reflect on the actions developed for the acquisition of competences intrinsic to the degree of Master in Medical-Surgical Nursing, in the area of specialisation of Nursing to the Person in Perioperative Situation.

Considering that the internship path was oriented by the theme of user safety, namely safety during the transition of care, a second part presents a research work entitled "Barriers to the implementation of communication strategies for the transition of care in the perioperative period".

The scoping review conducted for the research followed the Joanna Briggs Institute protocol and was carried out in the scientific databases: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE and PubMed Central (via PubMed), Scopus, COCHRANE, Scielo and LILACS. and demonstrated that effective communication during transition of care is essential for continuity of care and user safety. Highlighting the standardisation of communication protocols, the training and practice of health professionals, the use of technology, the continuous improvement approach and multidisciplinary collaboration as strategies to improve it.

Key Words: "Transfer of Patient Responsibility", "Operating Rooms", "Operating Room Nursing" and "Communication Barriers"

ÍNDICE DE TABELAS E QUADROS

Quadro 1: Estratégia de Pesquisa.....	69
Quadro 2: Critérios de Elegibilidade da Scoping Review	70
Tabela 1: Tabela de de Identificação das Estratégias e Barreiras Resumida.....	76
Tabela 2: Tabela Resumo de Resultados	81

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Fluxograma do Processo de Scoping Review.....	74
---	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	19
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio	27
1.1. Estágio em contexto de Bloco Operatório	28
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	33
2.2. Competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	35
2.3. Competências do domínio da Gestão dos Cuidados	38
2.4. Competências do domínio das Aprendizagens Profissional.....	39
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	42
3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa...44	
3.2. Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....	45
4. Considerações finais	50
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	53
1. Resumo	55
2. Abstract	57
3. Fundamentação/enquadramento teórico	59
4. Finalidade e objetivo	65
5. Metodologia	67
5.1. Desenho do estudo	67
5.2. Considerações éticas	71
6. Resultados	73
7. Discussão	82
8. Conclusão	87

CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	91
ANEXOS	103
ANEXO I: Certificado do Póster apresentado na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração”	104
ANEXO II: Tabela de Identificação das Estratégias e Barreiras	106
APÊNDICES	113
APÊNDICE I: “Comunicação Segura”	114

INTRODUÇÃO

A formação dos profissionais representa uma mais-valia na profissão de Enfermagem, tendo em vista a aquisição de um conjunto de competências e aptidões específicas, que permitem ao Enfermeiro atuar de forma autónoma e em equipa multidisciplinar, proporcionando maior qualidades nos cuidados prestados. Como tal, é importante que o Enfermeiro desenvolva a sua autonomia na aquisição de conhecimento e a capacidade de desenvolver competências específicas aos contextos que enfrenta. Foi nesse sentido que surgiu a realização do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde do Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP).

Enfermagem é definida como a profissão que, em saúde, tem como objetivo prestar cuidados de enfermagem à pessoa, sã ou doente, ao longo do seu ciclo de vida, e aos grupos sociais em que esta está integrada, de forma que mantenha, melhore e recupere a saúde, ajudando-a a atingir a sua capacidade máxima funcional o mais rapidamente possível (Ministério da Saúde, 1996).

Segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), “Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária” (Ministério da Saúde, 1996). Assim sendo, Enfermeiro especialista é o enfermeiro com um curso ou mais cursos de estudos de especialização em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional reconhecendo-lhe competências científicas, técnicas e humanas para a prestação, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na sua área especialização (Ministério da Saúde, 1996).

O estágio como parte integrante do curso de mestrado tem visa ser um momento educativo em que o percurso profissional e académico são guiados no sentido da aquisição, desenvolvimento e aprofundamento de competências como Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Médico-Cirúrgica, neste caso em concreto, na área de especialização da pessoa em situação perioperatória.

No âmbito da Unidade Curricular Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica área de Especialização à Pessoa em

Situação Perioperatória, da ESSNorteCVP, do segundo semestre do ano letivo 2022/2023, foi proposta a elaboração de um relatório de estágio composto por duas componentes, a de estágio e a de investigação, como parte integrante do ensino clínico da presente unidade curricular, desenvolvido no Bloco Operatório Central (BOC), localizado na área do grande Porto.

O Bloco Operatório (BO) é definido como “uma unidade de prestação de cuidados de saúde onde, pela especificidade da natureza dos cuidados aí desenvolvidos, se concentram riscos de variada ordem, tornando a manutenção e segurança do ambiente cirúrgico em funções centrais desenvolvidas pelos enfermeiros em contexto peri-operatório” (Ordem dos Enfermeiros, 2004), considerando-se o BO como a “unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésico/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006, p.20).

Em 2002 foi iniciado um processo de forma a criar um Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente na Assembleia Mundial de Saúde, de forma a dar continuidade a este processo em 2015 foi aprovado pelo Despacho n.º 1400-A/2015 a 10 de fevereiro, em Portugal, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º 9390/2021). Após a avaliação da experiência da concretização do PNSD 2015-2020 foram encontrados fatores determinantes que levaram à elaboração de um novo PNSD, o PNSD 2021-2026 assente numa metodologia participativa de auscultação de peritos e parceiros nacionais e internacionais, reunindo o conhecimento mais atualizado no que diz respeito à segurança do doente envolvendo todas as estruturas em volta do mesmo (Despacho n.º 9390/2021). Este plano está assente em cinco pilares, sendo estes, a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021). A comunicação é o terceiro pilar do PNSD 2021-2026, esta é essencial que seja realizada de uma forma efetiva ao longo de todo o período em que são prestados cuidados, particularmente nos momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde ao doente (Despacho n.º 9390/2021).

O trabalho da Organização Mundial de Saúde (OMS) no campo evidenciou a importância da comunicação como um fator impactante na qualidade e na segurança durante a prestação de cuidados ao utente (OMS, 2007).

A literatura demonstra que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos no cuidado ao utente e que na sua maioria ocorrem devido a erros de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do utente (Direção Geral da Saúde, 2017).

A transição dos cuidados do doente deve incluir uma comunicação eficaz na passagem da informação entre as equipas que prestam os cuidados, devendo esta ser feita da forma mais segura para o doente (Direção Geral da Saúde, 2017)

De entre as falhas mais comuns, incluem-se a falta de precisão, omissão de informação e a falha na priorização das atividades e nos erros de informação fornecida (Direção Geral da Saúde, 2017). A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é descrita como a transmissão de informação de forma precisa, oportuna, sem ambiguidade, completa, atempada e compreendida pelo recetor; e como transição de cuidados entende-se qualquer momento em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre cuidadores, tendo como função a continuidade e segurança dos mesmos (Direção Geral da Saúde, 2017)

A literatura revista converge na ideia de que é essencial a utilização de uma ferramenta de comunicação uniforme, que seja do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde e que os mesmos a usem de forma sistemática (Prasad et al., 2020).

O estudo focado na comunicação interprofissional é uma abordagem que pode facilitar a comunicação entre o bloco operatório e os cuidados pós anestésicos durante a transição dos cuidados à pessoa em situação perioperatória (Massa et al., 2021). O mesmo autor vem corroborar a norma da Direção Geral de Saúde (DGS) sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados, afirmando que é durante esta passagem de responsabilidade que mais eventos adversos podem ocorrer por omissão de informação, e que isto pode ser reduzido usando um instrumento de passagem de informação standard (Direção Geral da Saúde, 2017).

A segurança do utente está interligada com a utilização de ferramentas standard na transmissão de informação e que ainda que elas acrescentem mais tempo no momento de transmissão de informação crescem em 30% a quantidade de informação transmitida aos colegas (López-Parra et al., 2020).

Estudos recentes demonstram que, apesar de sabermos que a comunicação é uma das principais falhas e que pode levar a acontecimentos graves para o utente, não houve grande evolução nas estratégias a adotar para além das transições de cuidados utilizando uma ferramenta de comunicação uniformizada (Zjadewicz et al., 2018).

A DGS aponta a técnica I.S.B.A.R. como uma ferramenta segura e eficaz na transição de cuidados, não sendo esta especificamente para o contexto em questão (Direção Geral da

Saúde, 2017), no entanto, a implementação desta ferramenta no cuidado anestésico pode melhorar a comunicação entre os profissionais, aumentando assim a segurança e reduzindo os incidentes causados pelos erros de comunicação (Randmaa et al., 2014).

No contexto de perioperatório, a comunicação eficaz é crucial devido à necessidade de coordenação entre as diversas equipes multidisciplinares que cuidam do utente. Nesse momento de vulnerabilidade, muitas vezes o enfermeiro assume o papel de mediador entre o utente e a equipa cirúrgica, garantindo uma comunicação eficaz, fornecendo suporte emocional e cuidados individualizados.

Neste sentido, entre 1975 e 1979 Jean Watson desenvolveu a sua teoria do cuidado humano tendo vindo a escrever o seu primeiro livro intitulado “Nursing: the philosophy and science of caring”. Esta teoria enfatiza a prestação dos cuidados ao utente como um todo, considerando não apenas o corpo, mas também as necessidades espirituais (Watson, 1985). Desta forma é essencial dar sempre atenção às necessidades biopsicossociais e espirituais do utente uma vez que, segundo a teórica Jean Watson, estas são fundamentais para o processo de cura (Watson, 1985). Devemos, portanto, prestar cuidados menos técnicos, no entanto, isto não significa ignorar o conhecimento técnico científico pois esta teoria apenas amplia e complementa a assistência de saúde para preservar, proteger e melhorar a dignidade, humanização e integridade do utente para que o processo de cura possa ocorrer (Watson, 1985). Em 1985 esta teórica decidiu complementar a teoria do cuidado humano, dado que se apercebeu que os cuidados de enfermagem prestados eram mais eficientes quando o enfermeiro e o utente tinham uma boa interação entre eles, baseando esta relação em empatia. Esta nova teoria é a teoria do cuidado transpessoal, que foi tida em conta durante este estágio. Como Jean descreve, esta teoria demonstra mais explicitamente a intencionalidade, enquanto consciência centrada nos cuidados e na cura (Watson, 2002). Assim, a intencionalidade de uma pessoa fica ativada através da sua concentração consciente em aspetos da realidade que incorporam, mas transcendem o físico como objeto de atenção (Watson, 2002). O transpessoal transmite uma ligação para além do ego, captando as dimensões espirituais que todos os humanos partilham com o eu mais profundo, os outros, a natureza e o universo (Watson, 2002). De certa forma, definir a intencionalidade de uma pessoa como uma consciência de conexão focada no cuidado-cura é fundamental tanto para a enfermagem transpessoal como para o campo das ciências noéticas, que é o estudo dessa consciência focada. Assim, ao integrar as perspetivas noéticas e transpessoais, a intencionalidade e a consciência tornam-se conceitos fundamentais no âmbito de uma estrutura de enfermagem de cuidados e cura transpessoais (Watson, 2002).

Ao aplicar a teoria do cuidado transpessoal, o enfermeiro procura estabelecer uma conexão genuína com o utente, demonstrando empatia e compreensão. Isso envolve ouvir ativamente o utente, respeitar as suas crenças e valores, e promover um ambiente de confiança e segurança. O cuidado transpessoal também considera a dimensão espiritual do utente, reconhecendo a importância de abordar questões relacionadas com a religião, esperança e significado durante o processo de tratamento.

Este ensino clínico desenvolveu-se sob a orientação do docente Enfermeiro Mestre Igor Pinto, e sob a tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no período compreendido entre 03 de outubro de 2022 e 08 de março de 2023, totalizando 440h de contacto.

No presente relatório objetiva-se dar a conhecer as atividades desenvolvidas e os processos desenvolvidos individualmente e, mais especificamente, o desenvolvimento das competências adquiridas no decorrer do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II, que pretendem ser um contributo permanente para o serviço e para os Enfermeiros do BOC, nos seus processos de Integração e de desenvolvimento diário de atividades, perspetivando uma prestação de cuidados de Enfermagem de elevada qualidade assistencial, observando a Prática Baseada na Evidência (PBE).

Este relatório constitui-se como uma componente de avaliação e análise crítica reflexiva do processo de desenvolvimento de competências.

A metodologia utilizada na componente de estágio foi a pesquisa bibliográfica, a reflexão crítica sobre o estágio realizado com recurso a evidência científica pertinente e atualizada, o que foi observado, as informações documentais e a produção documental. Estruturalmente o trabalho no contexto de estágio encontra-se dividido em cinco partes, sendo elas: a presente introdução, enquadramento do contexto de estágio, competências comuns do enfermeiro especialista, competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória e considerações finais. No enquadramento do contexto de estágio, efetua-se um enquadramento e explicita-se os objetivos e o contexto do estágio. Posteriormente, nas competências comuns do enfermeiro especialista, demonstra-se as competências comuns do enfermeiros especialista e quais dessas competências foram atingidas, nas competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória, aborda-se essas competências e efetua-se uma análise crítico-reflexiva das competências desenvolvidas, através da reflexão da aplicação do método científico e da reflexão sobre as competências relacionais, técnico e cognitivas adquiridas. Nas considerações finais, abordar-se quais as expectativas futuras e é realizado um balanço geral do estágio.

A segunda componente deste relatório de estágio diz respeito à componente de investigação.

Esta componente tem como título “Barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório” e insere-se na área de científica de investigação de Enfermagem, na linha de investigação L1 – Resposta humana ao processo de saúde/doença.

O método utilizado foi uma scoping review, seguindo o protocolo do Joanna Briggs Institute. Esta segunda fase do relatório estruturalmente será dividida em oito partes, sendo estas, o resumo, o abstrat, fundamentação/ enquadramento teórico, finalidades e objetivos, metodologia, sendo que esta está subdividida em duas categorias, o desenho do estudo e as considerações éticas, posteriormente, os resultados, a discussão e a conclusão.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

Relatório de Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

1. Enquadramento do contexto de estágio

Este ensino clínico, como descrito anteriormente, desenvolveu-se sob a orientação do docente Enfermeiro Mestre Igor Soares Pinto, e sob a tutoria de uma Enfermeira Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica no período compreendido entre 03 de outubro de 2022 e 08 de março de 2023, totalizando 440h de contacto.

O hospital onde foi realizado o estágio é composto por dois pólos, A (sede), e o Pólo B, prestando assistência direta à população de 3 concelhos do norte do país.

Atua igualmente como centro de referência para os vários distritos do norte do país.

No contexto das Redes de Referência Hospitalar, está ainda como referência para áreas geográficas mais alargadas, ou mesmo em áreas específicas de ponta, em que atua como referência de excelência para doentes de diversas outras áreas geográficas.

A atividade gestionária estrutura-se em níveis intermédios de gestão. As estruturas intermédias de gestão agregam serviços (os quais podem ser organizados em unidades funcionais) e unidades orgânicas que de forma articulada contribuem para a prossecução dos objetivos estabelecidos.

Esta instituição visa prestar os melhores cuidados de saúde, promovendo desta forma, a formação pré e pós-graduada bem como a investigação pelos seus profissionais, instigando-os a terem elevados níveis de competência, excelência e rigor, sempre com a premissa de pertença e orgulho na instituição (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2020).

Com o objetivo de ser referência a nível da saúde em território nacional e internacional, perspetiva o crescimento saudável, o compromisso e o sentido de mudança e diferenciação, pretendendo ser uma mais valia para todos os seus públicos tornando-se uma marca de referência no setor da saúde (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2020).

A instituição e os seus profissionais regem a sua atividade com base em valores como: competência, humanismo, paixão, rigor, transparência, união, solidariedade e ambição. E assenta a sua atividade em princípios como: a dignificação da singularidade de cada indivíduo que frequenta a instituição; a conceptualização do doente como o centro e a promoção da saúde na comunidade; a elevada ética na postura e prática dos seus profissionais; e o respeito pela natureza, procurando a sustentabilidade nas suas práticas (Centro Hospitalar Universitário de São João, 2020).

1.1. Estágio em contexto de Bloco Operatório

O estágio Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II decorreu no BOC, constituído por 11 salas operatórias, uma subunidade de reprocessamento de dispositivos médicos, um armazém de materiais consumíveis, um armazém para equipamentos técnicos, um laboratório de anatomia patológica, uma copa para funcionários, gabinetes, vestuários, casas de banho. Tem horário de funcionamento das 8:00 às 20:00 nos dias úteis, com atividade cirúrgica eletiva. É dotado de equipamento comum a qualquer BO, como ventiladores, equipamentos de monitorização, material de laparoscopia, entre outros; e de equipamento específico em constante atualização, tendo em conta a alta diferenciação das técnicas cirúrgicas realizadas, sendo que uma das salas deste BO, possui cirurgia assistida por robótica.

Organizacionalmente, os BO são prestadores de serviços, pelo que os profissionais residentes são Enfermeiros e Assistentes Operacionais (AO).

A equipa de Enfermeiros é constituída, neste momento, por 79 enfermeiros. Para além do enfermeiro gestor, existem 12 enfermeiros especialistas (especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Enfermagem de Reabilitação e Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica). Os enfermeiros do BOC estão distribuídos pelas diferentes especialidades cirúrgicas (cirurgia geral, cirurgia maxilo-facial, cirurgia plástica, cirurgia ortopédica, cirurgia ginecológica, cirurgia urológica, cirurgia torácica, cirurgia vascular e cirurgia bariátrica), sendo que em cada equipa existe um responsável de equipa. Uma das competências do enfermeiro especialista prende-se com a adaptação da liderança e a gestão dos recursos segundo as situações e o contexto, de forma a garantir a qualidade dos cuidados prestados, no caso deste BOC pôde-se constatar que estes responsáveis de equipa, na sua maioria, não são enfermeiros especialistas, o que não corresponde ao que é recomendado em Diário da República (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). O enfermeiro especialista tem formação avançada e é especialmente treinado para lidar com situações complexas e desafiantes. A ausência desses profissionais pode afetar a qualidade dos cuidados prestados. De uma forma geral a gestão do BOC é da responsabilidade do enfermeiro gestor do serviço, no entanto este tem delegado algumas funções a outros enfermeiros.

Existe um enfermeiro responsável pela parte da formação em serviço, que no início de cada ano elabora um plano de formação de acordo com as carências diagnosticadas no ano decorrido anteriormente, um enfermeiro responsável pela organização do material consumível, sendo que tem como função a gestão do stock de consumíveis, a sua organização e reposição/ baixa em armazém em articulação com as várias empresas e serviço de

aprovisionamento, um enfermeiro responsável pela organização dos fármacos, tendo como funções a gestão de stock, organização e reposição em articulação com o serviço farmacêutico, e um enfermeiro responsável pela gestão de dispositivos médicos, tendo como função a organização da subunidade de reprocessamento de dispositivos médicos, organização esta, tanto dos recursos materiais como dos recursos humanos desta subunidade, fazendo também a articulação com a Unidade de Reprocessamento de Dispositivos Médicos (URDM).

O enfermeiro gestor tem como função todas as descritas anteriormente, uma vez que é o gestor máximo deste serviço e é da sua responsabilidade, como também assume todas as funções de gestão de recursos humanos, tanto da classe de enfermagem como da classe dos assistentes operacionais, realizando as escalas de serviço, organizando as equipas, coordenando as salas e supervisionando o trabalho realizado de maneira a usar os recursos de uma forma segura, com qualidade e eficiência.

A elaboração das escalas mensais é realizada através do sistema informático em uso no centro hospitalar, indo de encontro à organização de cada serviço e rácios por cada turno autorizados pelo conselho de administração na pessoa do enfermeiro diretor, tendo por base as dotações seguras da OE.

Os enfermeiros especialistas também estão capacitados para gerir adequadamente recursos humanos e materiais, o que pode ter um impacto direto na eficiência e produtividade do BOC. A falta de enfermeiros especialistas pode levar a uma integração inadequada e inconsistente para os novos membros da equipa. Estes enfermeiros devem ter uma postura de líderes, a ausência destes líderes pode afetar o moral e a satisfação no trabalho da restante equipa de enfermagem. A não adesão a este regulamento pode resultar em problemas legais e sanções para o BOC.

A localização do BOC corresponde, na sua maioria, às orientações da Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS) (2011), nomeadamente:

- Serviço de Esterilização: existe uma subunidade de reprocessamento de dispositivos médicos com gestão e organização do BOC, onde se lava, desinfeta e empacota o material a esterilizar, e se faz a esterilização com plasma quando é necessário material único com urgência, cujas instalações fazem parte integrante do BOC, no entanto todo o material segue para a URDM posteriormente para esterilizar, esta unidade situa-se no mesmo piso e em frente ao BOC;
- Unidade de cuidados pós-anestésicos: este serviço situa-se no mesmo piso do BOC, piso 5, o acesso está facilitado pois estes dois serviços estão ligados por um par de portas ao fundo do corredor;

- Serviço de Urgência: este hospital tem um bloco operatório de urgência situado 4 pisos abaixo do BOC, no piso 1, no entanto, o BOC serve de serviço de urgência quando se trata de cirurgias de transplante de órgãos, nestes casos o BOC tem uma equipa restrita de enfermeiros destinados a estas cirurgias;
- Serviços de internamento: estes situam-se em todos os pisos do hospital, todavia o acesso está facilitado por elevador.
- Laboratórios: ao longo dos anos foram desenvolvidas metodologias de trabalho facilitadoras do acesso aos diversos laboratórios, no entanto o BOC possui um laboratório de anatomia patológica;
- Imagiologia e hemodinâmica: o BOC não possui uma sala híbrida. Quando as cirurgias assim o exigem, o material necessário, normalmente já se encontra no BOC, assim como os técnicos que o manuseiam;
- Serviços farmacêuticos: não há proximidade física com este serviço. Há fornecimento de fármacos semanalmente e é possível realizar pedidos extraordinários e urgentes a qualquer hora do dia, sendo necessária a deslocação de um AO do BOC;
- Serviços técnicos: embora não estejam próximos, existem contactos rápidos acessíveis todos os dias a qualquer hora do dia.

Como está preconizado, é fundamental que o BO tenha definidas áreas e circuitos, de forma a manter os princípios de assepsia progressiva. Estão definidas a área livre, a área semi-restrita e a área restrita (ACSS, 2011; AESOP, 2006). A área livre é a zona de receção e acolhimento do utente, circulação de pessoal e materiais, nesta zona as circulações não são limitadas e é onde se pode circular com roupa exterior, no BOC esta área corresponde à zona de vestiários, casas de banho, zona de espera/ acolhimento de familiares e delegados de ação médica, zona de *transfer* de doentes e alguns gabinetes. A área semi-restrita é correspondente à circulação interna, gabinetes, copa dos funcionários, armazéns de materiais consumíveis e equipamentos, salas de apoio às salas operatórias e subunidade de reprocessamento de dispositivos médicos – zona de armazenamento de materiais esterilizados. A área restrita corresponde às salas operatórias. As salas encontram-se ligadas duas a duas em que apresentam uma porta de acesso comum. Contudo, em cada sala existe uma entrada exclusiva para o doente onde se realiza o acolhimento. No meio de cada par de salas existe um compartimento que consiste num pequeno armário de aprovisionamento com o material mais utilizado, estufa (destinada para aquecer roupa e soro fisiológico) e duas zonas de desinfeção, cada uma para a sala de operações correspondente.

Podemos verificar que a arquitetura do BOC não vai de acordo com o que é definido na literatura de forma a garantir os princípios de assepsia progressiva uma vez que não respeita

do circuito de limpos e sujos, os contentores de resíduos fazem o mesmo circuito dos contentores limpos (ACSS, 2011; AESOP, 2006). Esta situação leva a um risco aumentado de infeções associadas ao BO. O desrespeito pelas diretrizes pode resultar em penalidades legais.

Uma má gestão dos circuitos de limpos e sujos pode colocar os doentes em risco de complicações graves como é o caso das infeções do local cirúrgico, pois existe o risco de contaminação do material limpo/ estéril com material sujo (Nunes, 2012).

O facto de ser um BO mais antigo apresenta-se como uma barreira estrutural à implementação de um circuito adequada e dentro das diretrizes. Também não se prevê que vão existir obras de reestruturação deste serviço, o que mais uma vez condiciona o funcionamento ideal do que é um circuito de limpos e sujos num BO.

Como enfermeiro especialista o que podemos fazer para minimizar esta condição é o planeamento, distribuição e recolha do material em tempo útil e formar os demais profissionais de forma a que funcione tudo coordenado.

Foram várias as experiências ao longo de todo o estágio resultando numa aprendizagem contínua com aquisição de conhecimentos e uma prática evolutivamente mais específicos.

Numa fase inicial, característica de um período de adaptação, procedemos apenas à observação de todas as funções exercidas pela Enfermeira (Enf^a) tutora, que desempenha todas as valências do enfermeiro do perioperatório, enfermagem de anestesia, enfermagem de instrumentação e enfermagem circulante, antes, durante e após o ato cirúrgico.

A simples observação permitiu compreender e refletir, de uma forma sucinta, sobre as etapas dos diferentes procedimentos e o método de funcionamento multidisciplinar.

Durante o período de estágio tivemos oportunidade de assistir a cirurgias de várias especialidades, entre elas, ortopedia, cirurgia geral, cirurgia torácica, cirurgia de obesidade e cirurgia vascular. Esta última foi onde decorreu a maior parte do estágio, uma vez que a Enf^a tutora se encontra alocada à especialidade de cirurgia vascular.

Podemos constatar que no BOC os enfermeiros estão alocados por equipas/ especialidades, sendo que nos turnos que efetuam, normalmente, estão na especialidade onde desenvolveram mais prática nas valências de instrumentação cirúrgica e circulação. Quando estão alocados na valência de anestesia podem ser distribuídos por qualquer especialidade, uma vez que em termos de anestesia estão treinados para qualquer procedimento de anestesia que possa ser executado. Isto, do nosso ponto de vista, é uma mais valia, pois o BOC como referido anteriormente opera várias especialidades e o facto de nos focarmos em apenas uma ou duas especialidades faz como que nos tornemos peritos e mais seguros ao desenvolver o nosso exercício.

Neste estágio, foram delineados, com base no Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, objetivos gerais e específicos para o estágio (Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho, 2018). Foram definidos os seguintes objetivos gerais:

- Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.

Os objetivos específicos foram:

- Consolidar/promover competências do enfermeiro especialista na área perioperatória, particularmente na gestão e prevenção do controlo de infeção e princípios de assepsia;
- Aperfeiçoar competências de trabalho em equipa de forma a garantir a segurança do doente e dos profissionais;
- Desenvolver competências de comunicação no âmbito da transição de cuidados no contexto peri-operatório.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

Neste capítulo é refletido o desenvolvimento das competências comuns do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica.

Como enfermeiros especialistas devemos orientar a nosso trabalho com base nos domínios das competências comuns de enfermeiro especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Desta forma iremos debruçar-nos neste ponto sobre as competências comuns do Enfermeiro Especialista desenvolvidas em contexto de estágio, estas, segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE), são competências “partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p. 4745). O conjunto das competências comuns aos enfermeiros especialistas, estão definidas em Diário da República a de 6 de fevereiro de 2019, estas são agrupadas em quatro domínios, sendo estes: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

2.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

O desenvolvimento de competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal estão ligadas à prática de cuidados responsável na área de especialidade, agindo em conformidade com as normas legais, a deontologia profissional e os princípios éticos, garantindo o respeito pela dignidade da pessoa e os direitos humanos.

Conforme o regulamento nº 140/2018, o enfermeiro especialista deve demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, usando competências no âmbito da tomada de decisão ética e deontológica (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4746).

No decorrer do estágio, a prestação de cuidados de enfermagem seguros e de qualidade foram sempre tidos como uma linha de ação, procurando agir-se com ética, garantindo tomadas de decisão baseadas em princípios éticos, valores e normas da deontologia da profissão, suportado pelo conhecimento e experiência adquiridos até então, levando a uma reflexão crítica sobre os mesmos.

O consentimento informado, esclarecido e livre relativo aos procedimentos a que vai ser o utente vai ser submetido (Direção Geral da Saúde, 2015a) assume um papel preponderante neste domínio.

Consentimento informado, esclarecido e livre da pessoa é definido como “uma manifestação do respeito pelo ser humano, esteja doente ou não, e pela sua autonomia. Reflete, em

particular, o direito moral da pessoa à integridade corporal e o direito de autonomia na participação ativa da tomada de decisões conducentes à manutenção da sua saúde e a adesão à terapêutica o que pressupõe a adequada informação e uma decisão livre e esclarecida” (Direção Geral da Saúde, 2015a, p.9).

Este está associado ao artigo 25º da Constituição República Portuguesa, onde está contemplado o direito universal à inviolabilidade da integridade moral e física e a Lei de Bases da Saúde operacionaliza este conceito na Base XIV onde o utente tem o direito a ser informado acerca da sua condição, quais as alternativas possíveis de tratamento e a provável evolução do seu estado (Direção Geral da Saúde, 2015a). Como tal é de extrema importância assegurar este consentimento.

No perioperatório este consentimento deve ser cedido após explicação, como referido anteriormente, de todos os procedimentos a que o utente vai ser submetido tanto a nível cirúrgico como a nível anestésico, e todas as implicações advindas destes procedimentos. O consentimento informado promove um ambiente seguro para todos os envolvidos no processo, para os profissionais estão conscientes que o utente está esclarecido e por isso não existem dúvidas acerca da legalidade dos seus atos, o utente fica consciente do procedimento, assim como dos riscos e limitações expectáveis do mesmo. É, portanto, importante que o utente esteja capacitado para receber esta informação, e que tenha tempo para assimilar e tomar uma decisão de forma consciente (Direção Geral da Saúde, 2015a; Breda & Cerejo, 2021).

Assim sendo, a preocupação pela obtenção do mesmo revelou ser a reflexão mais relevante deste domínio ao longo deste estágio. Esta reflexão surgiu, pois podemos constatar que em algumas situações, ao longo do estágio, este consentimento não ocorreu atempadamente nem de forma esclarecedora para com a pessoa em situação perioperatória, visto que por diversas vezes foi constatado que os utentes não se mostraram devidamente informados e esclarecidos dos procedimentos a que estavam propostos.

Uma vez que o estágio decorreu num BOC, onde a grande maioria das cirurgias são programadas, esta situação torna-se mais preocupante.

São estes os momentos em que, como enfermeiros especialistas, nos damos conta em como é importante a existência da consulta pré-operatória de enfermagem, onde o utente deveria ser informado e esclarecido acerca de dúvidas e medos que este possa ter, capacitando-o para a cirurgia e para a sua recuperação (Breda & Cerejo, 2021). No entanto podemos constatar que a consulta pré-operatória de enfermagem não está instituída nesta instituição hospitalar.

Caso se verifique que o consentimento informado não foi assinado, o utente não deve entrar na sala operatória, indo de encontro à norma nº 015/2013 de 03/10/2013 da DGS atualizada a 04/11/2015, onde refere que a anulação do consentimento informado, esclarecido e livre pode ser feita em qualquer momento, sem que seja exigida qualquer formalidade, e não pode trazer prejuízo para a pessoa nos seus direitos assistenciais (Direção Geral da Saúde, 2015a).

Desta forma, durante o estágio no BOC, existiu, de forma geral, a preocupação, por parte da equipa de enfermagem e médicos anestesistas, de assegurar a obtenção do consentimento informado no perioperatório, na admissão da pessoa em situação perioperatória à chegada ao BO foi sempre verificado se este estaria assinado e confirmado com o utente. Para isso a comunicação teve um papel fundamental, assumindo uma postura empática e mostrando sempre disponibilidade para o esclarecimento de todas as dúvidas, respeitando a autonomia e dignidade do utente. O consentimento informado revela-se não só um direito do utente, mas também um dever de todos profissionais de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2015).

Apesar de o consentimento informado ter assumido um lugar de destaque durante o estágio no que diz respeito às competências do domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, também estiveram sempre presentes o direito do utente à privacidade e confidencialidade, e à proteção das informações, tanto verbais quanto escritas, durante todas as fases dos cuidados perioperatórios.

No que diz respeito à privacidade e confidencialidade do utente, foi sempre assegurada a privacidade física (do seu corpo), exposto somente as zonas necessárias às intervenções, asseguramos a confidencialidade expondo somente as informações necessárias e a quem fosse pertinente, assim como foi assegurada toda a confidencialidade de todas as conversas mantidas com o utente.

2.2. Competências do domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O enfermeiro especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, analisando os resultados, a possível reformulação e implementação das mesmas através de programas de melhoria contínua (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019). Além disso, o enfermeiro especialista, deve assegurar a gestão do ambiente focado no utente como situação necessária para a segurança terapêutica e para a prevenção de incidentes, atuando proactivamente de forma a promover o envolvimento adequado ao bem-estar e gerindo o risco (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A definição dos padrões de qualidade para os cuidados de enfermagem conduz a uma evolução nos cuidados prestados e a uma reflexão sobre o exercício profissional dos enfermeiros (Martins et al., 2016).

A DGS tem como uma das suas prioridades qualidade dos cuidados de saúde prestados e, de forma a dar resposta à crescente exigência e complexidade dos contextos da prática, é essencial que o enfermeiro especialista assegure uma prestação eficaz, segura e oportuna dos cuidados de saúde, apoiando-se em evidência científica. Desta forma, é exigido ao enfermeiro especialista que se mantenha em constante atualização de conhecimentos e competências, assim como se comprometa com os programas de melhoria contínua dos seus serviços (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

A segurança do doente tem vindo a ganhar ênfase em Portugal, e prova disso é a constante atualização das guidelines para a segurança do doente. Em 2002, após aprovação em Assembleia Mundial da Saúde, foi iniciado o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente. Desde então, deu-se início a um Plano Nacional para a Segurança dos Doentes, plano este que tem vindo a sofrer atualizações ao longo dos anos, sendo que o último foi aprovado a 24 de setembro de 2021 dando origem ao PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021). Como referido anteriormente, este plano está assente em cinco pilares, sendo estes, a cultura de segurança, liderança e governança, comunicação, prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente e práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

O acontecimento de erros no exercício da enfermagem leva a uma “ameaça à qualidade dos cuidados e à segurança do doente, sendo esta considerada uma das preocupações a nível global” (Abreu, 2015, p. 1).

Ao longo do estágio houve oportunidade de criar momentos de reflexão sobre as práticas de cuidados de todos os envolvidos nos processos cirúrgicos, sobre a gestão do BO e consequentemente dos seus recursos humanos e sobre a forma como a continuidade dos cuidados prestados e a segurança do utente pode ser colocada em causa.

Uma das questões que foi suscitando interesse, crítica e reflexão, foi a questão da transição dos cuidados entre os demais profissionais aquando da transferência do utente. Isto porque muitas vezes foi sentido que a informação transmitida nem sempre era a mais relevante e por vezes nos damos conta de informação relevante que teria sido omitida durante esta transição.

Estudos apontam que até 70% dos incidentes advêm de falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transferência de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017). As falhas mais comuns aquando da transmissão de informações descritas são

as omissões de informação, os erros nas informações, a falta de precisão e de priorização das atividades (Direção Geral da Saúde, 2017).

Desta forma, o enfermeiro especialista deve atuar com consciência e atenção nos momentos chave da transferência de cuidados, assim como, promover a implementação de ferramentas descritas como eficazes numa transição de cuidados, como é o caso da metodologia I.S.B.A.R. (Identificação. Situação atual. Antecedentes. Avaliação e Recomendações), (Direção Geral da Saúde, 2017).

Apesar de ser uma norma da DGS para todos os hospitais nacionais, verificamos que esta não está a ser aplicada neste centro hospitalar.

O facto de não existir nenhuma diretriz implementada para a transição de cuidados do utente, serviu de mote para realizar uma scoping review sobre a transição de cuidados, com o intuito de identificar barreiras à implementação de ferramentas de comunicação, uma vez que a metodologia I.S.B.A.R. está normalizada em Portugal porém ainda pouco implementada no contexto de estágio em que nos encontramos. E, desta forma, contribuir para uma comunicação mais segura e eficaz aquando da transição dos cuidados, tanto entre profissionais de saúde dentro do BO como na transição de cuidados entre serviços, neste caso, entre o BO e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Como resultado desta scoping review, verificou-se que a falta de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados, a falta de padronização na comunicação entre os mesmos, a sobrecarga de trabalho e a falta de prática e formação dos membros da equipa sobre as melhores práticas de comunicação e a transição de cuidados são algumas das barreiras identificadas. Para ultrapassar estas barreiras foram propostas estratégias eficazes de comunicação e transição de cuidados, como padronização de protocolos de comunicação, colaboração entre as equipas multidisciplinares, uso de ferramentas de comunicação estruturadas e adoção de práticas padronizadas

Como tal e após discussão com alguns enfermeiros do BOC, constatamos que os mesmos desconheciam a norma da DGS e a ferramenta de comunicação a utilizar segundo a mesma, metodologia I.S.B.A.R. Neste sentido, foi elaborado um lembrete para afixar sobre “Comunicação Segura” (Apêndice I) de forma a lembrar e incentivar a utilização de uma estratégia de comunicação eficaz e eficiente já aprovada pela DGS, uma vez que a utilização de métodos lúdicos e elucidativos devem servir para motivar os profissionais (Direção Geral da Saúde, 2019). O mesmo não foi afixado em tempo útil ficando disponível no serviço de forma a ser afixado posteriormente, pelo que não foi possível avaliar o seu impacto.

2.3. Competências do domínio da Gestão dos Cuidados

O enfermeiro especialista deve gerir os cuidados de maneira a otimizar as respostas de enfermagem e da equipa, com vista a alcançar a qualidade e segurança dos cuidados prestados. De forma a conseguir isso, este gere e lidera os recursos, humanos e materiais, necessários aos cuidados, optando pela diretriz mais adequada ao contexto/ situação para a qualidade dos cuidados prestados, prestando apoio aos enfermeiros e restante equipa, colaborando na tomada de decisão (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Os líderes devem ser o exemplo de forma a que os demais profissionais aspirem atingir elevados níveis de desempenho, segurança e eficiência para incentivar a criação de um ambiente positivo e benéfico (Goleman, 2005).

O enfermeiro é o profissional de saúde com o contato mais direto com o utente e, conseqüentemente, está envolvido na gestão e racionamento da maior parte dos recursos usados. A enfermagem enquanto profissão, assume um papel incalculável na boa gestão de recursos. A valorização e dinamização desta responsabilidade têm o dever de serem reconhecidas pelas unidades de saúde de maneira a crescer em eficiência e eficácia.

O enfermeiro especialista deve assumir também o papel de enfermeiro coordenador, desempenhando funções de organização de materiais e equipamentos em articulação com outros serviços (aprovisionamento, farmácia, esterilização, serviço de instalações e equipamentos), deve reportar avarias e garantir a sua manutenção, uma vez que estas funções fazem parte das competências comuns do enfermeiro especialista no domínio da gestão dos cuidados. Na ausência do enfermeiro especialista, o responsável de turno/equipa deve ser um enfermeiro perito da área de competência, uma vez que deverá ter competências para assumir esse cargo, estando preparado para liderar, tomar decisões e gerir conflitos em equipa. Podemos constatar, como já foi referido anteriormente, que no BOC a maioria dos enfermeiros que ocupam estes cargos de coordenação/ organização não são enfermeiros especialistas, não sendo possível apurar qual o critério de seleção do enfermeiro gestor e que competências são requeridas.

Podemos ao longo do estágio compreender de uma forma geral como é realizada a gestão do BOC, a maior parte do trabalho de gestão é realizada pelo enfermeiro gestor do serviço, no entanto este tem delegado algumas funções a outros enfermeiros. Constatamos que a maioria dos enfermeiros que assumem estes cargos não têm qualquer tipo de especialidade ligada à área da enfermagem.

Verificou-se que o BOC cumpre as dotações seguras dos cuidados de enfermagem preconizadas no regulamento nº743/2019 no caso das salas operatórias, onde estão assegurados para cirurgias programadas e urgentes os três postos de trabalho: enfermeiro

circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019). No entanto, podemos constatar que existe um déficit no que diz respeito aos enfermeiros especialistas em enfermagem médico-cirúrgica, mais especificamente na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, que no caso do BOC é inexistente, assim como enfermeiros alocados a postos de trabalho de consulta pré e pós-operatória (Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro, 2019).

Este regulamento é, um grande apoio à gestão de recursos humanos com o objetivo de obter de ganhos na qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem prestados, contribuindo para ambientes benéficos à prática clínica, no entanto, verificamos que o BOC ainda não se encontra em conformidade com o mesmo.

2.4. Competências do domínio das Aprendizagens Profissional

O enfermeiro especialista deve demonstrar autoconhecimento e reconhecer a influência que detém ao estabelecer relações terapêuticas e multidisciplinares. Deve mostrar-se como pessoa facilitadora nos processos de aprendizagem e desenvolver os seus cuidados e tomadas de decisão tendo por base a procura da melhor evidência científica (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019).

Com o decorrer do ciclo de estudo de mestrado, e pela exigência que este implica, o aluno evolui e desenvolve a sua capacidade de auto e heteroreflexão, reconhecendo as aptidões e barreira individuais, dos contextos e das organizações. Desta forma, possibilita a gestão de respostas em contextos exigentes, antecipando e identificando situações de conflito e conseqüente resolução, com uma comunicação eficaz, adequada e assertiva (Mansour & Mattukoyya, 2019).

Durante o estágio tentou-se ter sempre uma postura crítico-reflexiva em todas as práticas no perioperatório, tentando aplicar os conhecimentos teóricos e práticos adquiridos, não só a nível técnico, como no desenvolvendo capacidades pessoais como autonomia, assertividade, autoconhecimento e capacidade de relação com o outro. O desenvolvimento das competências neste domínio foi possível devido à disponibilidade e compreensão para a reflexão e partilha de experiências com a enfermeira tutora e o enfermeiro orientador, sendo em contexto de prática clínica no dia-a-dia com situações pontuais, ou também refletindo sobre práticas observadas e procurando evidências sobre as mesmas.

Reconhecer que a formação dos profissionais pode contribuir para a resolução de conflitos é também importante, uma vez que nos dá ferramentas de conduta adequadas na prática diária. Assim sendo, é responsabilidade do especialista assumir os conflitos como sendo momentos de aprendizagem e de reflexão, adequando sempre às especificidades de cada

contexto de prestação de cuidados. Como já referido anteriormente, no BOC existe uma equipa de enfermeiros, liderada por um enfermeiro especialista em médico-cirúrgica, que no início de cada ano elabora um plano de formação tendo em conta as necessidades identificadas no ano transato, esta abordagem favorece a aprendizagem e a aquisição de competências dos enfermeiros. Esta equipa de enfermeiros, em especial o seu líder, desenvolvem uma ação essencial para a prática clínica que é o processo formativo da restante equipa, sempre com o principal objetivo que é a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados à pessoa em situação perioperatória.

A enfermagem é uma área da ciência centrada na excelência da prestação de cuidados, tendo por base uma prática baseada na evidência, uma vez que tanto abrange a evidência científica quanto a experiência na prática (Benner et al., 2009). Desta forma, procurou-se desenvolver conhecimento técnico-científico na área de Enfermagem, mas especificamente no Mestrado em Médico-Cirúrgica na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, recorrendo a melhor evidência científica disponível relativamente às barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório.

Como resultado desta procura e dada a valorização da investigação pelos enfermeiros especialistas, respeitante às suas competências acrescidas desenvolveu-se a scoping review presente neste relatório, cujos resultados foram divulgados na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: investigação em saúde global e redes de colaboração” que teve lugar na ESSNorteCVP, sob a forma de E-Poster (Anexo I), cumprindo desta forma o objetivo de disseminar os resultados da componente de investigação.

No contexto de estágio, apesar das barreiras colocadas, foi possível atingir os objetivos específicos que foram propostos. Não de forma formativa para a restante equipa, mas através de uma análise crítico-reflexiva. Podemos constatar que o enfermeiro especialista assume um papel preponderante durante o período perioperatório na gestão e prevenção de infeção e na promoção da assepsia de toda a equipa multidisciplinar envolvida, tendo a preocupação, no intraoperatório, de verificar a esterilização dos materiais a usar e de todos os envolventes no momento cirúrgico, com a lavagem cirúrgica das mãos dos enfermeiros e cirurgiões presentes na mesa operatória, na conspurcação ou não dos campos, pessoas e materiais, entre outros. Na equipa onde estivemos inseridos durante o estágio foi constatado que a maioria dos profissionais estão sensibilizados para estas práticas seguras, no entanto há sempre momentos em que falham e, nesses momentos o enfermeiro assumiu a sua competência informando os restantes profissionais da situação ocorrida.

Verificamos que na equipa em que estávamos inseridos o trabalho em equipa era fundamental para o bom funcionamento das cirurgias, como já foi referido o chefe da equipa onde decorreu o estágio não é especialista, não indo de encontro ao descrito em Diário da República (Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro, 2019), no entanto todos os enfermeiros da equipa estavam sensibilizados para a importância do trabalho em equipa, assegurando assim a segurança tanto do utente como de todos os profissionais envolvidos na cirurgia. Todos os enfermeiros do BOC da especialidade de cirurgia vascular eram competentes para assumir qualquer uma das três valências do enfermeiro do perioperatório, desta forma o trabalho em equipa ficou mais facilitado uma vez que todos puderam dar o seu contributo para a equipa/ cirurgia em situações de stress ou momentos mais críticos.

Também foi delineado como objetivo específico, no âmbito do mestrado, o desenvolvimento de competências de comunicação no âmbito da transição de cuidados no contexto do perioperatório, uma vez que foi identificado após discussão com a enf^a tutora e vários enfermeiros do BOC que esta era uma lacuna, desta forma foi elaborado um lembrete como forma de lembrar os enfermeiros da norma da DGS sobre uma comunicação segura através a utilização da metodologia I.S.B.A.R. durante a transição de cuidados (Apêndice I) (Direção Geral da Saúde, 2017).

3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória

A enfermagem perioperatória define-se como sendo o conjunto de conhecimentos teórico-práticos usado pelo enfermeiro de sala operatória através de um processo programado, através do qual reconhece quais as necessidades do utente a quem presta ou vai prestar cuidados, executando-os com destreza e segurança e avaliando-os calculando os resultados obtidos do trabalho prestado (AESOP, 2012).

Por sua vez a Association of Perioperative Registered Nurses (AORN), definiu o enfermeiro da sala de operatória como sendo o profissional responsável pela identificação de necessidades fisiológicas, psicológicas e sociais do utente e pela elaboração e implementação de um plano individualizado de intervenção, tendo como objetivo manter a saúde e bem-estar do utente antes, durante e após a cirurgia (AORN, 2012).

Podemos constatar que, hoje em dia, os enfermeiros, na maioria dos sistemas de saúde, constituem o maior número de profissionais, assim sendo, a enfermagem adota uma crescente relevância enquanto disciplina e profissão (Regulamento nº 613/2022).

Desta forma, o enfermeiro perioperatório, como referido anteriormente, deve ser um enfermeiro especialista e, mais especificamente, ser um enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, especializado na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, de quem se espera um conjunto de competências específicas.

Isto vem demonstrar a evolução da enfermagem tanto como profissão e como disciplina.

De um lado, enquanto profissão, a enfermagem “tem evoluído no sentido de responder às progressivas necessidades de cuidados e dos diferentes contextos de atuação, assumindo uma complexificação crescente de conhecimentos, práticas e locais de trabalho, potenciando novos campos de atuação do exercício profissional autónomo do enfermeiro e do enfermeiro especialista e enquanto elemento da equipa multidisciplinar e multiprofissional de saúde” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

De outro lado, “enquanto disciplina, a evolução da enfermagem como ciência e o número crescente e diversificado de áreas de investigação a ela associadas têm contribuído para que, globalmente, os enfermeiros possuam um maior grau de diferenciação, a que corresponde um corpo científico próprio e autónomo, contribuindo para que, também na prestação de cuidados e funcionamento dos serviços de saúde, tenham um maior reconhecimento e assumam novas e mais complexas responsabilidades” (Regulamento nº 613/2022, p. 179).

Após abordagem das competências comuns aos enfermeiros especialistas, centramo-nos agora na reflexão sobre a prática destas no contexto do período perioperatório. Após o reconhecimento dos riscos inerentes ao contexto perioperatório devido à sua elevada complexidade existiu a necessidade de elaborar um documento regulador das competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEMCPSP). Estas encontram-se definidas no Regulamento nº 429/2018, de 16 de julho, nomeadamente no artigo 5º, sendo definidas como:

- Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa;
- Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

O principal objetivo da enfermagem é cuidar, no entanto, não é um objetivo fácil de concretizar, pelo que o enfermeiro deve agir segundo uma conduta ética e responsável, onde esta arte se apresenta como uma profissão que requer uma forma de atuar profissional com características, princípios e valores próprios (Deodato, 2014).

Dada a elevada complexidade do cuidar em enfermagem, leva o enfermeiro a ver o utente de uma forma holística, global, abordando-o como um todo. Assim sendo, pressupõe-se que este profissional deve possuir um conjunto de competências e as quais não se resumem às competências técnicas.

Desta forma, é essencial que o enfermeiro seja conhecedor de capacidades técnicas, mas, também, de capacidades humanas como a habilidade de comunicar, de ter uma sensibilidade diferenciada relativamente às necessidades físicas, psicológicas, sociais e emocionais do utente, tendo em consideração que quando o cuidar não tem em conta o doente, é fácil surgirem desafios a nível do desenvolvimento de capacidades, conhecimentos e recursos e, em consequência disso, na evolução e progresso das competências (Serrano, Costa, & Costa, 2011). Como já referindo anteriormente, a comunicação assume um papel de extremo relevo, sendo uma competência fundamental para estabelecer uma relação terapêutica com o utente, assim como com a sua família/ pessoa significativa e com a restante equipa multidisciplinar da qual o enfermeiro perioperatório faz parte, uma vez que este não trabalha de forma isolada (Direção Geral da Saúde, 2010).

3.1. Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/ pessoa significativa

Ponderando a especificidade das necessidades do utente que vivência o processo anestésico e cirúrgico, refletindo sobre as competências específicas do EEEMCPSP e tendo em linha de conta as atividades realizadas ao longo do estágio, é importante referir que, através das intervenções de enfermagem realizadas no BOC, foi possível consolidar e aprofundar competências relativas ao cuidar do utente em situação perioperatória e sua família/ pessoa significativa. Relativamente ao cuidar do utente e sua família/ pessoa significativa, as competências foram desenvolvidas através das intervenções de enfermagem realizadas, e procurando desenvolver uma abordagem holística e humanista, não só se mobilizaram e aprofundaram competências técnicas, como também foram necessárias competências interpessoais, de maneira a capacitar o utente para a gestão da experiência cirúrgica, promover cuidados à pessoa em situação perioperatória e desenvolver a intervenção através de uma abordagem interprofissional.

Também numa perspetiva interprofissional, usaram-se estratégias de comunicação eficazes na transição de cuidados, tanto dentro da sala operatória como fora desta, com o objetivo de melhorar a segurança cirúrgica do utente.

As atividades realizadas do perioperatório são, muitas vezes, situações de stress, havendo sempre ruídos, o elevado número de pessoas, a descarga de informações, entre outros são vários fatores que afetam a comunicação entre os profissionais, o que pode gerar falhas na mesma. Como referido anteriormente, as falhas na comunicação são apontadas como uma das principais causas de eventos adversos em saúde, sendo estas na sua maioria falhas de comunicação entre a equipa de saúde, nos momentos de transição de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017).

Ao criar a norma para a implementação da ferramenta I.S.B.A.R., a DGS tem como principal objetivo incentivar segurança no momento da transferência de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017).

Isto vem corroborar no PNSD 2021-2016, no pilar número três, pilar da comunicação, que evidência a necessidade de uma comunicação eficaz em todo o processo de cuidar (Despacho nº 9390/2021).

O cuidar do utente em situação perioperatória é uma realidade diferente do domínio do cuidar em enfermagem, exigindo, por parte dos enfermeiros especialistas, conhecimentos, competências, formas de atuar e atitudes específicas, que a partir da sua ação, podem decidir o desfecho da vida humana.

3.2. *Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica*

A segurança do utente assume um papel de relevância e importância a nível global, quando falamos do perioperatório isso torna-se ainda mais evidente. Este contexto é o único na prestação de cuidados ao utente em que podemos verificar a existência dos três “Desafios Globais para a Segurança do Doente” definidos em 2017 pela OMS, sendo estes o “Safe Sugery Saves Lives”, o “Medication Without Harm” e o “Clean Care is Safer Care” (OMS, 2017). Em 2017, na Assembleia da Ordem dos Enfermeiros – Conselho da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE-CEEMC) foram aprovadas as alterações ao documento onde constam os padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem médico-cirúrgica (OE-CEEMC, 2017). No contexto perioperatório, as intensas trocas de comunicação, a colaboração entre equipas multidisciplinares, os procedimentos complexos no circuito perioperatório e a elevada dependência do utente em relação à anestesia podem criar situações propícias a erros, tais como: identificação errada do doente, intervenção no lado errado, contagens incorretas, lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico, lesões causadas por dispositivos médicos, risco de queimaduras, violações das técnicas assépticas, infeções no local cirúrgico, hemorragias, hipotermia, entre outras (OE-CEEMC, 2017).

A isto, acrescenta o facto do perioperatório ser um ambiente muito complexo e de elevada tecnologia, onde existem diversos dispositivos médicos e uma grande necessidade de controlo ambiental constante e rigoroso onde são criadas situações de alto risco (OE-CEEMC, 2017). Para além disso, a pressão de produção e os rácios de profissionais insuficientes ou inadequados estão identificados como ameaças iminentes à segurança do utente neste contexto (Mota, 2021). Assim sendo, é compreensível, dado o ambiente complexo, social e relacional inerente ao perioperatório, que se justifique que 27% dos eventos adverso de segurança observados a nível mundial nos sistemas de saúde estejam relacionados com procedimentos cirúrgicos (Mota, 2021).

A verdade é que muitos destes eventos são evitáveis e nesse sentido cabe aos profissionais agir de forma a promover uma abordagem regular e padronizada, tanto a nível individual como em equipa. Esta conduta já foi legislada e normalizada a nível nacional e é expectável que o enfermeiro especialista seja conhecedor da mesma e aja em função da sua implementação na prática clínica. A legislação já foi referida anteriormente quando foi citado o PNSD 2021-2026, onde são definidos catorze objetivos suportados por cinco pilares da segurança (Despacho nº 9390/2021). O PNSD 2021-2026, também exige aos profissionais de saúde, nos diferentes contextos de cuidados, que estejam ativamente envolvidos na

execução dos objetivos que este plano define e a realização contínua de práticas seguras em ambientes cada vez mais exigentes (Despacho nº 9390/2021).

Através destes factos podemos concluir que a segurança do utente está bem definida, tanto a nível internacional como a nível nacional, e estamos munidos de todas as ferramentas necessárias para uma prestação de cuidados mais segura e em conformidade com a legislação em vigor. No entanto, ao longo do estágio, podemos constatar que ainda existem algumas falhas no que diz respeito à implementação destas ferramentas no contexto do intraoperatório, ameaçando assim a segurança do utente.

No caso em concreto do segundo desafio dos “Desafios Globais para a Segurança do Doente” o “Safe Surgery Saves Lives”, em Portugal denominado de “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, ao qual Portugal aderiu em 2009, tem como objetivo o aumento dos padrões de qualidade desejados pelos utentes. Após a adesão de Portugal Portugal a DGS, em 2010, procedeu à anulação da Circular Normativa 16/DGS/DQCO para todos os blocos operatórios do Sistema Nacional de Saúde, passando a implementar a Norma “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (Direção Geral da Saúde, 2013a). Isto foi possível através da adesão dos BO à implementação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (LVSC) e do Índice de Apgar Cirúrgico, sendo necessário comprometimento e empenho de todos profissionais envolvidos na cirurgia, de forma a identificar os problemas mais comuns e potencialmente fatais da assistência cirúrgica insegura (Direção Geral da Saúde, 2013a).

Foi possível verificar que, apesar de ser uma norma muito importante e pertinente para a segurança do utente, no dia-a-dia da prática clínica esta norma está banalizada. Isto porque, podemos constatar que os momentos chave da “Cirurgia Segura, Salva Vidas” não são realizados em tempo útil nem de forma completa como é preconizado, exemplo disso, é o facto de esta ferramenta, por diversas vezes ser preenchida automaticamente pelo enfermeiro circulante da sala, e muitas vezes, após o começo da cirurgia, não cumprindo assim os tempos de “Sign in”, “Time out” e “Sign out” descrito na norma (Direção Geral da Saúde, 2013a). Nestes casos, o enfermeiro especialista deveria ter assumida um papel proponderante, e tomado a decisão de se fazer cumprir as normas institucionalizadas, o que na maioria dos casos não aconteceu.

Sabemos que a infeção associada ao local cirúrgico é a 3ª infeção associada aos cuidados de saúde mais frequente (AESOP,2014), e que esta, está relacionada com a alta morbidade, mortalidade dos utentes e com os elevados custos para o SNS. Esta infeção está relacionada com o procedimento cirúrgico e, como o nome indica, está associado ao local onde existe a incisão cutânea ou próximo deste local. É considerada Infeção do Local Cirúrgico (ILC) todas as infeções ocorridas nos locais anteriormente descritos que ocorram nos primeiros trinta

dias pós-operatório ou até um ano nos casos em que existe a colocação de próteses ou implantes (Direção Geral da Saúde, 2015b). A evidência aponta-nos que aproximadamente 60% destas infeções são evitáveis através da aplicação de estratégias baseadas na evidência (Direção Geral da Saúde, 2015b).

Como já referido, muitos são os fatores do contexto perioperatório associados ao processo de prevenção da ILC. Estudo têm revelado o reconhecimento de várias não conformidades no que diz respeito ao reprocessamento dos dispositivos médicos, mais propriamente no âmbito da inconformidade dos sistemas de encerramento, material embalado incorretamente, incompleto ou danificado, indicador químico ausente, identificação errada da embalagem e validade expirada (Blackmore et al., 2013; Pereira et.al., 2021; Zhu et al., 2019). Neste sentido, as intervenções de enfermagem que se prendem com a realização da lista de verificação de segurança cirúrgica expõe um tema voltado para a validação por parte dos enfermeiros da esterilidade dos dispositivos médicos usados nos procedimentos cirúrgicos. É importante saber quais as exigências legais inerentes ao percurso dos dispositivos médicos, assim como comprovarmos que estes se estão em perfeito estado de segurança para a sua utilização durante a cirurgia. Como enfermeiros especialistas devemos verificar as condições de armazenamento, a validade e a integridade das embalagens de todos os dispositivos médicos, tanto de uso único como de uso múltiplo assim como dos diversos materiais hemostáticos e dos materiais protésicos, efetuando sempre o registo informático e/ou em folha própria, ficando anexada ao processo clínico do utente. Estas foram sempre intervenções com especial ênfase durante o estágio, não só quando exercíamos a valência de instrumentação cirúrgica, mas também quando estávamos na valência de circulante.

Mais uma vez, o EEEMCPSP assume um papel fundamental no processo de controlo e prevenção da infeção associada aos cuidados no perioperatório ao agir e incentivar à implementação das normas em vigor, sendo estas a “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (Direção Geral da Saúde, 2013^a), “Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico” (Direção Geral da Saúde, 2013b); “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (Direção Geral da Saúde; 2013c); e “Feixe de Prevenção da ILC” (Direção Geral da Saúde, 2015b).

Como enfermeiro especialista o que podemos fazer para minimizar esta condição é o planeamento, distribuição e recolha do material em tempo útil e formar os demais profissionais de forma a que funcione tudo coordenado.

Com o decorrer do estágio foi possível verificar a preocupação dos enfermeiros, sendo que os enfermeiros especialistas apresentavam particular atenção, com a prevenção e controlo de infeção, intervindo sempre com os restantes profissionais no que diz respeito ao

cumprimento dos princípios de assepsia progressiva, dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos e da utilização de barreiras de proteção. Estas intervenções passaram pela confirmação da esterilização dos dispositivos médicos, cuidados à pele antes da incisão cirúrgica que englobam tricotomia, se necessário, lavagem e desinfeção do local cirúrgico, gestão da profilaxia antibiótica, manutenção da normotermia e normoglicemia da pessoa no período perioperatório e manutenção da técnica asséptica cirúrgica. Podemos constatar a preocupação constante dos enfermeiros especialistas presentes nas salas operatórias na manutenção da técnica asséptica relativamente a outros grupos profissionais que não a tinham tão enraizada por vezes, sendo que, muitas vezes, o enfermeiro assumia uma postura de liderança e assertividade de forma a fazer-se ouvir e sentir. Tomando como exemplo as situações em que os focos de luz, batas, ou luvas eram conspurcados, era notória a assertividade com que os enfermeiros especialistas falavam e paravam o procedimento de forma a que os mesmos fossem trocados. O mesmo não se aplicava a alguns enfermeiros (generalistas) e outros profissionais de saúde presentes na sala.

Sabemos que mesmo que as chefias e as instituições promovam a segurança do utente nos diferentes contextos, esta vai sempre depender de cada prestador de cuidados como ser individual que presta o cuidado. No BO, e seguindo o pensamento anterior, importa reforçar a importância da consciência cirúrgica de forma a garantir essa segurança ao utente. A consciência cirúrgica pressupõe antecipação dos riscos inerentes ao perioperatório, e numa perspetiva de enfermeiro especialista devemos ter uma compreensão mais abrangente de todos os fatores que contribuem para estes riscos (Ordem dos Enfermeiros, 2004).

Aqui, mais uma vez, tocamos no ponto da comunicação quando falamos em segurança do utente. É fundamental assumirmos uma comunicação eficaz tanto com o utente como com os restantes profissionais de saúde.

Esta comunicação com o utente deve passar por uma comunicação assertiva, esclarecedora e explícita, de forma a ganharmos a confiança do nosso utente e que este se sinta seguro durante o período em que está ao nosso cuidado, mas não só, devemos também assumir uma postura de escuta ativa, de maneira a que o utente se sinta ouvido. Esta situação foi notória durante o percurso no BOC, no acolhimento ao utente, havia sempre um tempo para exercer esta comunicação e relação de confiança/ segurança entre o utente e os enfermeiros da sala operatória. De uma forma geral, todos os enfermeiros, independentemente da valência que estivessem a exercer naquela cirurgia, deslocavam-se à zona de acolhimento para acolher o utente e fazê-lo sentir-se seguro. Desta forma, durante o estágio, de uma forma geral o utente foi sempre tratado como um todo. Tentamos criar relações de empatia com os utentes logo desde a admissão no BO mas não só, uma grande

parte das cirurgias aconteceram com anestésias locais, desta forma, e tentando compreender as ansiedades e receios do utente foi estabelecida uma relação de confiança entre o utente e os enfermeiros.

Se, por um lado a comunicação com o utente é fundamental, por outro lado comunicar de forma eficaz em equipa multidisciplinar no perioperatório é essencial para garantirmos a segurança do utente. A comunicação efetiva com os utentes só acontece quando estes assumem parte fundamental no processo de cuidar, e que a escuta ativa dos utentes, juntamente à identificação clara dos mesmos e às listas de verificação cirúrgicas, desempenhem um papel essencial na promoção da sua segurança (Santos & Grilo, 2021).

Neste sentido, é importante que o enfermeiro especialista esteja ciente dos momentos críticos em que a comunicação possa interferir na segurança do utente, procurando incentivar a uma postura adequada tanto pessoal como da restante equipa, aquando destes momentos. Este deve incentivar a implementação de ferramentas de comunicação existentes e descritas como eficazes durante a transição de cuidados entre profissionais, e usando a lista de verificação “Cirurgia Segura, Salva Vidas” (Direção Geral da Saúde, 2013a).

4. Considerações finais

A realização de um estágio é de extrema importância em qualquer formação e no âmbito da enfermagem é mais relevante, uma vez que é fundamental que os alunos sejam conhecedores da realidade que irão enfrentar, possibilitando-os a aplicação do conhecimento teórico a uma realidade verdadeira. Assim sendo, o estágio adquire uma experiência não só pedagógica, mas também uma experiência profissional, dado que somos incentivados a aplicar conhecimentos adquiridos num período de aprendizagem em contexto real e permite-nos conhecer a realidade vivida pelos profissionais num contexto diferente do nosso. Desta forma é nos permitido desenvolver competências técnicas, interpessoais e humanística, sempre com o objetivo de prestar o melhor cuidado ao utente de forma segura para todos os intervenientes.

Pretendeu-se nesta primeira parte do relatório de final de estágio mostrar a reflexão crítica produzida ao longo do estágio, descrevendo um pouco as experiências vividas e como elas contribuíram para aquisição e desenvolvimento de novas competências.

A reflexão tem um papel vital no nosso desenvolvimento profissional, pois é esta, aliada ao desenvolvimento das nossas competências, que nos vai moldar enquanto profissionais. Só refletindo é que podemos avaliar com rigor as nossas práticas, e só desta forma podemos desenvolver as nossas competências profissionais e, conseqüentemente, desenvolver a nossa profissão.

No decorrer do estágio houveram momentos específicos de reflexão do nosso desenvolvimento, sendo estes os momentos de avaliação, mas não só. Na prática do dia-a-dia, em qualquer altura foram proporcionados pela Enf^a tutora momentos de reflexão relativos a experiências da prática clínica.

Sendo este estágio inserido num contexto tão específico e tendo por base que é pedido que demonstrem aqueles que são detentores do grau de mestre (Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto, 2018, p. 4162):

“Capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”.

O BO, assume-se como um contexto de atuação altamente complexo, podendo considerar-se que a formação base em enfermagem (a Licenciatura) descure este contexto, ficando no

total, ou quase total, desconhecido. No entanto, a frequência do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica – Área de Especialização à Pessoa em Situação Perioperatória e a realização deste estágio, assumiram um papel de grande aprendizagem, oportunidades e enriquecimento. Isto porque, tanto os conhecimentos lecionados em escola durante o curso de mestrado, como os conhecimentos transmitidos pelos profissionais no contexto de estágio e a pesquisa de evidência científica para implementação na prática clínica, contribuíram para um aumento no conhecimento e que, conseqüentemente, se irão refletir numa prestação de cuidados de enfermagem de maior qualidade. A maior dificuldade sentida ao longo de todo este percurso prendeu-se com o facto de a candidata não ter experiência anterior neste contexto tão diferenciado como é o BO. Estas experiências, possibilitaram aquisição de conhecimentos essenciais para a prática do enfermeiro no BO e ajudaram a despertar os sentidos para os riscos a que o doente e os profissionais de enfermagem estão expostos neste contexto. Isto possibilitou a tomada de consciência que, no exercício da prática, se refletiu na tomada de decisão mais segura visando o conforto e a segurança do utente, mas também a segurança do próprio enfermeiro.

No decorrer deste estágio foi possível alcançar os objetivos definidos, assim como as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área à Pessoa em Situação Perioperatória, e também, construir bases sustentáveis para agir como enfermeira especialista, contribuindo de forma fundamental para o desenvolvimento de competências e cuidados à pessoa em situação perioperatória, tendo por base a prática de uma enfermagem avançada sempre sustentada na melhor evidência científica.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Barreiras à implementação de estratégias de comunicação
para a transição de cuidados no perioperatório

1. Resumo

Enquadramento: A segurança do utente constitui um dos maiores desafios nos cuidados de saúde. Para uma prestação de cuidados segura concorrem a transmissão de informação de forma adequada e eficiente, a definição de estratégias standard para a diminuição do erro e o aumento de eficiência neste processo.

Objetivos: Identificar as barreiras à implementação de estratégias para a comunicação na transição de cuidados em contexto perioperatório.

Metodologia: Scoping review, segundo o Joanna Briggs Institute. Bases de dados utilizadas: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE e PubMed Central (via PubMed), Scopus, COCHRANE, Scielo e LILACS. Consideramos estudos empíricos, qualitativos ou quantitativos, em português, inglês ou espanhol, sem hiato cronológico, referentes a pessoas adultas submetidas a cirurgia na transição de cuidados em contexto do perioperatório.

Resultados: Identificamos 47 artigos, incluindo 6 desses estudos nesta revisão. Estes apresentam propostas para diminuir algumas barreiras relatadas para a efetividade na comunicação. Falta de comunicação efetiva entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados, falta de padronização entre os profissionais, sobrecarga de trabalho e falta de prática e formação sobre as melhores práticas de comunicação são algumas das barreiras identificadas.

Conclusão: A comunicação eficaz durante a transição de cuidados é essencial para a continuidade dos cuidados de saúde e a segurança do utente. O estudo delineado poderá assim ser uma mais valia, pois fornece uma visão abrangente das barreiras e estratégias para a comunicação eficaz durante a transição de cuidados no perioperatório, o que pode ser útil para profissionais de saúde, investigadores e gestores de saúde.

Palavras-Chave: “Transferência da Responsabilidade pelo Paciente”, “Salas Cirúrgicas”, “Enfermagem de Centro Cirúrgico” e “Barreiras de Comunicação”

2. Abstract

Background: Patient safety is one of the greatest challenges in healthcare. Safe care depends on the adequate and efficient transmission of information, the definition of standard strategies to reduce error and increase efficiency in this process.

Objectives: To identify the barriers to the implementation of communication strategies in the transition of care in the perioperative setting.

Methodology: Scoping review, according to the Joanna Briggs Institute. Databases used: CINAHL (via EBSCO), MEDLINE and PubMed Central (via PubMed), Scopus, COCHRANE, Scielo and LILACS. We considered empirical, qualitative or quantitative studies, in Portuguese, English or Spanish, without chronological gap, referring to adult people undergoing surgery in the transition of care in the perioperative context.

Results: We identified 47 articles, including 6 of these studies in this review. These present proposals to reduce some reported barriers to effective communication. Lack of effective communication among healthcare professionals during transition of care, lack of standardisation among professionals, work overload, and lack of practice and training on communication best practices are some of the barriers identified.

Conclusion: Effective communication during transition of care is essential for continuity of care and patient safety. The outlined study may therefore be of added value as it provides a comprehensive overview of barriers and strategies for effective communication during care transition in the perioperative period, which may be useful for healthcare professionals, researchers and healthcare managers.

Keywords: "Transfer of Responsibility for the Patient", "Operating Rooms", "Surgical Centre Nursing" and "Communication Barriers".

3. Fundamentação/enquadramento teórico

A cirurgia é comumente realizada todos os dias globalmente. Foram realizadas cerca de 312 milhões de cirurgias em todo o mundo em 2012, constituindo um aumento de 38% em relação a 2004 (Weiser et al., 2016). Tanto a cirurgia quanto a anestesia têm riscos inerentes e os cuidados perioperatórios dos utentes podem ser complexos, principalmente aqueles com múltiplas condições médicas. Os profissionais de saúde são frequentemente solicitados a ajudar a avaliar e gerenciar pessoas em situação perioperatória durante o período perioperatório (Huang et al., 2020).

O período perioperatório começa com a decisão de realizar a cirurgia e termina quando o utente está totalmente recuperado da cirurgia. Durante este período, os profissionais de saúde prestam cuidados em ambulatórios pré-operatórios, durante o internamento hospitalar ou em clínicas pós-alta/ Unidades de Cuidados à Comunidade (Huang et al., 2020). Os cuidados de saúde são prestados à pessoa em situação perioperatória em vários momentos ao longo do cronograma perioperatório, envolvendo quatro fases primárias. A fase pré-operatório diz respeito ao momento desde a decisão de fazer a cirurgia até chegar à área pré-operatória. A estratificação e a otimização do risco são frequentemente solicitadas nessa linha do tempo. O dia da cirurgia constitui o momento da chegada à área pré-operatória, passando pela sala operatória, recobro e transferência para o internamento. A fase de internamento pós-operatório diz respeito aos cuidados prestados desde a chegada ao serviço de internamento até à alta hospitalar. Neste período podem surgir complicações médicas, sendo necessário um maior acompanhamento do utente. Por fim, a fase pós-alta constitui o momento desde a alta hospitalar até o regresso ao trabalho. O percurso clínico do utente neste período, muitas vezes gerido pelo prestador de cuidados primários e pelo cirurgião, pode ser influenciado significativamente pela qualidade da comunicação do utente internado para o ambulatório e pela organização do acompanhamento pós-alta adequado (Thompson et al., 2017; Shen & Thompson, 2020).

Os utentes depositam confiança no sistema de saúde para prestar cuidados seguros e de alta qualidade que atendam às suas necessidades e expectativas (Australian Commission on Safety and Quality in Health Care [ACSQHC], 2019). A aceitação da responsabilidade pela prática e o reconhecimento do papel do enfermeiro na proteção da autonomia do utente e do direito a cuidados de alta qualidade e seguros do ponto de vista clínico e cultural são fundamentais (Battie & Steelman, 2016). Isto não poderia ser mais importante do que no

contexto perioperatório, onde os utentes são expostos às vulnerabilidades associadas à anestesia quando estão temporariamente incapazes de agir por conta própria (Munday et al., 2015).

A segurança do utente integra um dos maiores desafios nos cuidados de saúde, reconhecer o erro e agir em conformidade deve ser um dos principais mecanismos de ação no quotidiano do profissional de saúde.

De forma a prevenir acontecimentos adversos a Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em maio de 2007 os “Nine patient safety solutions”, que consistiu na identificação dos nove erros mais frequentes que comprometem a segurança do utente. A medida teve como objetivo a organização de várias equipas focadas na identificação de situações de risco e nas estratégias/ soluções para a prevenção acontecimentos adversos (OMS, 2007).

O trabalho da OMS no campo evidenciou a importância da comunicação como um fator impactante na qualidade e na segurança durante a prestação de cuidados ao utente (OMS, 2007).

A literatura demonstra que, a nível internacional, as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos no cuidado ao utente e que na sua maioria ocorrem devido a erros de comunicação entre os profissionais de saúde, durante os momentos de transição de cuidados do utente (Direção Geral da Saúde, 2017).

A transição dos cuidados do doente deve incluir uma comunicação eficaz na passagem da informação entre as equipas que prestam os cuidados, devendo esta ser feita da forma mais segura para o doente (Direção Geral da Saúde, 2017)

De entre as falhas mais comuns, incluem-se a falta de precisão, omissão de informação e a falha na priorização das atividades e nos erros de informação fornecida (Direção Geral da Saúde, 2017). A comunicação eficaz entre profissionais de saúde é descrita como a transmissão de informação de forma precisa, oportuna, sem ambiguidade, completa, atempada e compreendida pelo recetor; e como transição de cuidados entende-se qualquer momento em que se verifica a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre cuidadores, tendo como função a continuidade e segurança dos mesmos (Direção Geral da Saúde, 2017)

A literatura revista converge na ideia de que é essencial a utilização de uma ferramenta de comunicação uniforme, que seja do conhecimento geral de todos os profissionais de saúde e que os mesmos a usem de forma sistemática (Prasad et al., 2020).

O estudo focado na comunicação interprofissional é uma abordagem que pode facilitar a comunicação entre o bloco operatório e os cuidados pós anestésicos durante a transição dos cuidados à pessoa em situação perioperatória (Massa et al., 2021). O mesmo autor vem

corroborar a norma da DGS sobre a comunicação eficaz na transição de cuidados, afirmando que é durante esta passagem de responsabilidade que mais eventos adversos podem ocorrer por omissão de informação, e que isto pode ser reduzido usando um instrumento de passagem de informação padronizado (Direção Geral da Saúde, 2017).

A segurança do utente está interligada com a utilização de ferramentas standard na transmissão de informação e que ainda que elas acrescentem mais tempo no momento de transmissão de informação crescem em 30% a quantidade de informação transmitida aos colegas (López-Parra et al., 2020).

Estudos recentes demonstram que, apesar de sabermos que a comunicação é uma das principais falhas e que pode levar a acontecimentos graves para o utente, não houve grande evolução nas estratégias a adotar para além das transições de cuidados utilizando uma ferramenta de comunicação uniformizada (Zjadewicz et al., 2018).

É notória a limitação de informação e estudos primários em relação à solução mais adequada a implementar no contexto perioperatório, no entanto pretende-se conhecer quais as estratégias que existem e as barreiras para a sua implementação na prática clínica.

Publicado em 2021 pelo Ministério da Saúde, o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (Despacho n.º 9390/2021) destaca a importância da avaliação dos utentes e a elaboração de um plano de cuidados individualizado para cada utente, com o objetivo de proporcionar cuidados de qualidade e personalizados. Também aborda a gestão da rede de cuidados continuados, incluindo a coordenação entre as diferentes unidades e a gestão dos recursos humanos e financeiros. A comunicação eficaz é fundamental para garantir uma transição segura e bem-sucedida dos cuidados de saúde, especialmente durante a transferência de utentes entre unidades de cuidados de saúde. A DGS (Direção Geral da Saúde, 2017), destaca a importância da comunicação clara e eficaz durante todo o processo de transferência de utentes, desde a preparação até à entrega do utente. Para garantir uma comunicação eficaz durante a transferência de utentes cirúrgicos, o protocolo de transferência padronizado é uma ferramenta útil, neste caso a DGS aponta a técnica I.S.B.A.R. como uma ferramenta segura e eficaz na transição de cuidados, não sendo esta especificamente para o contexto em questão (Direção Geral da Saúde, 2017), no entanto, a implementação desta ferramenta no cuidado anestésico pode melhorar a comunicação entre os profissionais, aumentando assim a segurança e reduzindo os incidentes causados pelos erros de comunicação (Randmaa et al., 2014).

Será também importante perceber não só de que forma a transmissão de informação poderá ser implementada de forma padronizada, mas também de que forma é que velhos hábitos podem ser mudados nos profissionais de saúde para que assim novas estratégias possam ser

definidas. Münter, et al. (2020), aponta a dinâmica de trabalho como um pilar na transmissão de informação, na qual o enfermeiro chefe terá que assumir uma posição de controlo para assim conseguir que as novas formas de comunicação sejam implementadas (Münter et al., 2020).

Portanto, no ambiente de saúde, a comunicação é imperativa. A comunicação entre os profissionais de saúde, os utentes e o sistema de suporte do utente constituem um fator de elevada importância (Garrett, 2016). A comunicação tem um impacto em todas as facetas dos cuidados de saúde a vários níveis (Garrett, 2016). A má comunicação pode levar a resultados negativos para os utentes que se encontram no período perioperatório (Garrett, 2016). Estes resultados negativos podem incluir o não transporte aquando da alta, os utentes não conseguem adquirir a medicação em tempo útil, a diminuição da adesão do utente às indicações pós-alta, a diminuição do número de utentes que marcam consultas de acompanhamento adequadamente, entre outros. A falta de comunicação em qualquer fase da prestação de cuidados pode resultar no descontentamento por parte da pessoa que carece de apoio (Garrett, 2016). Além disso, originam também elevados custos financeiros, por exemplo, o aumento do tempo de internamento, pagamento de indemnizações, entre outros. Portanto, os profissionais de saúde desempenham um papel importante para utentes internados e em procedimentos ambulatoriais (Thompson et al., 2017; Shen & Thompson, 2020).

De facto, a colaboração multidisciplinar dos profissionais de saúde no perioperatório tem sido extensivamente estudada há anos devido à preocupação com o impacto dos fatores humanos na segurança do utente no contexto perioperatório. A qualidade e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos podem ser afetadas pela falha de comunicação (Lingard et al., 2004), sendo necessário perceber que as atitudes em relação aos erros médicos e ao trabalho em equipa influenciam a qualidade e a eficiência dos procedimentos cirúrgicos (Lingard et al., 2004; Mitchell et al., 2011; Sexton et al., 2000). A qualidade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos e a segurança do utente dependem de comunicação de alta qualidade e do conhecimento compartilhado, que são difíceis de alcançar devido à interdependência, limitações de tempo e incerteza do contexto perioperatório (Gittell et al., 2000). Os profissionais da equipa perioperatória não carecem apenas de adquirir conhecimentos clínicos e competências técnicas, mas também de competências de envolvimento em equipas multidisciplinares, entender a complexidade da situação clínica, tomar decisões apropriadas e agir com eficiência (Fletcher et al., 2000; Mitchell & Flin, 2008; Mitchell et al., 2011; Yule et al., 2006).

Um dos fatores que contribui para sucessos descritos para uma comunicação eficaz na transmissão de cuidados passa pela implementação de uma ferramenta de comunicação standard, no entanto, estas ferramentas, muitas vezes, necessitam atravessar barreiras até serem postas em prática (Lane-Fall et al., 2018; Michael et al., 2021). Uma vez que a comunicação está diretamente ligada com a segurança do utente (Despacho n.º 9390/2021) e, como referido anteriormente, existem barreiras à implementação de estratégias que se mostram eficazes quando estudadas, é pertinente perceber e mapear quais são estas barreiras de forma a tentar ultrapassá-las para minimizarmos os possíveis eventos adversos e que ponham em risco a segurança do utente no contexto perioperatório.

Uma das principais barreiras à implementação destas estratégias de comunicação passa pela obtenção de um consenso sobre quais os elementos essenciais para a transmissão de cuidados eficaz por parte das instituições (Michael et al., 2021).

São descritas diversas barreiras para a realização de uma transferência de cuidados ideal, entre elas está a pressão do tempo; a falta de treino/ aprendizagem para uma passagem de cuidados eficaz; diferentes expectativas em relação ao que deve ser transmitido entre os profissionais; e, por fim, diferentes prioridades entre os profissionais envolvidos na transição de cuidados, que incluam cuidados ao utente ou atender às necessidades de outros utentes (Lane-Fall et al., 2018).

Diferentes autores referem ainda outros fatores que podem originar as quebras de comunicação nas equipas de saúde, como fatores humanos (por exemplo: atitudes, comportamentos, lapsos de memória), pressões relacionadas com tempo e sobrecarga de trabalho, hierarquia ou relações de poder distantes, são outros exemplos. Estes fatores ganham ainda mais relevância se se pensar que o processo de prestação de cuidados de saúde implica a transmissão de informação do utente entre vários profissionais de saúde, com diferentes níveis educacionais e especialidades (Leonard et al., 2004; Nemeth, 2008).

É importante compreendermos o conceito de transição de cuidados de saúde, neste sentido a DGS descreve-o como sendo “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (Direção Geral da Saúde, 2017). Normalmente, isso acontece quando a pessoa é transferida para outro local, como da sala de cirurgia para a unidade de recuperação pós-anestésica, ou quando é transferida do internamento hospitalar para o cuidado domiciliário ou de um centro de reabilitação.

A transição de cuidados varia, não só entre instituições como também em contextos clínicos diferentes na mesma instituição, como tal, a utilização de uma ferramenta standard

transversal a todos os contextos e instituições poderá ser um problema. (Michael et al., 2021).

O contexto de perioperatório, por si só, já exige uma capacidade de comunicação eficaz entre os vários elementos das diferentes equipas multidisciplinares, uma vez que, como já referido anteriormente, o utente está num momento de vulnerabilidade e na maioria das vezes o enfermeiro assume o papel de mediador entre o utente e os demais profissionais de saúde. O enfermeiro deve então assumir uma postura de comunicação empática, mas fundamentalmente, assertiva e transversal para que a comunicação seja transmitida e recebida por todos de forma clara.

Como são vários os estudos que têm destacado as barreiras na comunicação durante a transição de cuidados (Bowles et al., 2014; Lachman et al., 2020) e, uma vez que não foi identificado nenhum tipo de revisão da literatura que abordasse as barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição dos cuidados no perioperatório, isto motivou-nos à realização da presente revisão.

4. Finalidade e objetivo

O objetivo desta scoping review é mapear a evidencia sobre as barreiras à implementação de estratégias de comunicação pelos profissionais de saúde, para a transição de cuidados no perioperatório.

Para tal foi formulada a seguinte questão de investigação:

- Quais as barreiras à implementação de estratégias de comunicação pelos profissionais de saúde, para a transição de cuidados no perioperatório?

Pretendemos com este estudo identificar as barreiras colocadas à implementação de estratégias de comunicação durante a transição de cuidados no perioperatório, orientar novas investigações, fornecer informações úteis aos profissionais de saúde e auxiliar as instituições de saúde na tomada de decisões estratégicas para aprimorar a segurança e qualidade do atendimento à pessoa em situação perioperatória.

Com a realização deste estudo de investigação, ambiciona-se que os resultados sejam possíveis de serem aplicados na prática clínica diária, no sentido de promover uma prestação de cuidados mais segura, de qualidade e excelência por parte dos enfermeiros no ambiente do perioperatório.

5. Metodologia

A investigação é realizada com base num processo racional e num conjunto variado de meios que a metodologia pressupõe (Fortin, 2009). A metodologia em investigação é sustentada por paradigmas que implicam as crenças e a visão do investigador e o movem a estudar um fenómeno do seu interesse, para dar resposta à questão de investigação. Esta depende da teoria, pois vem dar significado aos conceitos utilizados numa situação de investigação (Vilelas, 2020). Assim, os diversos métodos de investigação equivalem a diferentes estruturas utilizadas para desenvolver e compreender um fenómeno (Fortin, 2009).

5.1. *Desenho do estudo*

A scoping review trata-se de um tipo de síntese de evidência que, de forma sistemática, identifica e mapeia a amplitude da evidência disponível acerca de um determinado tópico, fenómeno, conceito ou questão. Esta metodologia de investigação permite esclarecer e definir os principais conceitos, assim como, identificar as principais características ou fatores relacionados, quando ainda não estão publicadas revisões sobre o tema (Cordeiro, & Soares, 2019).

A pesquisa bibliográfica segue o protocolo preconizado pelo JBI (Peters et al., 2020)(JBI; Lockwood et al., 2019), que visa garantir clareza e transparência no estudo de scoping review, reduzindo o risco de vieses e de falhas. Este protocolo pressupõe uma estratégia de pesquisa em três etapas. Tendo em conta a evidência de que as conclusões são frequentemente mal informadas nas revisões sistemáticas, as diretrizes do PRISMA para scoping review ajudam a superar este problema, garantindo a qualidade das revisões, seguindo uma estrutura e formato bem definidos. Desta forma, as orientações do PRISMA-ScR (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) descrevem quatro fases específicas (identificação, triagem, elegibilidade, seleção final) necessárias para implementar a pesquisa e seleção de trabalhos (Moher et al., 2015).

Adicionalmente, nesta scoping review realizou-se a metodologia de revisão de literatura interpretativa, tendo em conta as seguintes etapas: (a) identificação da questão inicial de pesquisa, (b) identificação dos estudos relevantes, (c) seleção de estudos a serem incluídos na scoping review, (d) extração de dados e (e) resultados obtidos (Brie et al., 2020).

Seguindo o preconizado pelo JBI, na primeira etapa da investigação, foram identificados estudos através de uma pesquisa realizada na base de dados MEDLINE e Pubmed Central (via

PubMed), por forma a enquadrar o tema, compreender a sua pertinência e identificar os termos de indexação a pesquisar. Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa usando as palavras-chave e descritores encontrados anteriormente nas bases de dados CINAHL (via EBSCO), Scopus, COCHRANE, Scielo e LILACS. Adicionalmente, numa terceira etapa, foi realizada uma pesquisa de literatura cinzenta na Opengrey, nos Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e na biblioteca da ESSNorteCVP. Para além do referido anteriormente, foram também, analisadas as referências bibliográficas da literatura incluída. Foram utilizadas palavras-chave relacionadas com cirurgia, transição de cuidados e perioperatório. Procedeu-se à combinação dos descritores com operadores booleanos AND e OR. Além disso foram usadas palavras truncadas (com *) e limitadas com aspas com vista a uma pesquisa mais ampla por forma a capturar todos os termos dentro do mesmo conceito. Através da estratégia de pesquisa (Quadro 1), chegamos à seguinte frase booleana: (“Patient Handoff” OR “Patient Hand Over” OR “Patient HandOver” OR “Nurs* Hand Over”) AND (“Operating Rooms” OR “Operating Room Nurs*”) AND (barriers OR efficiency OR challenges). Procurou-se identificar todos os artigos relacionados ao tema sem qualquer hiato cronológico.

Quadro 1: Estratégia de Pesquisa

Estratégia	Base de dados	Resultados
("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*")	Pubmed	23393
("Patient Handoff" OR "Patient Hand Over" OR "Patient HandOver" OR "Nurs* Hand Over")	Pubmed	3935
("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*") AND Communication	Pubmed	1656
("Patient Handoff" OR "Patient Hand Over" OR "Patient HandOver" OR "Nurs* Hand Over") AND ("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*")	Pubmed	99
("Patient Handoff" OR "Patient Hand Over" OR "Patient HandOver" OR "Nurs* Hand Over") AND ("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*") AND Communication	Pubmed	50
("Patient Handoff" OR "Patient Hand Over" OR "Patient HandOver" OR "Nurs* Hand Over") AND ("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*") AND Communication AND (barriers OR efficiency OR challenges)	Pubmed	11
("Patient Handoff" OR "Patient Hand Over" OR "Patient HandOver" OR "Nurs* Hand Over") AND ("Operating Rooms" OR "Operating Room Nurs*") AND (barriers OR efficiency OR challenges)	Pubmed	24

As diretrizes JBI apresentam a sigla PCC (“população”, “conceito”, “contexto”), como critérios de elegibilidade, que direciona a melhoria da busca sistemática, operando a extração. O Quadro 2 identifica os critérios de elegibilidade do presente estudo, considerando diretrizes JBI.

Quadro 2: Critérios de Elegibilidade da Scoping Review

População	Estudos que se reportem a profissionais de saúde envolvidos na transição de cuidados em contexto perioperatório;
Conceito	Estudos que se reportem a barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório
Contexto	Estudos que se reportem à transição de cuidados no perioperatório. / todos os contextos do perioperatório

Para a seleção dos estudos foram delineados os seguintes critérios de inclusão: a) estudos empíricos, de natureza qualitativa ou quantitativa, escritos em português, inglês ou espanhol. Por conseguinte, os estudos selecionados foram analisados quanto aos seguintes critérios de exclusão: a) cartas ao editor, resumos de conferências, posters.

A pesquisa foi efetuada por dois revisores independentes, que avaliaram se os artigos, através do título e resumo, eram elegíveis; uma vez que não houve discordância entre os dois primeiros revisores não foi necessário de envolver um terceiro revisor. Para esses artigos, à semelhança do proposto para a seleção dos estudos, a extração dos dados foi realizada pelos mesmos dois revisores independentes, sem a necessidade da intervenção de um terceiro, uma vez que não se verificou nenhuma divergência.

5.2. *Considerações éticas*

No decorrer de todas as fases do estudo entendeu-se que era primordial ter em consideração os princípios éticos consagrados pelo Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação (2018).

Os investigadores comprometeram-se a manter princípios de integridade e de equidade ao longo do estudo, promovendo a justiça, sem comprometer a exatidão a objetividade e o rigor da investigação.

Foram cumpridos as etapas e o processo de investigação para estudos secundários, mantendo o cuidado e diligência de todas as etapas (Nunes, 2020).

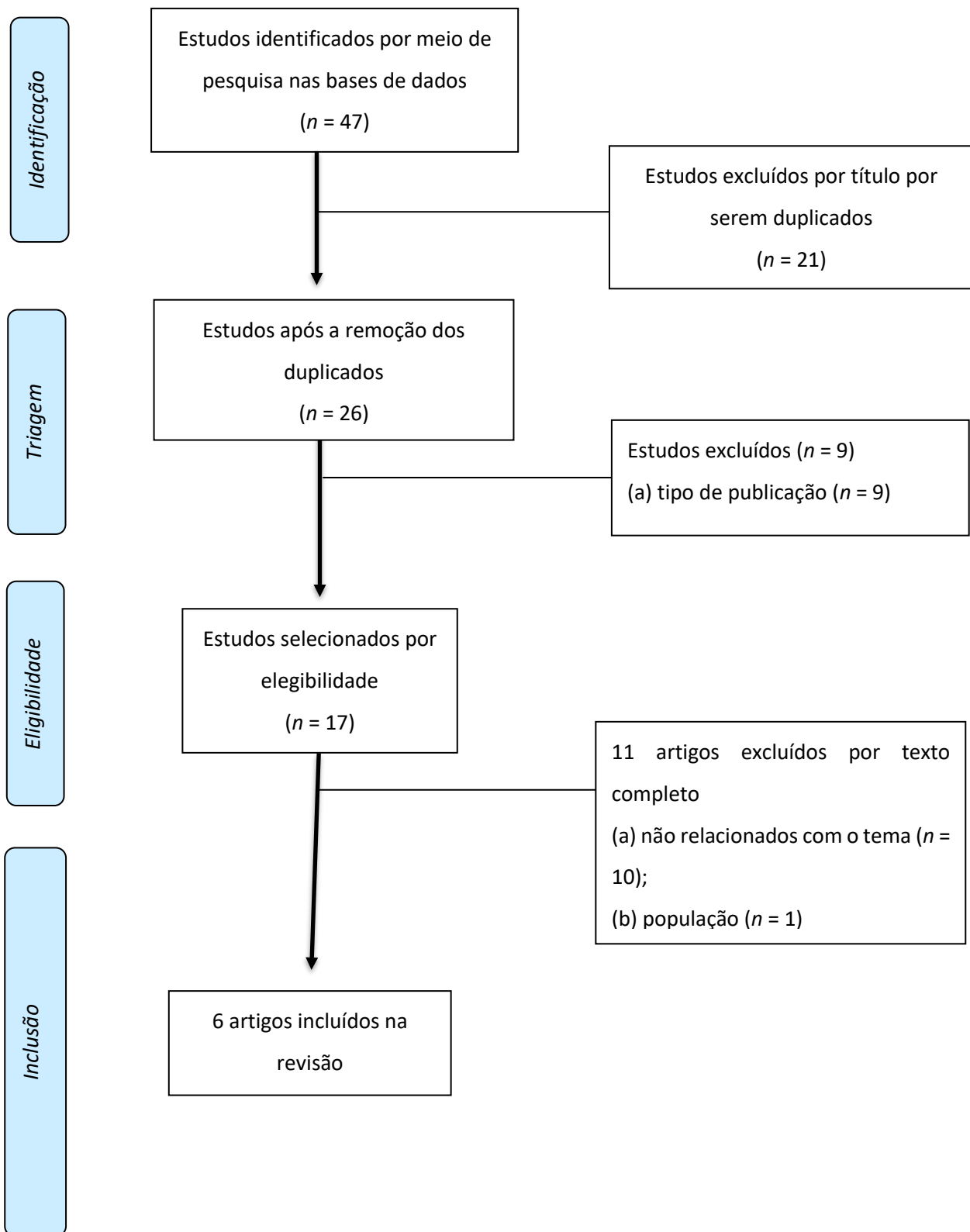
Esta revisão utilizou como dados, documentos acessíveis ao público, não tendo sido considerados critérios que exigiam a aprovação por uma comissão de ética.

Os investigadores declararam ainda não existir conflito de interesses na realização deste estudo e assumiram o compromisso com o definido no protocolo de investigação entregue no início deste percurso, cumprindo com o cronograma previsto e colocando a novo parecer em casos em que o rumo da investigação pudesse ser alterado, por algum motivo.

6. Resultados

Após uma pesquisa realizada nas bases de dados supramencionadas no dia 12 de dezembro de 2022, um total de 47 estudos, publicados entre 2013 e 2022, foram identificados, e um total de 26 estudos foram selecionados para análise de elegibilidade (tendo sido eliminados 21 estudos duplicados). Depois da análise dos estudos através do título e resumo, 17 artigos foram retidos para escrutínio de texto completo, tendo sido excluídos 9 estudos. Dos 17 artigos analisados em texto completo, 11 foram eliminados, tendo sido incluídos nesta revisão 6 estudos (ver Figura 1). Destes 6 artigos, 5 têm origem nos Estados Unidos da América e 1 tem origem em Inglaterra, sendo que, na sua maioria, estudos observacionais (5 estudos observacionais, 1 relato de experiência). As principais características foram extraídas de cada estudo e estão identificadas no Anexo II e resumidamente nas tabelas 1 e 2.

Figura 1- Fluxograma do Processo de Scoping Review. Pesquisa realizada a 12 de dezembro de 2022



Ainda que poucos estudos, apenas 6, tenham identificado estas barreiras, dos possíveis estudos, verifica-se que a falta de comunicação clara entre os profissionais de saúde e falta de padronização de processos, parecem ser as dificuldades comumente sentidas (e.g., Kumar et al., 2017; Lane-Fall et al., 2018, 2020). Os estudos incluídos, apresentam propostas para diminuir algumas barreiras para a efetividade na comunicação relatadas na literatura.

Da análise dos estudos foi possível, para além das barreiras identificar, também, possíveis estratégias para minimizar o impacto destas à comunicação na transição de cuidados no perioperatório (Tabela 1).

Tabela 1: Tabela de Identificação das Estratégias e Barreiras Resumida

Autor (ano)	Estratégia de Comunicação	Dificuldades/Barreiras
Burns et al. (2018)	Instrumento standard/ padronizado	A não utilização de uma lista de verificação para padronizar o processo dificulta a comunicação, a coordenação entre as equipas envolvidas, a eficácia e a eficiência da transferência de utentes
Hamid et al. (2021)	Running in parallel	Os modelos tradicionais de transição de cuidados entre o BO e a UCI podem estar sujeitos a falhas de comunicação, o que pode levar a eventos adversos e complicações para os utentes
Kumar et al. (2017)	Abordagem planear-fazer-estudar-agir (PFEA)	Falta de padronização de processos de handover; Falta de formação adequada das equipas envolvidas; Dificuldades em obter o envolvimento de todas as equipas envolvidas no processo de melhoria; Falta de confiança na qualidade das informações transmitidas durante o handover; Tempo limitado para conduzir handovers; Falta de disponibilidade de informações importantes na hora do handover.
Lane-Fall et al. (2018)	Processo de handoff standard/ padronizado	Falta de padronização; Sobrecarga de trabalho; Falta de comunicação efetiva; Falta de formação.
Lane-Fall et al. (2020)	Processo de handoff standard/ padronizado	Falta de padronização e estruturação do processo de handoff pode levar a problemas de comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI.
Mershon et al. (2021)	Ferramenta de comunicação para a transição de cuidados	Sem a parceria colaborativa entre o MHC e o RES não seria possível superar os desafios típicos encontrados em projetos de colaboração entre organizações, como a coordenação entre diferentes equipas e a integração de diferentes sistemas

O estudo de Hamid e colaboradores (2021) com o objetivo de avaliar a efetividade de um modelo de transição de cuidados de pessoas em situação perioperatória entre o BO e a unidade de cuidados intensivos (UCI). Os resultados mostraram que o modelo de "running in parallel", que consiste em iniciar os processos simultaneamente no BO e na UCI garantindo que a transferência do utente ocorra de forma segura e eficiente, levou a uma melhoria significativa na percepção da segurança na transferência de cuidados entre as equipas do BO e da UCI, uma redução na taxa de readmissão dos utentes na UCI e uma diminuição no tempo de permanência dos utentes na UCI após a cirurgia. Os autores do estudo concluíram que a abordagem de "running in parallel" pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a segurança da transição de cuidados de pessoas em situação perioperatória entre o BO e a UCI, reduzindo assim o risco de eventos adversos e melhorando os resultados dos utentes (Hamid et al., 2021).

Os modelos tradicionais de transição de cuidados entre o BO e a UCI podem estar sujeitos a falhas de comunicação, o que pode levar a eventos adversos e complicações para os utentes. A abordagem de "running in parallel" foi proposta para superar essas barreiras de comunicação e melhorar a segurança do utente durante a transição de cuidados.

Com o objetivo de avaliar o impacto do uso de uma lista de verificação na padronização do processo de transferência de utentes entre o BO e a unidade de cuidados pós-anestésicos (UCPA), Burns e colaboradores (2018) conduziram um estudo num hospital universitário nos EUA, onde uma lista de verificação foi desenvolvida para padronizar o processo de transferência de utentes entre o BO e a UCPA. A lista de verificação/ checklist incluiu itens relacionados com a comunicação entre os profissionais de saúde, a preparação do utente e a revisão dos planos de cuidados. Os resultados mostraram que a utilização da lista de verificação melhorou significativamente a eficácia e a eficiência da transferência dos utentes entre o BO e a UCPA. Além disso, a lista de verificação ajudou a identificar e resolver problemas de comunicação, assim como outros problemas durante o processo de transferência. Os autores concluem que o uso de uma lista de verificação pode ser uma abordagem eficaz para padronizar o processo de transferência de utentes entre o BO e a UCPA, melhorando a qualidade e segurança dos cuidados aos utentes. Eles sugerem que os hospitais considerem a implementação de listas de verificação em protocolos de transferência de utentes para melhorar a segurança e a eficiência dos cuidados. A utilização da lista de verificação foi considerada uma forma de identificar e resolver problemas potenciais durante o processo de transferência, ajudando a melhorar a eficácia e a eficiência da transferência de utentes.

Por sua vez, Kumar e colaboradores (2017) descrevem um projeto de melhoria da qualidade que visa otimizar o processo de transferência de utentes do BO para a UCI num centro especializado. Os autores identificaram problemas na comunicação durante a transferência de utentes, incluindo a falta de uma abordagem padronizada, informações importantes omitidas e a falta de confirmação da compreensão da equipa da UCI. Para resolver esses problemas, foi implementado um programa de formação em comunicação, aprimorando o modelo de handover existente e desenvolvendo um novo formulário padronizado de handover. Os resultados mostraram uma melhoria significativa da satisfação dos profissionais em relação à comunicação do handover, bem como uma redução nos erros de medicação e melhorias na precisão e na completude das informações transmitidas. Desta feita, o projeto demonstrou que a implementação de um programa de formação em comunicação e a padronização do processo de handover podem levar a melhorias significativas na transferência de utentes do BO para a UCI num centro especializado. Essas melhorias podem levar a uma redução no risco de erros médicos e a uma maior satisfação dos profissionais. Além disso, a introdução da ferramenta de comunicação eletrónica foi associada a uma redução no número de ligações telefónicas entre os profissionais de saúde do BO e a UCI, o que melhorou a eficiência do processo de transferência. Os autores mencionam algumas barreiras encontradas durante a implementação do protocolo de transferência padronizado e da ferramenta de comunicação eletrónica, como (a) resistência à mudança, onde algumas equipas médicas expressaram relutância em adotar as mudanças propostas, resultando em atrasos na implementação do protocolo; (b) falta de formação adequada, o que dificulta a utilização da ferramenta de comunicação eletrónica de forma efetiva; (c) dificuldades técnicas, como falhas de conexão ou problemas no acesso, o que limitou a efetividade em algumas ocasiões. Apesar destas barreiras, Kumar e colaboradores (2017) mencionam que foi possível superá-las e implementar com sucesso o protocolo de transferência padronizado e a ferramenta de comunicação eletrónica, o que levou a melhorias significativas no processo de transferência de pessoas em situação perioperatória para a UCI.

Com o objetivo de desenvolver um processo de handoff padronizado para a transferência de utentes do BO para a UCI, foi realizada uma pesquisa com profissionais de saúde multidisciplinares envolvidos na transferência de utentes do BO para a UCI em cinco hospitais nos EUA (Lane-Fall et al., 2018). Os resultados indicaram que os profissionais de saúde enfrentam vários desafios durante o processo de handoff, incluindo a falta de padronização, a sobrecarga de trabalho e a falta de comunicação efetiva entre as equipas. Com base nesses resultados, os pesquisadores desenvolveram um processo de handoff padronizado que

incluiu as seguintes etapas: revisão pré-operatória do utente, notificação da equipa da UCI sobre a chegada do utente, handoff na sala operatória e handoff na UCI. O processo de handoff standard foi avaliado através de um estudo piloto nos hospitais envolvidos no estudo, com resultados positivos. Os profissionais de saúde relataram uma melhoria na comunicação, na eficiência e na segurança do processo de transferência de utentes do BO para a UCI. Lane-Fall e colaboradores (2018) demonstraram a importância de desenvolver um processo de handoff padronizado para melhorar a transferência de utentes do BO para a UCI. O processo desenvolvido pode ser útil para outros hospitais que desejam implementar um processo de handoff standard para essa transição crítica de cuidados. Lane-Fall e colaboradores (2018) identificaram várias barreiras que dificultavam a transferência segura e eficiente de utentes do BO para a UCI. A falta de padronização parece constituir uma barreira, pois muitos profissionais tinham processos de handoff informais e não padronizados, o que tornava o processo inconsistente e potencialmente sujeito a erros. Além disso, os profissionais de saúde relataram sentir-se sobrecarregados durante o processo de handoff, o que pode levar a erros de comunicação e falta de atenção aos detalhes críticos. Os investigadores perceberam que comunicação efetiva entre os profissionais do BO e a UCI era frequentemente prejudicada por uma série de fatores, incluindo ruído excessivo na sala operatória e falta de tempo para se comunicar adequadamente durante o handoff. Adicionalmente, muitos profissionais de saúde relataram que não tinham recebido formação adequada sobre como realizar um handoff efetivo, o que poderia levar a erros e falta de padronização. Segundo os autores do estudo, estas barreiras identificadas destacam a importância de desenvolver e implementar processos standard para o handoff do BO para a UCI, bem como realizar formação adequada aos profissionais de saúde envolvidos no processo.

Mais tarde, os mesmos autores procuraram avaliar o impacto de um protocolo de handoff parcialmente estruturado na comunicação entre os profissionais de saúde nas UCI cirúrgicas mistas (Lane-Fall et al., 2020). Foi implementado um protocolo de handoff padronizado que incluía uma lista de verificação com informações críticas a serem comunicadas durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI. A avaliação foi feita através de um estudo quase experimental antes e depois da intervenção. Os resultados do estudo mostraram que a implementação do protocolo de handoff padronizado resultou numa melhoria significativa na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI. Houve um aumento estatisticamente significativo na frequência de comunicação de informações críticas, incluindo dados demográficos do utente, diagnóstico, procedimento cirúrgico realizado e necessidades de monitorização. Foi observada também

uma redução na variação da comunicação, indicando que a padronização do handoff levou a uma maior consistência na transmissão das informações. Além disso, a intervenção foi bem aceita pelos profissionais de saúde e não resultou no aumento da carga de trabalho.

Por fim, Mershon e colaboradores (2021) descrevem uma parceria colaborativa entre o Multicenter Handoff Collaborative (MHC) e um fornecedor de um Registo Eletrónico de Saúde (RES) para melhorar a comunicação de informações entre profissionais de saúde durante a transição de utentes. Foi desenvolvida uma ferramenta comunicação para a transição de cuidados baseada no RES para melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados ao utente durante a transição entre diferentes profissionais de saúde. A ferramenta incorpora as melhores práticas recomendadas pelo MHC, uma iniciativa nacional que procura melhorar a comunicação de informações durante a transição de utentes. A colaboração entre o MHC e o fornecedor do RES foi capaz de integrar com sucesso a ferramenta de comunicação para a transição de cuidados no RES existente, facilitando o acesso e o uso da ferramenta pelos profissionais de saúde. Mershon e colaboradores (2021) destacam os benefícios da parceria colaborativa, incluindo a capacidade de alavancar a experiência e o conhecimento do MHC sobre as melhores práticas de transição de cuidados para melhorar a ferramenta RES existente. Além disso, a parceria permite a disseminação mais ampla das melhores práticas de transição de cuidados para outras organizações de saúde que usam o mesmo RES. Com vista a clarificar e facilitar as barreiras/problemas identificadas nos estudos e as estratégias sugeridas e criadas foi elaborada uma síntese das mesmas apresentada sob a forma de tabela, nomeadamente a tabela 2.

Tabela 2: Tabela Resumo de Resultados

Barreira/ problemas identificados na transição dos cuidados	Estratégia
<ul style="list-style-type: none"> • Percepção da segurança na transferência de cuidados • Falhas/problemas de comunicação • Falta de comunicação efetiva entre as equipas • Falta de coordenação entre as equipas • Falta de uma abordagem padronizada • Omissão de informação • Incompreensão do recetor da informação • Resistência à mudança pelos profissionais • Falta de formação sobre handoff/comunicação • Sobrecarga de trabalho/ falta de tempo • Falta de padronização • Ruído excessivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Processos standard para o handoff: "running in parallel" lista de verificação • Lista de verificação • Formação em comunicação • Protocolo de transferência padronizado • Ferramenta de comunicação eletrónica • Protocolo de transferência padronizado • Ferramenta de comunicação eletrónica

7. Discussão

A comunicação efetiva é um aspeto crucial na prestação de cuidados de saúde de qualidade. A transição de cuidados entre os profissionais de saúde é um momento particularmente crítico para a comunicação, pois a falta de comunicação clara e completa pode levar a erros e falhas na continuidade de cuidados (Direção Geral da Saúde, 2017).

Tendo em conta que esta scoping review pretende identificar as barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório, interessa referir que, segundo os estudos contemplados, existem barreiras identificadas na transição de cuidados no perioperatório o que leva a falhas de segurança e potencialmente erros e ocorrência de eventos adversos corroborando a literatura portuguesa no que diz respeito ao que pode ocorrer quando à falha de segurança nos cuidados prestados, mais especificamente falha ao nível da comunicação (Direção Geral da Saúde, 2017).

As barreiras identificadas nos estudos prendem-se com: a perceção da segurança na transferência de cuidados, as falhas/problemas de comunicação, a falta de comunicação efetiva entre as equipas, a falta de coordenação entre as equipas, a falta de uma abordagem padronizada, a omissão de informação, a incompreensão do recetor da informação, a resistência à mudança pelos profissionais, a falta de formação sobre handoff/ comunicação, a sobrecarga de trabalho/ falta de tempo, a falta de padronização e o ruído excessivo (Burns et al., 2018; Hamid et al., 2021; Kumar et al., 2017; Lane-Fall et al., 2018, 2020; Mershon et al., 2021).

No seu estudo, Burns e colaboradores (2018), não identifica diretamente barreiras específicas no processo de transferência de utentes entre o BO e a UCPA. Em vez disso, eles enfatizam a importância de utilizar uma lista de verificação para padronizar o processo e melhorar a comunicação e a coordenação entre as equipas envolvidas na transferência de utentes excessivo (Burns et al., 2018).

Lane-Fall e colaboradores (2018) corroboram o identificado por Burns et al. (2018), uma vez que os resultados indicaram que os profissionais de saúde enfrentam vários desafios durante o processo de handoff, incluindo a falta de padronização, a sobrecarga de trabalho e a falta de comunicação efetiva entre as equipas.

Lane-Fall e colaboradores (2020), no seu estudo, não descrevem explicitamente as barreiras identificadas durante o estudo. No entanto, os autores mencionam que a falta de padronização e estruturação do processo de handoff pode levar a problemas de

comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI (Lane-Fall et al., 2020). Isto sugere que a falta de um protocolo padronizado pode ser uma das principais barreiras à comunicação efetiva durante a transição de cuidados, corroborando os autores referidos anteriormente.

Também, no estudo de Mershon e colaboradores (2021), não são descritas especificamente as principais barreiras encontradas durante o desenvolvimento da ferramenta de comunicação para a transição de cuidados baseada no RES. No entanto, destacam que a parceria colaborativa entre o MHC e o RES permitiu superar alguns desafios típicos encontrados em projetos de colaboração entre organizações, como a coordenação entre diferentes equipas e a integração de diferentes sistemas (Mershon et al., 2021).

Para lidar com estas barreiras, estratégias eficazes de comunicação e transição de cuidados têm sido propostas (Burns et al., 2018; Hamid et al., 2021; Kumar et al., 2017; Lane-Fall et al., 2018, 2020; Mershon et al., 2021). A padronização de protocolos de comunicação tem sido amplamente recomendada como uma forma de melhorar a comunicação e a continuidade de cuidados. Isto inclui o uso de listas de verificação/ checklists e outras ferramentas standard para garantir que as informações relevantes sejam transmitidas de forma clara e completa entre os profissionais (Kawamoto et al., 2014). Os estudos incluídos nesta revisão sugerem que as intervenções descritas podem resultar em melhorias na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de utentes em diferentes cenários, como na transferência de utentes do BO para a UCI ou durante a transição de utentes entre profissionais dentro do BO. A colaboração entre equipas multidisciplinares, a utilização de ferramentas de comunicação estruturadas e a adoção de práticas standard foram alguns dos elementos comuns em várias intervenções que resultaram em melhorias na comunicação e segurança do utente.

Estas barreiras poderão levar a um comprometimento da segurança do utente, uma vez que o utente cirúrgico é sujeito a vários momentos de transição (Barbeito et al., 2018), o que leva à deterioração da informação ao longo das várias transições no perioperatório, quando não são utilizadas ferramentas padronizadas na transferências de informação (Hudson et al., 2015; Joy et al., 2011; Kaufmnan et al., 2013; Lorinc et al., 2014; McElroy et al., 2015; Milby et al., 2014; Nagpal et al., 2010; Petrovic et al., 2012; Saager et al., 2014; Siddiqui et al., 2012). Existe uma associação entre o nº de transições no período intraoperatório e o nº de complicações pós-operatórias (Hudson et al., 2015; Hyder et al., 2016; Saager et al., 2014), sendo que o aumento da estadia na UCPA está altamente correlacionado com o momento da transição de cuidados quando este é realizado de forma menos eficaz e por consequência com menor qualidade (Bittner et al., 2012).

No entanto, mais estudos são necessários para avaliar a eficácia das intervenções noutros contextos e identificar as melhores estratégias para melhorar a transição de cuidados entre os profissionais de saúde.

As evidências dão ênfase à necessidade da implementação de ferramentas padronizadas/standard, nos momentos de transição de cuidados de utente submetidos a cirurgia, uma vez que estas ferramentas contam com uma maior estruturação do processo de transferência o que leva a uma diminuição da omissão de informação importante, contribui para a tomada de decisão, incentiva ao pensamento crítico e aumentando a satisfação dos profissionais de saúde, (Agarwala et al., 2015; Caruso et al., 2017; Chapman, 2016; Hall et al., 2017; Halterman et al., 2019; Jullia et al., 2017; Karamchandani et al., 2018; Nagpal et al., 2010; Nagpal et al., 2012; Milby et al., 2014; Tune, 2019).

Além disso, a formação e a colocação da teoria na prática clínica dos profissionais de saúde são fatores importantes para garantir que as habilidades e conhecimentos necessários para uma comunicação eficaz sejam desenvolvidos. Isto pode incluir formação na área das competências de comunicação, formação em tecnologia de comunicação e em estratégias de colaboração multidisciplinar (Yuan & Zhang, 2016).

O uso de tecnologia também pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a comunicação e a continuidade de cuidados. Isto pode incluir o uso de sistemas de registo eletrónico de saúde e dispositivos móveis para acesso rápido às informações do utente em tempo real, bem como tecnologias de comunicação, como videoconferências e mensagens instantâneas, para permitir a comunicação entre os profissionais de saúde, mesmo que estejam geograficamente separados (Curtis et al., 2018).

É importante destacar que a abordagem da melhoria contínua também pode ser eficaz para melhorar a comunicação e a continuidade de cuidados. Isto envolve a identificação de problemas e falhas na transição de cuidados, o desenvolvimento de intervenções para abordar esses problemas, e a avaliação contínua da eficácia dessas intervenções para garantir que as melhorias sejam sustentáveis a longo prazo (Greenberg et al., 2007; Hesselink et al., 2013; Kripalani et al., 2017).

Tal como acontece noutros estudos, esta revisão apresenta limitações. Como na maioria das revisões sistemáticas, existe o risco de viés de relato, uma vez que apenas estudos publicados em fontes identificáveis foram incluídos, mesmo que não tenhamos feito restrições quanto aos critérios geográficos. Adicionalmente, é possível verificar um número reduzido de estudos incluídos que assenta especificamente nos cuidados no perioperatório. Apesar de se comportar como uma limitação, permite obter uma compreensão adicional dos aspetos relacionados. Este número reduzido é especialmente verificado aquando da identificação das

barreiras à implementação de estratégias de comunicação. Ainda que tenham sido identificadas estratégias para lidar com as barreiras já identificadas na literatura que dificultam a comunicação na transição de cuidados no perioperatório, pouco ou nada se sabe relativamente às dificuldades encontradas aquando da implementação dessas mesmas estratégias. Estudos futuros devem centrar-se no estudo das dificuldades da implementação de estratégias de comunicação nesta temática tão importante.

8. Conclusão

É notório o crescimento da investigação científica nesta temática ao longo dos anos, no entanto podemos concluir que Portugal fica muito aquém comparativamente aos restantes países que contribuíram para esta scoping review, mais especificamente dos EUA, onde a investigação desta temática tem ganhado enfase.

Esta scoping review identifica um conjunto de estudos sobre a comunicação na transição dos cuidados perioperatórios, sendo que os resultados destacam a importância da comunicação clara e efetiva entre os profissionais de saúde envolvidos na transição de cuidados para garantir a segurança dos utentes. As barreiras mais frequentemente identificadas foram a falta de padronização do processo de transição e a falta de comunicação clara entre as equipas envolvidas. Vários estudos apresentaram propostas para superar essas barreiras, incluindo a implementação de listas de verificação, o desenvolvimento de processos de handoff padronizados e a formação em comunicação para os profissionais de saúde, sendo o handoff padronizado a ferramenta mais utilizada nos estudos incluídos.

Os resultados desta scoping review sugerem que a padronização e a estruturação do processo de transição de cuidados podem melhorar significativamente a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes. Além disso, a implementação de ferramentas eletrónicas de comunicação e a colaboração interdisciplinar podem ajudar a melhorar a eficácia e eficiência da transição dos cuidados perioperatórios.

Também foi identificado nos diversos estudos que as barreiras para a implementação bem-sucedida dessas intervenções, incluem a resistência à mudança e falta de formação adequada. É necessário, portanto, que os hospitais adotem uma abordagem sistemática para a implementação de mudanças nos processos de transição de cuidados, incluindo a formação e o treino adequados dos profissionais de saúde.

Em resumo, a comunicação eficaz durante a transição de cuidados é essencial para a continuidade dos cuidados de saúde e a segurança do utente. As estratégias eficazes para melhorar a comunicação e a continuidade dos cuidados incluem a padronização de protocolos de comunicação, a formação e a prática dos profissionais de saúde, o uso de tecnologia, a abordagem da melhoria contínua e a colaboração multidisciplinar.

É fundamental a necessidade de se melhorar a comunicação na transição dos cuidados perioperatório, pois como foi descrito são inúmeros os ganhos, tanto em saúde através da promoção da segurança do utente, como em custos uma vez que a comunicação eficiente

leva a que ocorram menos erros e eventos adversos, minimizando a duração do processo de cura do utente.

A adoção dessas estratégias pode melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes durante a transição dos cuidados perioperatórios, ajudando a garantir que os utentes recebam cuidados de qualidade e que os profissionais de saúde trabalhem juntos de forma eficaz e colaborativa.

Podemos considerar como principal limitação a este estudo o facto de ainda haver pouca investigação sobre a temática, sendo que em Portugal não existe evidencia científica sobre a mesma. Desta forma, podemos sugerir que numa próxima seja realizada uma investigação com o intuito de perceber e identificar quais as barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório em Portugal; outra sugestão passaria por realizar uma investigação com o objetivo de compreender os resultados da implementação destas estratégias.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dando por terminado este percurso marcado por muitos altos e baixos, assemelhando-se por vezes a uma montanha russa de emoções é possível ter o sentimento de dever cumprido, de satisfação e de realização.

Como referido anteriormente, a unidade curricular de enfermagem à pessoa em situação perioperatória II na sua componente de estágio foi de elevada relevância para a aquisição e consolidação de conhecimentos, desenvolvimento de competências e permitiu à investigadora principal ter a consciência da realidade vivida pelos profissionais do BO. Esta questão foi muito estimulante e benéfica para a mesma, uma vez que é uma área que estava desconhecida, no entanto de bastante interesse pessoal.

Neste sentido, pode-se dizer que o estágio consistiu numa experiência pedagógica, um momento de aprendizagem e, conseqüentemente, levou a um processo de crescimento profissional e, ao mesmo tempo, pessoal.

Fazendo referência à parte de investigação, esta também teve um papel de aprendizagem, não só pedagógica, no sentido em que foi possível compreender o que é e como se desenvolve um projeto de investigação e tudo o que este acarreta, mas também uma aprendizagem a nível pessoal, onde foi possível desenvolver a capacidade de resiliência, sacrifício e responsabilidade.

A investigação assume um papel fulcral para a evolução da profissão de enfermagem, e neste sentido o enfermeiro especialista tem o dever de saber iniciar e desenvolver uma investigação. Este percurso trouxe-nos as ferramentas necessárias para isso mesmo. Para além da teoria, trouxe-nos a inquietude do querer saber mais, a capacidade de reflexão e espírito crítico de forma a querermos mais, e procurarmos mais, tendo por base uma enfermagem avança e agindo na prática clínica com a melhor evidência científica.

A investigação levada a cabo neste relatório final de estágio permitiu aprofundar conhecimentos na área da qualidade e segurança do utente, mais especificamente a nível da comunicação, que como podemos constatar assume um lugar de destaque e elevada importância a vários níveis e revela a importância que o enfermeiro tem na segurança da pessoa em situação perioperatória.

Por último, mas não menos importante, os resultados do estudo, barreiras à implementação de estratégias de comunicação para a transição de cuidados no perioperatório, a que nos propusemos, realçam a importância da adoção de estratégias de forma a melhorar a

qualidade e a segurança dos cuidados prestados aos utentes durante a transição dos cuidados perioperatórios.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C. (2015). A Perceção dos enfermeiros relacionada com o erro na prática clínica: implicações para o planeamento de cuidados e para a formação. Tese de doutoramento em Psicologia especialidade em Psicologia da Educação
- ACSS. (2011) Recomendações técnicas para bloco operatório. Lisboa: ACSS Unidade Operacional Normalização de Instalações e Equipamentos
- AESOP. (2006). Enfermagem Perioperatória. Lisboa: Lusodidacta. <http://www.aesop-enfermeiros.org>
- AESOP. (2012). Enfermagem Perioperatória. Da filosofia à prática de cuidados. Lisboa, Portugal. Lusodidacta.
- AESOP. (2014). Apresentação dos Resultados do Projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”. <https://www.justnews.pt/noticias/apresentacao-dos-resultados-do-projeto-cirurgia-segura-salva-vidas>
- Agarwala, A. V., Firth, P. G., Albrecht, M. A., Warren, L., & Musch, G. (2015). An electronic checklist improves transfer and retention of critical information at intraoperative handoff of care. *Anesthesia & Analgesia*, 120(1), 96-104. doi: 10.1213 / ANE.0000000000000506.
- AORN. (2012). Recommended practices for traffic patterns in the perioperative practice setting. *Association of periOperative Registered Nurses Journal*, 83(3), 681–686
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care (ACSQHC). The state of patient safety and quality in Australian hospitals 2019 [Internet]. Sydney: ACSQHC; 2019 [cited 2020 October 5]. [andquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safetyand-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf](http://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/2019-07/the-state-of-patient-safetyand-quality-in-australian-hospitals-2019.pdf)
- Barbeito, A., Agarwala, A. V., & Lorinc, A. (2018). Handovers in perioperative care. *Anesthesiology clinics*, 36(1), 87-98. DOI: 10.1016 / j.anclin.2017.10.007
- Battie, R., & Steelman, V. (2016). Accountability in nursing practice: Why it is important for patient safety. *Journal of Psychiatry & Neuroscience*, 29(4),11–14. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2014.08.008>
- Benner, P., Tanner, C., & Chesl, C. (2009). *Expertise in Nursing Practice: Caring, Clinical Judgment & Ethics* (2nd ed.). Springer Publishing Company, LLC. <https://books.google.pt/books?id=6Ql8AAAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=patricia+benner+Expertise+in+Nursing+Practice&hl=pt->

PT&sa=X&redir_esc=y#v=onepage&q=patricia%20benner%20Expertise%20in%20Nursing%20Practice&f=false

- Bittner, E. A., George, E., Eikermann, M., & Schmidt, U. (2012). Evaluation of the association between quality of handover and length of stay in the post anaesthesia care unit: a pilot study. *Anaesthesia*, 67(5), 548-549. doi: 10.1111 / j.1365-2044.2012.07091.x
- Blackmore, C. C., Bishop, R., & Williams, B. L. (2013) Applying Lean Methods to Improve Quality and Safety in Surgical Sterile Instrument Processing. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39 (3), (pp.99-105). [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(13\)39014-X](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(13)39014-X)
- Bowles, K. H., Ratcliffe, S. J., Waud, R., Chuang, E., Naylor, M. D., & Woodbridge, P. (2014). Introduction of an electronic health record in a small academic primary care setting: kaiser 'ermanente's experience. *Journal of the American Medical Informatics Association*, 21(1), 110-113.
- Breda, L. F., & Cerejo, M. d. (2021). Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(5). doi:10.12707/RV20088
- Burns, S., Parikh, R., & Schuller, K. (2018). Utilization of a checklist to standardize the operating room to post-anesthesia care unit patient handoff process. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 13, 1–5. <https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2018.10.002>
- Caruso, T. J., Marquez, J. L. S., Gipp, M. S., Kelleher, S. P., & Sharek, P. J. (2017). Standardized ICU to OR handoff increases communication without delaying surgery. *International journal of health care quality assurance*. doi: 10.1108 / IJHCQA-02-2016-0015
- Centro Hospitalar Universitário de São João. (2020). CÓDIGO DE CONDUTA INSTITUCIONAL. https://portal-chsj.min-saude.pt/uploads/writer_file/document/3700/Codigo_Conduta_CHUSJ.pdf
- Chapman, Y. L. (2016). Nurse Satisfaction with Information Technology Enhanced Bedside Handoff. *Medsurg nursing*, 25(5).
- Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação. (2018). Berl–m: ALLEA - All European Academies. Obtido 31 de outubro de 2022, de https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf
- Cordeiro, L., & Soares, C. (2019). Revisão de escopo: potencialidades para a síntese de metodologias utilizadas em pesquisa primária qualitativa. *BIS, Boletim do Instituto de Saúde*, 20(2), 37-43.

- Curtis, J. R., Sathitratanacheewin, S., Starks, H., Lee, R. Y., Kross, E. K., Downey, L., Sibley, J., Lober, W., Loggers, E. T., Fausto, J. A., Lindvall, C., & Engelberg, R. A. (2018). Using Electronic Health Records for Quality Measurement and Accountability in Care of the Seriously Ill: Opportunities and Challenges. *Journal of Palliative Medicine*, 21(S2), S52-S60. <https://doi.org/10.1089/jpm.2017.0542>
- Decreto-Lei n.º 65/2018 de 16 de agosto (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. *Diário da República I série*, n.º 157 (16-08-2018) (4147-4182). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>
- Deodato, S. (2014). *Decisão ética em enfermagem: Do problema aos fundamentos para o agir*. Almedina.
- Despacho nº 9390/2021 de 24 de setembro (2021). Aprova o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD 2021-2026). *Diário da República II Série*, Nº 187 (24-09-2021) (96-103).
- Direção-Geral da Saúde. (2010). *Organização dos Cuidados Hospitalares Urgentes ao Doente Traumatizado*. DGS.
- Direção Geral de Saúde. (2013a). *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013b). *Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0242013-de-23122013-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2013c). *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2013/12/norma_031_2013_atualizada_17_11_2022_prof_atb_cx_crianca_adulto_corrigida_29_03_2023.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2015a). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde. (2015b). *Feixe de Prevenção da ILC*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2015/12/norma_020_2015_atualizada_17_11_2022_prev_inf_local_cirurgico.pdf
- Direção Geral de Saúde. (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2017/03/norma_001_2017_atualizada_17_11_2022_comunicacao_eficaz_na_transicao_de_cuidados_de_saude.pdf

content/upload94omunicacãoomunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf

- Direção Geral de Saúde. (2019). *higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. DGS, DQS. Lisboa: DGS. <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/higiene-das-maos-nas-unidades-de-saude.pdf>
- Fletcher, G. C., McGeorge, P., Flin, R. H., Glavin, R. J., & Maran, N. J. (2002). The role of non-technical skills in anaesthesia: a review of current literature. *British Journal of Anaesthesia*, 88(3), 418–429. <https://doi.org/10.1093/bja/88.3.418>
- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de Investigação*. Lusodidática
- Garrett, J. H. (2016). Effective perioperative communication to enhance patient care. *AORN Journal*, 104(2), 111–120.
- Gittell, J. H., Fairfield, K. M., Bierbaum, B., Head, W., Jackson, R., Kelly, M., Laskin, R., Lipson, S., Siliski, J., Thornhill, T., & Zuckerman, J. (2000). Impact of relational coordination on quality of care, postoperative pain and functioning, and length of stay: a nine-hospital study of surgical patients. *Medical Care*, 38(8):808–819. <https://10.1097/00005650-200008000-00005>
- Gleich, S. J., Nemergut, M. E., Stans, A. A., Haile, D. T., Feigal, S. A., Heinrich, A. L., Bosley, C. L., & Tripathi, S. (2016). Improvement in Patient Transfer Process From the Operating Room to the PICU Using a Lean and Six Sigma-Based Quality Improvement Project. *Hospital Pediatrics*, 6(8), 483-9. <https://doi.org/10.1542/hpeds.2015-0232>
- Goleman, D. (2005). *Liderança que produz resultados*. Harvard Business Review
- Greenberg, C. C., Regenbogen, S. E., Studdert, D. M., & Lipsitz, S. R. (2007). Patterns of communication breakdowns resulting in injury to surgical patients. *Journal of the American College of Surgeons*, 204(4), 533–540.
- Hall, M., Robertson, J., Merkel, M., Aziz, M., & Hutchens, M. (2017). A structured transfer of care process reduces perioperative complications in cardiac surgery patients. *Anesthesia & Analgesia*, 125(2), 477-482. DOI: 10.1213 / ANE.0000000000002020
- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 34(4), 834-841. DOI: 10.1016 / j.jopan.2018.10.007
- Hamid, S., Joyce, F., Burza, A., Yang, B., Le, A., Saleh, A., & Poston, R. (2021). OR and ICU teams ‘running in parallel’ at the end of cardiothoracic surgery improves perceptions of handoff safety. *BMJ Open Quality*, 10, e001001. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2020-001001>

- Hesselink, G., Schoonhoven, L., Barach, P., Spijker, A., Gademan, P., Kalkman, C., Liefers, J., Vernooij-Dassen, M., & Wollersheim, H. (2013). Improving patient handovers from hospital to primary care: a systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 157(6), 417-28. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-157-6-201209180-00006>
- Huang, R., Gollapudi, D., & Cornia, P. B. (2020). Perioperative Medicine Consultation. In M. B. Jackson, E. Kaplan, & S. Mookherjee (Eds.), *The Perioperative Medicine Consult Handbook*. Springer Nature Switzerland https://doi.org/10.1007/978-3-030-19704-9_1
- Hudson, C. C., McDonald, B., Hudson, J. K., Tran, D., & Boodhwani, M. (2015). Impact of anesthetic handover on mortality and morbidity in cardiac surgery: A cohort study. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 29(1), 11-16. doi: 10.1053 / j.jvca.2014.05.018.
- Hyder, J. A., Bohman, J. K., Kor, D. J., Subramanian, A., Bittner, E. A., Narr, B. J., ... & Montori, V. M. (2016). Anesthesia care transitions and risk of postoperative complications. *Anesthesia & Analgesia*, 122(1), 134-144. Doi: doi: 10.1213 / ANE.0000000000000692.
- Joy, B. F., Elliott, E., Hardy, C., Sullivan, C., Backer, C. L., & Kane, J. M. (2011). Standardized multidisciplinary protocol improves handover of cardiac surgery patients to the intensive care unit. *Pediatric critical care medicine*, 12(3), 304-308. doi: 10.1097 / PCC.0b013e3181fe25a1.
- Jullia, M., Tronet, A., Fraumar, F., Minville, V., Fourcade, O., Alacoque, X., ... & Kurrek, M. M. (2017). Training in intraoperative handover and display of a checklist improve communication during transfer of care: an interventional cohort study of anaesthesia residents and nurse anaesthetists. *European journal of anaesthesiology*, 34(7), 471. doi: 10.1097 / EJA.0000000000000636.
- Karamchandani, K., Fitzgerald, K., Carroll, D., Trauger, M. E., Ciccocioppo, L. A., Hess, W., ... & Armen, S. B. (2018). A multidisciplinary handoff process to standardize the transfer of care between the intensive care unit and the operating room. *Quality Management in Healthcare*, 27(4), 215-222. doi: 10.1097 / QMH.0000000000000187.
- Kaufman, J., Twite, M., Barrett, C., Peyton, C., Koehler, J., Rannie, M., ... & Hyman, D. (2013). A handoff protocol from the cardiovascular operating room to cardiac ICU is associated with improvements in care beyond the immediate postoperative period. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 39(7), 306-AP1. DOI:10.1016 / s1553-7250 (13) 39043-6

- Kawamoto, K., Houlihan, C. A., Balas, E. A., & Lobach, D. F. (2014). Improving clinical practice using clinical decision support systems: a systematic review of trials to identify features critical to success. *Bmj*, 30(7494), 765. <https://doi.org/10.1136/bmj.38398.500764.8>
- Kripalani, S., Jackson, A. T., Schnipper, J. L., & Coleman, E. A. (2007). Promoting effective transitions of care at hospital discharge: a review of key issues for hospitalists. *Journal of Hospital Medicine*, 2(5), 314-23. <https://doi.org/10.1002/jhm.228>
- Kumar, S., McKean, A. R., Ramwell, A., Johnston, C., & Leaver, S. (2017). Optimizing postoperative handover to the intensive care unit at a tertiary centre. *British Journal of Hospital Medicine*, 78(1), 12-15. <https://doi.org/10.12968/hmed.2017.78.1.12>
- Lachman, P., Yuen, T. C., Wolfstadt, J. I., Pechlivanoglou, P., & Wong, B. M. (2020). A collaborative partnership between the multicenter handoff collaborative and an electronic health record vendor to improve the quality of electronic handoff messages. *Journal of Hospital Medicine*, 15(9), 530-536.
- Lane-Fall, M. B., Pascual, J. L., Massa, S., Collard, M. L., Peifer, H. G., Di Taranti, L. J., Linehan, M., Fleisher, L. A., & Barg, F. K. (2018). Developing a Standard Handoff Process for Operating Room-to-ICU Transitions: Multidisciplinary Clinician Perspectives from the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Study. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 44(9), 514-525. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2018.02.004>
- Lane-Fall, M. B., Pascual, J. L., Peifer, H. G., Di, Taranti, L. J., Collard, M. L., Jablonski, J., Gutsche, J. T., Halpern, S. D., Barg, F. K., Fleisher, L. A., & HATRICC study team. (2020). A Partially Structured Postoperative Handoff Protocol Improves Communication in 2 Mixed Surgical Intensive Care Units: Findings From the Handoffs and Transitions in Critical Care (HATRICC) Prospective Cohort Study. *Annals of Surgery*, 271(3), 484-493. <https://doi.org/10.1097/SLA.0000000000003137>
- Leonard, M., Graham, S., & Bonacum, D. (2004). The human factor: the critical importance of effective teamwork and communication in providing safe care. *Quality & Safety in Health Care*, i85-90. https://doi.org/10.1136/qhc.13.suppl_1.i85
- Lingard, L., Espin, S., Whyte, S., Regehr, G., Baker, G. R., Reznick, R., Bohnen, J., Orser, B., Doran, D., & Grober, E. (2004). Communication failures in the operating room: an observational classification of recurrent types and effects. *Quality and Safety in Health Care*, 13(5), 330-334. <https://doi.org/10.1136/qhc.13.5.330>
- Lockwood, C., Dos Santos, K. B., & Pap, R. (2019). Practical Guidance for Knowledge Synthesis: Scoping Review Methods. *Asian Nursing Research*, 13(5), 287-294. <https://doi.org/10.1016/j.anr.2019.11.002>

- López-Parra, M., Porcar-Andreu, L., Arizu-Puigvert, M., & Pujol-Caballé, G. (2020). Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *Journal of Perianesthesia Nursing: Official Journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(2), Art. 2. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.08.015>
- Lorinc, A., Roberts, D., Slagle, J., Tice, J., France, D., & Weinger, M. B. (2014). Barriers to effective preoperative handover communication in the neonatal intensive care unit. In *Proceedings of the Human Factors and Ergonomics Society Annual Meeting (Vol. 58, No. 1, pp. 1285-1289)*. Sage CA: Los Angeles, CA: SAGE Publications. DOI: 10.1177 / 1541931214581268
- Mansour, M., & Mattukoyya, R. (2019). Development of assertive communication skills in nursing preceptorship programmes: a qualitative insight from newly qualified nurses. *Nursing Management - UK*, 26(4), 29–35. <https://doi.org/10.7748/nm.2019.e1857>
- Martins, M., Gonçalves, M., Ribeiro, O., & Trochin, D. (2016). Qualidade dos cuidados de enfermagem: construção e validação de um instrumento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), pp. 864-870.
- Massa, S., Wu, J., Wang, C., Peifer, H., & Lane-Fall, M. B. (2021). Interprofessional Training and Communication Practices Among Clinicians in the Postoperative ICU Handoff. *Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 47(4), Art. 4. <https://doi.org/10.1016/j.jcjq.2020.12.004>
- McElroy, L. M., Collins, K. M., Koller, F. L., Khorzad, R., Abecassis, M. M., Holl, J. L., & Ladner, D. P. (2015). Operating room to intensive care unit handoffs and the risks of patient harm. *Surgery*, 158(3), 588-594. doi: 10.1016 / j.surg.2015.03.061.
- Mershon, B., Vannucci, A., Bryson, T., Lin, F., Greulich, P. E., Dear, G., Guffey, P., & Agarwala, A. (2021). A Collaborative Partnership between the Multicenter Handoff Collaborative and an Electronic Health Record Vendor. *Applied Clinical Informatics Journal*, 12(3), 647–654. <https://doi.org/10.1055/s-0041-1731714>
- Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R., & Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: A prospective analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(2), 192-197. doi: 10.1111 / aas.12249.
- Ministério da Saúde. (4 de setembro de 1996). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE). *Diário da República n.º 205/1996, Série I-A, 2959-2962*. Portugal. Obtido de <https://dre.pt/dre/detalhe/decreto-lei/161-1996-241640>
- Mitchell, L., & Flin, R. (2008). Non-technical skills of the operating theatre scrub nurse: literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 63(1), 15–24.

- Mitchell, L., Flin, R., Yule, S., Mitchell, J., Coutts, K., & Youngston, G. (2011). Thinking ahead of the surgeon. An interview to identify scrub nurses' non-technical skills. *International Journal of Nursing Studies*, 48(7), 818–828.
- Moher, D., Shamseer, L., Clarke, M., Ghersi, D., Liberati, A., Petticrew, M., Shekelle, P., Stewart, A. & PRISMA-P. (2015). Group Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. *Systematic Reviews*, 4, 1. <https://doi.org/10.1186/2046-4053-4-1>
- Mota, A. S. (2021). *Segurança do doente no bloco operatório: contributos do ambiente de prática e da liderança em enfermagem*. Tese de Candidatura ao grau de doutor em Ciências de Enfermagem, Universidade do Porto, Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Porto. Repositório Institucional da Universidade do Porto. <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/140139/2/536801.pdf>
- Munday, J., Kynoch, K., & Hines, S. (2015). Nurses' experiences of advocacy in the perioperative department: A systematic review. *JBIC Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 13(8),146–189. <https://doi.org/10.11124/jbisrir-2015-2121>
- Münter, K. H., Møller, T. P., Østergaard, D., & Fuhrmann, L. (2020). Implementation of an Electronic Checklist to Improve Patient Handover From Ward to Operating Room. *Journal of Patient Safety*, 16(3), Art. 3. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000289>
- Nagpal, K., Vats, A., Ahmed, K., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). An evaluation of information transfer through the continuum of surgical care: a feasibility study. *Annals of surgery*, 252(2), 402-407. DOI:10.1097 / SLA.0b013e3181e986df
- Nagpal, K., Arora, S., Vats, A., Wong, H. W., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2012). Failures in communication and information transfer across the surgical care pathway: interview study. *BMJ Qual Saf*, 21(10), 843-849. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjqs-2012-000886>
- Nunes, P. (2012). *Riscos no Bloco Operatório. Realidades que podem Influenciar a Gestão*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Lisboa.
- Nunes, L. (2020). *Aspectos éticos na Investigação de Enfermagem*. Investigação de Enfermagem.
- Ordem dos Enfermeiros. (7 de setembro de 2004). *Orientações Relativas às Atribuições do Enfermeiro Circulante*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/tomadasposicao/Documents/Enunciado_Posicao_7Set2004.pdf

- Ordem dos Enfermeiros. (2015). Código Deontológico dos Enfermeiros. Obtido de Diário da República, 1.ª série — N.º 181: <https://dre.pt/application/conteudo/70309896>
- Ordem dos Enfermeiros – Conselho da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. (25 de novembro de 2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria, Portugal. Obtido de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (6 de fevereiro de 2019). Regulamento n.º–140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, –.ª série - N.º 26, 4744-4750. Portugal.
- Ordem dos Enfermeiros. (25 de setembro de 2019). Regulamento n.º–743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, –.ª série - N.º 184, 128-155.
- Organização Mundial da Saúde. (2 de maio de 2007). Nine patient safety solutions. WHO Launches «Nine Patient Safety Solutions». <https://www.who.int/news/item/02-05-2007-who-launches-nine-patient-safety-solutions>
- Organização Mundial da Saúde. (2017). Medication Without Harm - Global Patient Safety Challenge on Medication Safety. Geneva: WHO. Obtido de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255263/WHO-HIS-SDS-2017.6-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Pereira, H. M. B., Melo, C. M. F. de, Oliveira, G. K. da S., Souza, G. K. T., Fernandes, S. E. T., Alves, N. R., Hollanda, G. S. E. de, Ferreira, N. S., & Mendonça, R. A. de O. R. (2021). Reprocessamento com instrumental cirúrgico ortopédico em centro de material e esterilização. *Pesquisa, Sociedade e Desenvolvimento*, 10 (13). <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21200>
- Peters, M., Godfrey, C., McInerney, P., Munn, Z., Trico, A., & Khalil, H. (2020). Chapter 11: Scoping Reviews. Em E. Aromataris & Z. Munn (Eds.), *JBIM Manual for Evidence Synthesis*. JBI. <https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-12>
- Petrovic, M. A., Aboumatar, H., Baumgartner, W. A., Ulatowski, J. A., Moyer, J., Chang, T. Y., ... & Martinez, E. A. (2012). Pilot implementation of a perioperative protocol to guide operating room–to–intensive care unit patient handoffs. *Journal of cardiothoracic and vascular anesthesia*, 26(1), 11-16. doi: 10.1053 / j.jvca.2011.07.009.
- Prasad, A., Cios, T. J., Staub-Juergens, W., Dziedzina, C., Rao, S., & Singbartl, K. (2020). Standardization improves postoperative patient handoff experience for junior

- clinicians. *The American Journal of Managed Care*, 26(6), Art. 6. <https://doi.org/10.37765/ajmc.2020.43494>
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., & Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open*, 4(1), e004268. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2013-004268>
- Regulamento n.º 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II série, n.º26 (06-02-2019) (4744-4750). <https://files.dre.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 429/2018 de 16 de julho (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Paliativa, na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II série, n.º135 (16-07-2018) (19359-19370). <https://files.dre.pt/2s/2018/07/135000000/1935919370.pdf>
- Regulamento nº 613/2022 de 8 de julho (2022). Regulamento que define o ato do enfermeiro. Diário da República II, Nº 131 (08-07-2022) (179-182).
- Regulamento n.º 743/2019 de 25 de setembro (2019). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República II série, n.º 84 (25-09-2019) (128-155). <https://files.dre.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>
- Saager, L., Hesler, B. D., You, J., Turan, A., Mascha, E. J., Sessler, D. I., & Kurz, A. (2014). Intraoperative transitions of anesthesia care and postoperative adverse outcomes. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 121(4), 695-706. doi: 10.1097 / ALN.0000000000000401.
- Santos, M. C., & Grilo, A. M. (2021). Comunicação e Gestão da Informação para a Segurança do Doente. Em F. Barroso, L. Sales, & S. Ramos, Guia Prático para a Segurança do Doente (1ª ed., pp. 63-77). Lisboa: Lidel - Edições Técnicas, Lda.
- Serrano, M., Costa, A., & Costa, N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de EnfermagemReferência*, 3, 15-23.
- Sexton, J. B., Thomas, E. J., & Helmreich, R. L. (2000). Error, stress, and teamwork in medicine and aviation: cross sectional surveys. *BMJ*, 320(7237), 745–9.
- Shen, E., & Thompson, R. (2020). Effective Perioperative Consultation. In M. B. Jackson, E. Kaplan, & S. Mookherjee (Eds.), *The Perioperative Medicine Consult Handbook*. Springer Nature Switzerland https://doi.org/10.1007/978-3-030-19704-9_1

- Siddiqui, N., Arzola, C., Iqbal, M., Sritharan, K., Guerina, L., Chung, F., & Friedman, Z. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanesthesia care unit staff: an analysis of patient handover. *European Journal of Anaesthesiology (EJA)*, 29(9), 438-445. doi: 10.1097 / EJA.0b013e3283543e43
- Steiner, C. A., Karaca, Z., Moore, B. J., Imshaug, M. C., & Pickens, G. (2017). Surgeries in hospital-based ambulatory surgery and hospital inpatient settings, 2014: statistical brief #223. *Healthcare Cost and Utilization Project (HCUP) Statistical Briefs*.
- Thompson, R. E., Pfeifer, K., Grant, P. J., Taylor, C., Slawski, B., Whinney, C., Wellikson, L., & Jaffer, A. K. (2017). Hospital medicine and perioperative care: a framework for high-quality, high-value collaborative care. *Journal of Hospital Medicine*, 12(4), 277–82.
- Tune, B. (2019). Perioperative Patient Safety Handoff Guideline Karen Wolaridge Touro Nevada University DNP Project III DNP 767. Recuperado de: http://www.doctorsofnursingpractice.org/wpcontent/uploads/project_form/complete_280219014004.pdf
- Vilelas, J. (2020). *Investigação: O Processo de Construção do Conhecimento* (3.ª ed.). Edições Sílabo, Lda. <https://silabo.pt/wp-content/uploads/9789895610976.pdf>
- Yang, J. G., & Zhang, J. (2016). Improving the postoperative handover process in the intensive care unit of a tertiary teaching hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 25(7-8), 1062-72. <https://doi.org/10.1111/jocn.13115>
- Yule, S., Flin, R., Paterson-Brown, F., & Maran, A. (2006). Non-technical skills for surgeon in the operating room: a review of the literature. *Surgery*, 139(2), 140–149. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2005.06.017>
- Watson, J. (1985). *Nursing: The philosophy and science of caring* (Revised ed.). University Press of Colorado.
- Watson, J. (2002). Intentionality and Caring-Healing Consciousness: A Practice of Transpersonal Nursing. *Holistic Nursing Practice*, 16(4), 12.
- Weiser, T. G., Haynes, A. B., Molina, G., Lipsitz, S. R., Esquivel, M. M., Uribe-Leitz, T., Fu, R., Azad, T., Chao, T. E., Berry, W. R., & Gawande, A. A. (2016). Size and distribution of the global volume of surgery in 2012. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 201–209F.
- Zhu, X., Yuan, L., Li, T. & Cheng P. (2019). Erros na embalagem de instrumentos cirúrgicos com base em um sistema de rastreamento de instrumentos cirúrgicos: um estudo observacional. *BMC Health Serv Res* 19, 176. <https://doi.org/10.1186/s12913-019-4007-3>

Zjadewicz, K., Deemer, K. S., Coulthard, J., Doig, C. J., & Boiteau, P. J. (2018). Identifying What Is Known About Improving Operating Room to Intensive Care Handovers: A Scoping Review. *American Journal of Medical Quality: The Official Journal of the American College of Medical Quality*, 33(5), Art. 5. <https://doi.org/10.1177/1062860618754701>

ANEXOS

**ANEXO I: Certificado do Póster apresentado na “VI
CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM
SAÚDE: investigação em saúde global e redes de
colaboração”**



Certificado

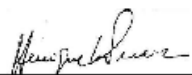
Certifica-se que

Mariana Belinha Mendes, Carla Regina Rodrigues da Silva e Igor Emanuel Soares Pinho

apresentaram o Póster “Barreiras à Implementação de Estratégias de Comunicação para a Transição de cuidados no Perioperatório” na “VI CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE: *investigação em saúde global e redes de colaboração*” realizada nos dias 20 e 21 de abril de 2023, no auditório da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 21 de abril de 2023

O Presidente da ESSNorteCVP


Prof. Doutor Henrique Pereira

A Coordenadora da UID


Prof. Doutora Liliana Mota



ANEXO II: Tabela de Identificação das Estratégias e Barreiras

Autor (ano)	Objetivo do Estudo	Tipo de Estudo	Estratégia de Comunicação	Principais resultados	Dificuldades/Barreiras
Burns et al. (2018)	Criar uma lista de verificação de transferência de utente do BO e avaliar o seu uso num hospital universitário de atendimento especializado de grande escala.	Estudo prospetivo, observacional pré-pós não cego	Instrumento standard/ padronizado	Os enfermeiros mostraram-se satisfeitos com o uso do instrumento padronizado, afirmando serem capazes de iniciar o cuidado direto ao utente sem ter que procurar informações adicionais. A satisfação de enfermagem melhorou em 36%.	A não utilização de uma lista de verificação para padronizar o processo dificulta a comunicação, a coordenação entre as equipas envolvidas, a eficácia e a eficiência da transferência de utentes
Hamid et al. (2021)	Aumentar a positividade das taxas de resposta para questões de segurança de transferência para atender ou ultrapassar as médias nacionais relacionadas	Estudo observacional prospetivo antes e depois	Running in parallel	A abordagem "running in parallel" melhorou significativamente a perceção de segurança da transição de cuidados entre as equipas do BO e da UCI. Além disso, os pesquisadores observaram uma redução na taxa de readmissão de utentes na UCI e uma diminuição no tempo de permanência	Os modelos tradicionais de transição de cuidados entre o BO e a UCI podem estar sujeitos a falhas de comunicação, o que pode levar a eventos adversos e complicações para os utentes

				<p>dos utentes na UCI após a cirurgia. Esses resultados sugerem que a abordagem "running in parallel" pode ser uma estratégia eficaz para melhorar a segurança e os resultados dos utentes durante a transição de cuidados de pessoas em situação perioperatória entre o BO e a UCI.</p>	
<p>Kumar et al. (2017)</p>	<p>Avaliar e melhorar a qualidade da transferência de informações durante a transição de cuidados de pessoas em situação perioperatória para a UCI geral em um centro especializado</p>	<p>Estudo observacional prospetivo</p>	<p>Abordagem planejar-fazer-estudar-agir (PFEA)</p>	<p>Os resultados mostraram uma melhoria significativa na satisfação dos profissionais em relação à comunicação do handover, bem como uma redução nos erros de medicação e melhorias na precisão e na completude das informações transmitidas.</p>	<p>Falta de padronização de processos de <i>handover</i>; Falta de formação adequada das equipas envolvidas; Dificuldades em obter o envolvimento de todas as equipas envolvidas no processo de melhoria; Falta de confiança na qualidade das informações transmitidas durante o <i>handover</i>; Tempo limitado para conduzir <i>handovers</i>; Falta de</p>

					disponibilidade de informações importantes na hora do <i>handover</i> .
Lane-Fall et al. (2018)	Desenvolver um processo de handoff padronizado para a transferência de utentes do BO para a UCI.	Estudo observacional prospetivo	Processo de handoff standard/ padronizado	Os profissionais de saúde relataram uma melhoria na comunicação, eficiência e segurança do processo de transferência de utentes.	Falta de padronização; Sobrecarga de trabalho; Falta de comunicação efetiva; Falta de formação.
Lane-Fall et al. (2020)	Avaliar o impacto de um protocolo de handoff parcialmente estruturado na comunicação entre os profissionais de saúde nas UCIs cirúrgicas mistas	Estudo observacional prospetivo	Processo de handoff standard/ padronizado	Melhoria significativa na comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI. Houve um aumento na frequência de comunicação de informações críticas e uma redução na variação na comunicação, indicando maior consistência na transmissão das informações. A intervenção foi bem aceite pelos profissionais de saúde e	Falta de padronização e estruturação do processo de <i>handoff</i> pode levar a problemas de comunicação entre os profissionais de saúde durante a transição de cuidados do utente do BO para a UCI.

				não resultou no aumento da carga de trabalho.	
Mershon et al. (2021)	Desenvolver uma ferramenta de comunicação para a transição de cuidados baseada no RES, em colaboração com o fornecedor do RES e a iniciativa MHC, para melhorar a comunicação de informações entre os profissionais de saúde durante a transição de utentes e, assim, melhorar a qualidade e a segurança dos	Relato de experiência	Ferramenta de comunicação para a transição de cuidados	<p>O desenvolvimento bem-sucedido de uma ferramenta de comunicação para a transição de cuidados baseada no RES para melhorar a comunicação de informações entre os profissionais de saúde durante a transição de utentes;</p> <p>A integração efetiva da ferramenta de comunicação para a transição de cuidados no RES existente, facilitando o acesso e o uso da ferramenta pelos profissionais de saúde;</p> <p>A disseminação mais ampla das melhores práticas de transição de cuidados para outras organizações de saúde que usam o mesmo RES;</p> <p>A possibilidade de melhorar a qualidade e a segurança dos cuidados</p>	Sem a parceria colaborativa entre o MHC e o RES não seria possível superar os desafios típicos encontrados em projetos de colaboração entre organizações, como a coordenação entre diferentes equipas e a integração de diferentes sistemas

	cuidados prestados aos mesmos.			prestados aos utentes durante a transição entre diferentes profissionais de saúde, ao incorporar as melhores práticas recomendadas pelo MHC na ferramenta RES.	
--	--------------------------------	--	--	--	--

APÊNDICES

APÊNDICE I: “Comunicação Segura”



Mariana Belinha Mendes,
Mestranda Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área de Especialização A Pessoa Em Situação Perioperatória da ESSNorteCVP, Enfermeira no Serviço de Internamento de Cirurgia Cardiorácica - CHUSJ Porto

Comunicação Segura

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES

A comunicação efetiva é um dos pilares fundamentais para a segurança do doente, sendo de elevada importância nos momentos da transição de cuidados e troca de informação entre a equipa multidisciplinar (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE

A Direção Geral de Saúde redigiu uma Norma para a utilização da técnica ISBAR para a comunicação eficaz entre profissionais (Direção Geral de Saúde, 2017). A mesma fonte refere ainda que, esta técnica deve ser utilizada sempre que exista transmissão de informação, especialmente em momentos de maior vulnerabilidade, como é o caso do perioperatório.



I IDENTIFICAÇÃO

Identificação e localização dos profissionais (emissor e recetor) assim como do doente a que se refere a comunicação

Exemplo: Sou o Enfermeiro X, trago o Srº Y da sala 10.



S SITUAÇÃO

Descrição da situação que motivou a comunicação

Exemplo: Foi submetido a uma correção de um aneurisma da aorta abdominal, com uma anestesia geral balanceada.



B ANTECEDENTES (BACKGROUND)

Descrição de fatores clínicos, de enfermagem e outros de relevo, diretivas antecipadas de vontade;
Exemplo: Tem antecedentes de Hipertensão Arterial, Dislipidemia, Insuficiência Arterial Periférica; é fumador e alérgico à Penicilina.



A AVALIAÇÃO

Informações sobre a situação clínica do doente, terapêutica instituída, estratégias de tratamento já usadas, alterações de estado de saúde significativas

Exemplo: Vitais estáveis à saída da sala; fez paracetamol, tramadol, ondansetron às 13h00; traz um dreno redivac abdominal e um catéter venoso central.



R RECOMENDAÇÕES

Descrição de procedimentos e plano terapêutico adequados ao estado clínico do doente
Exemplo: Deve fazer vigilância da dor e hemostase.

Referências Bibliográficas

Despacho n.º 9390/2021 do Ministério da Saúde (2021). Diário da República: II série, n.º 187. <https://files.dre.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>
Direção-Geral da Saúde. (2017). Norma 001/2017 Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. Lisboa: Departamento da Qualidade na Saúde