



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

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

Ana Catarina de Jesus Sousa

**O IMPACTE DA
OPERACIONALIZAÇÃO
DO HANDOVER PELOS
ENFERMEIROS, NA
SEGURANÇA DA
PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2025

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

**O IMPACTE DA OPERACIONALIZAÇÃO DO
HANDOVER PELOS ENFERMEIROS, NA
SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA
RELATÓRIO FINAL DE ESTÁGIO CLÍNICO**

Relatório Final de Estágio clínico

Ana Catarina de Jesus Sousa

Relatório Final de Estágio clínico apresentada com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, Área da Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Doutora Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas

Oliveira de Azeméis | 2025

“É necessário sair da ilha para ver a ilha, não nos vemos se não saímos de nós”

(José Saramago)

AGRADECIMENTOS

É com um profundo sentimento de gratidão que dedico este momento para agradecer a todos aqueles que, de forma significativa, contribuíram para a realização deste relatório de estágio clínico.

Em primeiro lugar, quero expressar a minha mais sincera gratidão à minha orientadora, Professora Doutora Susana Regadas. A sua sabedoria, competência, dedicação, generosidade e empatia foram fundamentais para o meu crescimento académico e pessoal. Agradeço-lhe, por ter acreditado em mim neste desafiante processo.

Um agradecimento especial ao enfermeiro tutor, Sérgio Lopes, cuja experiência, amizade e dedicação foram essenciais para ultrapassar os momentos mais desafiadores deste estágio clínico.

Sendo, a excelência profissional o maior exemplo inspirador para beneficiar de uma liderança com carácter enriquecedor, agradeço ao enfermeiro gestor, Jorge Coelho, a disponibilidade e orientação focada na minha formação como enfermeira e investigadora que irá perdurar em toda a minha carreira.

Aos meus colegas de trabalho, cuja camaradagem, suporte e colaboração não só enriqueceram este trabalho, mas também a minha experiência profissional. Vocês são verdadeiramente uma fonte de inspiração e um exemplo de dedicação e trabalho em equipa.

Aos meus pais e familiares, minha eterna gratidão. O vosso amor incondicional, apoio e sacrifícios foram a base sobre a qual construí os meus sonhos. Vocês foram a minha força nos momentos de dúvida e a minha alegria nas conquistas. Apesar de tu, pai Abílio, não estares presente fisicamente, foste, és e serás sempre uma inspiração. Este trabalho é também é vosso, como um símbolo da nossa caminhada.

Por último, mas não menos importante, agradeço aos meus amigos, por estarem sempre lá, oferecendo palavras de encorajamento, momentos de descontração e apoio inabalável. Vocês tornaram esta viagem mais leve e iluminada com a vossa presença e amizade.

Este trabalho é o resultado de um esforço coletivo, e cada um de vocês faz parte desta conquista. Com profundo apreço e reconhecimento, dedico-o a todos vocês, que foram essenciais em cada etapa deste caminho.

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

Anestesia Fora do Bloco Operatório (AFBO)

Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN)

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP)

Bloco Operatório (BO)

Bloco Operatório Central (BOC)

Diário da República (DR)

Direção Geral de Saúde [DGS]

Enfermeiro Especialista (EE)

Enfermeiro Especialista na área de especialização Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EEEPSPO)

European Operating Room Nurses Association (EORNA)

European Credit Transfer System (ECTS)

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP)

Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC)

Lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC)

Joanna Briggs Institute (JBI)

Ordem dos Enfermeiros (OE)

Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO)

Perioperative Patient Focused Model (PPFM)

Prática Baseada na Evidência (PBE)

Programa Nacional de Segurança do Doente (PNSD)

Sala Operatória (SO)

Scoping Review (ScR)

Serviço Nacional de Saúde (SNS)

Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA)

RESUMO

A Enfermagem Perioperatória tem sido cada vez mais reconhecida pelo seu conjunto de competências específicas, cruciais para fornecer cuidados de alta segurança e qualidade, centrados na pessoa que se encontra em contexto perioperatório.

Este documento foi elaborado no contexto do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, focado na especialização de cuidados de enfermagem à pessoa em situação perioperatória, promovido pela Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, em contexto de estágio clínico realizado num Centro Hospitalar situado na região Norte de Portugal, especificamente no seu Bloco Operatório Central, na área de Ortopedia.

A primeira parte do trabalho teve como objetivo a análise crítico-reflexiva do processo de desenvolvimento das competências comuns do Enfermeiro Especialista, bem como das competências específicas do Enfermeiro Especialista dedicado ao cuidado da Pessoa em Situação Perioperatória. Este processo foi apoiado pelo modelo teórico *Perioperative Patient Focused Model*, desenvolvido pela *Association of periOperative Registered Nurses*. Este modelo centra-se nos cuidados prestados à pessoa em contexto perioperatório e aos seus familiares ou pessoas significativas, enfatizando a importância da segurança nos cuidados, consciência cirúrgica, bem como as competências de liderança e de tomada de decisão.

Na segunda parte do documento é apresentada uma *Scoping Review* intitulada “Impacte da operacionalização do handover pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória”. O estudo pretende dar resposta à questão: **“Qual o impacte da operacionalização do handover pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória?”**.

A operacionalização do handover pelos enfermeiros teve um impacto positivo na segurança da pessoa em situação perioperatória. A implementação de ferramentas padronizadas, como SBAR e ISBAR, melhorou a qualidade do handover, reduzindo erros de comunicação e aumentando a retenção de informações pelos recetores, melhoria na estrutura da informação, e uma redução nos relatórios de incidentes relacionados a erros de comunicação. Estes resultados ressaltam a importância da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros para promover cuidados seguros e de qualidade no ambiente perioperatório.

Palavras-chave: enfermagem; *handover*; perioperatório; segurança do doente

ABSTRACT

Over recent decades, nursing has significantly evolved, establishing itself as a science grounded in rigorous scientific knowledge and the application of evidence. Specifically, Perioperative Nursing has been increasingly recognized for its set of specific competencies, crucial for providing high safety and quality care, focused on the person in a perioperative context.

This document was prepared in the context of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, focusing on the specialization of nursing care for the person in a perioperative situation, promoted by the Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa, within a clinical internship conducted at a Hospital Center located in the Northern region of Portugal, specifically in its Central Surgical Block, in the Orthopedics area.

The first part of the work aimed at the critical-reflective analysis of the process of developing the common competencies of the Specialist Nurse, as well as the specific competencies of the Specialist Nurse dedicated to the care of the Person in a Perioperative Situation. This process was supported by the theoretical model Perioperative Patient Focused Model, developed by the Association of periOperative Registered Nurses. This model focuses on the care provided to the person in a perioperative context and their family members or significant others, emphasizing the importance of care safety, surgical awareness, as well as leadership and decision-making skills.

The second part of the document presents a scoping review entitled “The impact of nurse-led handover operationalization on the safety of the person in a perioperative situation”. The study aims to answer the question: “What is the impact of nurse-led handover operationalization on the safety of the person in a perioperative situation?”.

The operationalization of handover by nurses positively impacted the safety of individuals in the perioperative situation. The deployment of standardized tools, such as SBAR and ISBAR, enhanced the quality of handover, mitigating communication errors and bolstering the retention of information by recipients. There was an improvement in the structuring of information, an increase in the memorization of information sequences, and a decrease in incident reports related to communication errors. These findings highlight the significance of effectively implementing handover processes to promote safe and high-quality care in the perioperative setting.

Keywords: Nursing; handover; perioperative care; patient safety

ÍNDICE DE TABELAS

TABELA 1: Estratégia de pesquisa.....	75
TABELA 2: Dados bibliográficos dos estudos selecionados	81
TABELA 3: Dados bibliográficos dos estudos selecionados	83

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1:	77
-----------------	----

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO	21
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO CLÍNICO	25
1. Enquadramento do contexto de estágio clínico	27
1.1 Estágio clínico em contexto de BO na Especialidade de Ortopedia	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	33
2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	34
2.2 Domínio da melhoria da qualidade	36
2.3 Domínio da Gestão de Cuidados	41
2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	42
3. Competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória	47
3.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	48
3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	53
4. Considerações finais	59
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO	63
1. Resumo	65
2. Abstract	67
3. Fundamentação/enquadramento teórico	69
4. Finalidade e objetivos	73
5. Metodologia	75
5.1. Considerações éticas	78
6. Resultados	81
7. Discussão	89
8. Conclusão	93
CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	97
APÊNDICES	107

APÊNDICE I: TIMEOUT CIRÚRGICO	109
APÊNDICE II: Formação em Serviço “INVOS E STARLING”	113
APÊNDICE III: Instrução de trabalho: Preparação e administração de Complexo Protrombínico	139
APÊNDICE IV: Folha de consulta da preparação do Complexo Protrombínico	143
APÊNDICE V: Cartão ISBAR	147
APÊNDICE VI: Formação em Serviço: “Dupla Luva, porque não um procedimento padrão: <i>Scoping Review</i>”	149
APÊNDICE VII: Formação em Serviço: “Suporte Avançado de Vida no Bloco Operatório - Simulação	165
APÊNDICE VIII Póster “Impacte da operacionalização do handover na segurança da pessoa em situação perioperatória”	173
APÊNDICE IX Póster “Dupla Luva: Porque não um procedimento padrão?”	177
APÊNDICE X Póster ““Dupla Luva, qual o contributo na prevenção da infeção do local cirúrgico: <i>Scoping Review</i>”	181
APÊNDICE XI Comunicação Livre: “Contributo da dupla luva na prevenção da infeção do local cirúrgico”	185
ANEXOS	193
ANEXO I: Certificado 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade	195
ANEXO II: Certificado Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2023	199
ANEXO III: Certificado III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem – Encontro de Investigadores 5ª Sessão Edição 2	203

INTRODUÇÃO

O presente relatório foi elaborado como parte integrante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC), com foco na especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (PSPO), da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNCVP). Tem como objetivo abordar de forma crítica e reflexiva o percurso efetuado durante o contexto de estágio clínico.

Elaboramos um projeto no qual foram definidos objetivos específicos, acompanhados de atividades propostas, com o intuito de adquirir as competências necessárias para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem na área de especialização referida, conferido aos estudantes que demonstrem possuir conhecimentos aprofundados e capacidade de compreensão em determinada área de estudo (Decreto lei 65/2018, 2018).

A participação neste processo formativo foi impulsionada por aspirações de enriquecimento tanto pessoal como profissional. Desempenhando um papel crucial, proporcionou a oportunidade de oferecer cuidados à PSPO, numa abordagem multidisciplinar, mantendo um compromisso constante com a segurança e qualidade, sustentados com a melhor e mais recente evidência científica.

Inúmeros desafios foram enfrentados ao delinear os objetivos para desenvolvimento e aquisição de competências, sendo que essas experiências se revelaram como valiosas contribuições para aprimorar a prática profissional, elevando significativamente a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Além disso, esta abordagem favoreceu a colaboração na gestão de cuidados bem como a formação de outros profissionais.

A profissão de enfermagem está intimamente ligada às mudanças e constante evolução relativas às questões de saúde e sociedade, fato que exige aos seus profissionais uma permanente atualização dos conhecimentos teórico-práticos, aliada a uma reflexão crítica.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) explicita no Código Deontológico de Enfermagem que o enfermeiro deve exercer a sua prática com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, respeitando a vida, a dignidade humana, a saúde e bem-estar da população adotando medidas para melhorar a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2015a).

Deste modo, a procura incessante do saber em enfermagem deve ser uma realidade presente na mente dos seus profissionais, baseada num domínio técnico-científico e crítico-reflexivo, perspetivando que a prestação de cuidados à pessoa, família e

comunidade seja realizada com elevada qualidade e segurança. Procura-se desta forma que a enfermagem assuma uma posição diferenciado e empoderada na prestação de cuidados de saúde, pela alta complexidade e especificidade das suas competências, sendo simultaneamente uma forma de afirmação e reconhecimento.

A OE afirma que o Enfermeiro Especialista (EE) detém um conhecimento robusto num domínio específico de enfermagem, considerando as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, demonstrando níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas (OE, 2017a).

A Enfermagem Perioperatória, uma das especialidades específicas da EMC, engloba um leque de conhecimentos teóricos e práticos que o EE utiliza para reconhecer as necessidades da PSPO sujeita ao seu cuidado, planeando, executando e avaliando os resultados obtidos com a sua intervenção (Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2006).

A *European Operating Room Nurses Association* (EORNA) salienta o direito de todos os indivíduos submetidos a procedimentos anestésicos e cirúrgicos, a serem cuidados por profissionais qualificados, que detenham conhecimento e competência baseada na mais recente evidência e num ambiente seguro (AESOP, 2006).

Entende-se assim que o enfermeiro especialista na área de especialização de enfermagem à pessoa em situação perioperatória (EEEPSPO) é um elemento fundamental na equipa multidisciplinar, dotado de competências específicas avançadas e baseadas na melhor evidência, proporcionando um ambiente seguro e de elevada qualidade. Torna-se imperativo que o EEEPSPO tenha um papel preponderante através da contribuição para a prática sustentada em evidências científicas, fomentando a elevação constante dos padrões de qualidade dos cuidados prestados. A sua capacidade de liderar e gerir, aliada à competência formativa, assegurando o respeito pelos princípios éticos e a observância dos princípios deontológicos, é essencial para satisfazer as exigências específicas de indivíduos, família e cuidadores.

O presente relatório aborda um conjunto essencial de temas no contexto da EMC na área da PSPO. Inicialmente, aprofundamos as competências comuns da EMC, fundamentais para uma assistência abrangente e especializada. Em seguida, exploramos o campo da enfermagem perioperatória, destacando os seus princípios e práticas cruciais para garantir o cuidado eficiente, seguro e de elevada qualidade durante todo o processo cirúrgico. Concentramo-nos nas competências específicas exigidas à equipa de enfermagem no âmbito da PSPO, considerando os desafios únicos apresentados por esse cenário. Ao explorar estas competências, procuramos aprimorar a qualidade do cuidado prestado e

promover a segurança da pessoa durante o período perioperatório. Mantivemos presente o modelo teórico *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM) desenvolvido pela *Association of PeriOperative Registered Nurses* (AORN) com o intuito de facilitar a conexão entre a teoria e a prática.

A comunicação na transição de cuidados no perioperatório é um ponto central de análise, reconhecendo a importância crítica da coordenação eficaz entre os profissionais de saúde. A pesquisa investiga qual o impacto da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da PSPO, minimizando potenciais lacunas e melhorando a continuidade dos cuidados à PSPO. Esta abordagem visa contribuir para o avanço do conhecimento e prática, elevando a qualidade global dos cuidados de enfermagem durante o período perioperatório.

Este documento segue uma estrutura organizada em capítulos, proporcionando um fio condutor que facilite a leitura e compreensão. Inicialmente, é oferecido um enquadramento do local de estágio clínico, juntamente com uma caracterização do contexto da área de Ortopedia. No capítulo subsequente, são exploradas as competências comuns do EE, centrando-se nos domínios da responsabilidade ética e legal, na melhoria contínua da qualidade dos cuidados, nas competências de gestão e no desenvolvimento de aprendizagens profissionais. Em seguida, são abordadas as competências do EE na área de especialização em Enfermagem à PSPO, alinhadas conjuntamente com as competências de Mestre. Por fim, apresentamos o estudo de investigação, uma *Scoping Review* (ScR) segundo a metodologia de *Joanna Briggs Institute* (JBI), centrada no impacto da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da PSPO.

A elaboração deste documento seguiu uma metodologia descritiva e analítico-reflexiva, que se concentra na exposição e descrição das várias atividades e experiências vivenciadas em contexto de estágio clínico. Inclui também fontes bibliográficas de base científica e outros documentos elaborados ao longo do percurso, contribuindo para o desenvolvimento e aquisição de competências.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO CLÍNICO

1. Enquadramento do contexto de estágio clínico

Este capítulo foca-se na descrição e análise reflexiva do percurso efetuado durante o estágio clínico efetuado no âmbito da unidade curricular denominada Estágio clínico de enfermagem à PSPO II. Teve lugar no Bloco de Ortopedia do Bloco Operatório Central (BOC), num Hospital da zona norte de Portugal que serve cerca de 330 000 habitantes.

Decorreu entre 3 de outubro de 2022 e 8 de Março de 2023, totalizando 810 horas (440h de contato direto, 270h de trabalho autónomo, 80h de orientação tutorial e 20h de seminários), correspondendo a 30 *European Credit Transfer System* (ECTS).

A nossa escolha do contexto de estágio clínico inseriu-se na área de Ortopedia, opção motivada pelo interesse na aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas na área de especialização, conforme delineado pela OE, bem como a mobilização de conhecimento para além da zona de conforto da mestranda.

Durante este capítulo, vamos apresentar uma visão crítica e reflexiva, descrevendo as atividades que contribuíram para a aquisição das competências acima mencionadas. Com esse propósito, foram delineados os seguintes objetivos:

1. Desenvolver competências para cuidar da PSPO na área de Ortopedia, atuando com pertinência nas áreas de circulação, instrumentação e anestesia, demonstrando conhecimento, espírito crítico e assertividade na promoção de ambientes seguros e de qualidade, com base na evidência científica.
2. Identificar estratégias facilitadoras da comunicação adequadas de forma a assegurar a documentação precisa e a continuidade na transição de cuidados;
3. Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da componente de investigação, através da divulgação num evento científico sobre o tema de investigação desenvolvido durante o estágio clínico.
4. Planear e implementar pelo menos uma formação à equipa interdisciplinar.

Tal como é descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC, a PSPO define-se como a pessoa que, ao longo do seu ciclo vital, requer, opta ou consente ser sujeita a procedimentos anestésico-cirúrgicos, aceitando submeter-se a um estado de consciência alterado, vulnerabilidade física e emocional, ciente dos riscos associados, com a

expectativa de melhorar a sua condição de saúde e/ou obter melhor qualidade de vida (OE,2017b).

Ainda de acordo com os mesmos padrões de qualidade, a prática profissional do EEEPSPO caracteriza-se pela sua postura proativa na antecipação de riscos associados ao contexto anestésico-cirúrgico, pautando-se pelos princípios da responsabilidade e prudência profissionais (OE, 2017b).

Considerando a relevância do conteúdo deste relatório e das atividades envolvidas no cuidado à PSPO, sustentamos o nosso pensamento no referencial teórico PPFM, desenvolvida pela AORN desde o ano 2000, sendo, desde então, uma valiosa contribuição na orientação da prática de enfermagem perioperatória. Este modelo emerge como uma estrutura robusta e abrangente, proporcionando um alicerce sólido para a prática eficaz e segura no ambiente perioperatório.

A PSPO está no centro do modelo, significando que é a peça central, é o foco principal do cuidado de enfermagem perioperatória, independentemente do ambiente da prática, da localização geográfica ou das características da população (AORN, 2015). Abrange quatro pilares fundamentais que rodeiam, em forma de círculo, a PSPO no centro, nomeadamente a segurança, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e o sistema de saúde (Rothrock e Smith, 2000). A ênfase nestes pilares no planeamento e execução das intervenções contribui para a excelência na prestação de cuidados de enfermagem perioperatória. O modelo centra-se nos resultados para a PSPO, posicionando-os contiguamente aos domínios (AORN, 2015).

No âmbito da segurança, esta é definida como “a inexistência de sinais e sintomas de lesão física não relacionados aos efeitos terapêuticos desejados de um procedimento cirúrgico ou outra intervenção invasiva” (Wicklin, 2020, p.4), alinhando-se com as diretrizes do Programa Nacional de Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026. Este documento salienta que a promoção da segurança demanda um esforço coordenado e persistente de todas as partes envolvidas, assumindo uma abordagem sistémica, continua e impulsionadora de uma cultura de segurança não punitiva e de aprimoramento constante (DGS, 2022a).

As respostas fisiológicas são caracterizadas com “as manifestações físicas, bioquímicas e funcionais que surgem dos efeitos terapêuticos desejados de um procedimento cirúrgico ou de outra intervenção invasiva” (Wicklin, 2020, p.5). Neste contexto, torna-se incumbência do EEEPSPO providenciar cuidados voltados para a preservação personalizada da homeostasia da PSPO.

No quarto domínio, o sistema de saúde, destaca-se a relevância da contribuição do ambiente da prática, com especial enfoque nas áreas críticas dos cuidados perioperatórios, ressaltando a sua influência na promoção de cuidados seguros e de elevada qualidade (Rothrock e Smith, 2000).

O modelo estabelece as respostas comportamentais como as reações psicológicas, sociológicas e espirituais da PSPO e da sua família e/ou pessoa significativa perante um procedimento cirúrgico ou intervenção invasiva (Wicklin, 2020), que nos remete aos cuidados que salvaguardem a dignidade humana e os seus direitos ético-legais.

Ao relacionar o PPFM com as competências do EEEPSPPO, destaca-se a importância de uma abordagem ampla e especializada no cuidado à PSPO, nomeadamente a aplicação de conhecimentos teóricos e práticos sólidos, consistentes e sustentados em evidência científica. Na nossa perspetiva, este modelo promove uma abordagem holística e personalizada dos cuidados, alinhando-se com as competências que exigem conhecimento especializado, avaliação clínica avançada, gestão de cuidados complexos e capacidade de tomada de decisão baseada em evidência científica. Além disso, pensamos que reforça a importância da comunicação eficaz, liderança e colaboração interprofissional, fundamentais para a prestação de cuidados seguros e de qualidade.

1.1 Estágio clínico em contexto de BO na Especialidade de Ortopedia

Estruturalmente, o BO encontra-se dividido em três Blocos, o BOC, o BO de Otorrino e Oftalmologia, e o BO de Obstetrícia.

O BOC situa-se no terceiro piso do hospital, onde se encontra o Serviço de Anestesia, Núcleo de Partos e Serviço de Medicina Intensiva Polivalente. É constituído por um conjunto de seis salas Operatórias e três salas de indução, das quais cinco salas são destinadas a cirurgia eletiva, das 8h às 20h, e uma sala operatória (SO) para cirurgia de urgência, que funciona 24 horas por dia. As SOs 1 e 2 correspondem à alocação preferencial da especialidade de Cirurgia Geral, SO 3 às especialidades de Ginecologia e Urologia, SO 4 à Urgência e SO 5 e 6 à especialidade de Ortopedia/Traumatologia.

A equipa de enfermagem escalada à SO de Urgência é constituída por um enfermeiro da área de anestesia, um da área de Cirurgia Geral e outro da área de Ortopedia, que realizam a preparação e gestão de cirurgias urgentes/emergentes em articulação com a restante equipa multidisciplinar. A maioria das cirurgias realizadas em contexto de urgência dividem-se entre as especialidades de Ortopedia/Traumatologia e Cirurgia Geral, sendo a priorização clínica efetuada entre as especialidades e o Anestesiologista escalado. O contato com a equipa de

enfermagem é preferencialmente feito via telefónica, havendo para isso um telefone próprio, que está na posse do enfermeiro de anestesia escalado que acumula a função de responsável de turno, permitindo uma comunicação e gestão atempada do ato operatório proposto, dos equipamentos e materiais necessários, bem como uma avaliação global das necessidades da PSPO.

O BOC encontra-se dividido em três áreas com acesso distinto, adequadas às atividades realizadas em cada uma, de modo a prevenir potenciais fontes de contaminação cruzada.

A área livre é constituída pelos vestiários, sala de reuniões, gabinete do Enfermeiro Gestor, Gabinete das Enfermeiras Coordenadoras, sala de pausa e zona de receção de pessoal e materiais externos, não existindo obrigatoriedade de fardamento específico.

Na área semi-restrita encontramos os armazéns de materiais, equipamentos, instrumental cirúrgico estéril, gabinete de trabalho, zona de admissão à PSPO e a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). A presença nesta área é de acesso exclusivo a profissionais e a PSPO, estando salvaguarda a presença de familiar ou pessoa significativa na admissão em situações específicas. É obrigatório o uso de fardamento específico do BO (fato de circulação exclusivo, socas e barrete de proteção de cabelos).

A área restrita comporta as salas operatórias, equipadas com material anestésico e cirúrgico. Numa lógica de respeito ao elevado nível de assepsia requerido nestes ambientes, minimizando os riscos de infeção e promoção de boas práticas cirúrgicas, o acesso a cada SO é limitado ao pessoal estritamente necessário para a realização do ato cirúrgico.

A UCPA está integrada no BOC e é constituída por sete unidades providas de equipamento de monitorização central contínua de parâmetros vitais, sendo assegurada por três enfermeiros. Esta unidade, de acordo com o Regulamento nº 743/2019 de 25 de Setembro da OE, é de tipologia recobro 1, ou recobro imediato em cirurgia convencional (OE, 2019a)

O Serviço de anestesia para além das funções alocadas às salas operatórias e UCPA, colabora com o serviço de Gastroenterologia, Pneumologia, Cardiologia, Imagiologia e Radiologia de Intervenção, na denominada Anestesia Fora do Bloco Operatório (AFBO), em contexto eletivo e de urgência.

A equipa multidisciplinar é constituída por uma equipa residente constituída por setenta e um enfermeiros, vinte assistentes operacionais e 2 administrativos, e uma equipa

não residente constituída pelos médicos de cada especialidade, técnicos de diagnóstico e terapêutica e assistentes técnicos.

Relativamente aos recursos humanos de enfermagem, a equipa do BOC encontra-se dividida em diferentes áreas específicas: Anestesia (trinta e oito enfermeiros), Cirurgia Geral (vinte enfermeiros) , Ortopedia (treze enfermeiros), tendo cada uma delas uma coordenadora que é responsável pela organização de horários, distribuição diária dos colaboradores no plano de trabalho, gestão de materiais e equipamentos da área de responsabilidade, em estreita cooperação com o Enfermeiro Gestor. Relativamente à formação especializada, destaca-se a enfermagem Médico-cirúrgica (20 enfermeiros), Enfermagem em Saúde Comunitária (1 enfermeiro), Enfermagem em Saúde Materna e Obstétrica (3 enfermeiros) e Enfermagem de Reabilitação (2 enfermeiros).

Cada SO funciona com três enfermeiros, anestesia, circulante e instrumentista, conforme definido pela Associação de Enfermeiros de Sala Operatória (AESOP), por forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios. A UCPA funciona com três enfermeiros da área de anestesia das 8-20h e um enfermeiro das 20h-8h e durante os fins de semana e feriados. Verifica-se assim o cumprimento do regulamento da norma para cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem da OE “ garantindo, em simultâneo, a qualidade e segurança da prestação de cuidados de saúde (...) de acordo com as melhores práticas e recomendações internacionais” (OE, 2019a, p.128)

Os enfermeiros de anestesia com Curso de Suporte Avançado de Vida, asseguram também a reanimação intra-hospitalar, em articulação estabelecida em horário próprio com os enfermeiros dos serviços de Urgência, Serviço de Medicina Intensiva Polivalente e Unidade de Cuidados Intermédios Médicos e Coronários.

O enfermeiro responsável de turno é o enfermeiro de anestesia escalado para a sala de urgência, assumindo um papel de supervisor, coordenador e de substituição da chefia do serviço quando esta está ausente.

Nas manhãs durante a semana é realizada uma reunião tipo *briefing*, liderada pelo Enfermeiro Gestor e com a participação das enfermeiras coordenadoras de cada especialidade, enfermeiro responsável de turno, assistente operacional responsável de turno e administrativo da unidade, onde se discutem pontos essenciais para o plano de trabalho do dia, bem como outros assuntos pontuais.

No serviço existe um plano de formação anual, que é dinamizado e estruturado por um grupo de EE em MC dedicados, tendo como principal objetivo a partilha de conhecimentos entre a equipa de enfermagem. Os momentos formativos acontecem semanalmente e são planeados pela equipa de formação que publica mensalmente a

Impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da Pessoa em situação perioperatória

organização dos mesmos. A instituição também é dotada de uma escola de formação que abrange todos os profissionais.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

O enfermeiro especialista desenvolve a sua prática com o propósito de promover a melhoria dos cuidados de enfermagem com base numa capacidade crítica, reflexiva e dotada de evidência científica. O seu corpo de conhecimento necessita de produção e constante atualização, tendo a investigação um contributo essencial para o seu desenvolvimento. O enfermeiro com estas competências acresce em qualquer serviço qualidade assistencial, influenciando positivamente a prestação de cuidados em enfermagem na área de especialidade.

A OE define que o EE em MC tem a responsabilidade de conceber, implementar e avaliar estratégias de intervenção destinadas a atender às necessidades das pessoas e famílias, foco dos seus cuidados. O seu objetivo é detetar precocemente, estabilizar, manter e promover a recuperação face a situações que requerem recursos avançados de vigilância, monitorização e terapêutica, desempenhando um papel crucial na prevenção de complicações, eventos adversos e na promoção da saúde nos diversos contextos de intervenção (OE, 2017).

Ser enfermeiro no BO de Ortopedia, cujo ambiente é exigente e complexo, requer um amplo leque de saberes técnicos, científicos, ético-legais, sociais e relacionais, adquiridos na interação diária com a equipa multidisciplinar, com a PSPO/família e em contexto formativo. Para isso, consideramos que a formação contínua e a busca da melhor evidência científica são pilares para que o conhecimento seja sólido e atual, permitindo responder com grande qualidade aos desafios diários.

O Regulamento nº 140/2019 da OE expõe que as competências comuns dos enfermeiros especialistas são aquelas compartilhadas, independentemente da área de especialização, evidenciadas pela sua capacidade excecional de conceber, gerir e supervisionar cuidados, bem como pelo suporte eficaz que oferecem no contexto do exercício profissional especializado, abrangendo áreas como formação, investigação e assessoria (OE, 2019b).

Ao longo deste capítulo vamos refletir criticamente acerca do desenvolvimento das competências comuns que se dividem em quatro domínios, a responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

No domínio da prática profissional, o exercício de prestação de cuidados assenta no cumprimento estrito de princípios éticos, normas deontológicas e jurídicas orientadoras da prática profissional, enquadrados em situações específicas e fundamentados por evidência científica (Nunes, 2016).

Neste contexto, a prática profissional durante o estágio clínico baseou-se no o Código Deontológico do Enfermeiro e no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE), com princípios, valores e normas para proteção dos direitos e dignidade da vida humana, atuando com responsabilidade pelos atos e decisões.

Os enfermeiros exercem as suas funções com responsabilidade ética, em conformidade com a *legis artis*, a deontologia e os direitos e interesses legalmente protegidos dos cidadãos, sendo responsáveis pelas tarefas que delegam, assegurando a qualidade e segurança dos cuidados de saúde oferecidos (OE, 2022).

O cuidar da PSPO impõe que o EE detenha uma prática competente, específica e avançada, alicerçada num olhar sobre a pessoa, família e os cuidados de saúde, orientada por princípios éticos universais e motivada pelos valores específicos do exercício da profissão.

Este domínio remete-nos para o domínio das respostas comportamentais do modelo conceptual PPFM que se refere às respostas psicológicas, sociológicas e espirituais da pessoa e família/pessoas significativas relativamente ao ato cirúrgico (Wicklin, 2020). Implicou por isso, compreender e aplicar cuidados personalizados, tendo em conta as necessidades individuais da PSPO em cada etapa do processo cirúrgico, onde se incluíram uma comunicação eficaz, organização de cuidados, avaliação abrangente das necessidades, além da capacidade de oferecer apoio emocional.

Os cuidados de enfermagem centram-se na interação com a pessoa e na criação de uma relação de ajuda (Nunes, 2016). A PSPO encontra-se numa posição vulnerável, com receios e medos que são necessários identificar, compreender e minimizar. Torres *et al* (2021), num estudo de revisão sistemática identificaram que o apoio psicológico, o empoderamento da PSPO/família e a promoção do apoio social são cruciais para responder ao domínio das respostas comportamentais do PPFM. Para isso, foi importante estabelecer uma relação terapêutica, empática e de confiança no acolhimento ao BO, usando uma comunicação simples e acessível, centrada e adequada à pessoa, de forma a explicar cada ação efetuada, por forma a construir soluções em parceria. Procuramos criar um “pacto de cuidado entre o enfermeiro e a pessoa, ancorado no reconhecimento da humanidade do

Outro, da sua capacidade de pensar, de interagir, de se manifestar” (Nunes, 2016, p.11). Uma comunicação empática com a PSPO, por meio de uma abordagem informativa adequada e individualizada, contribuirá para a redução da ansiedade pré-operatória (Medina-Garzon, 2019).

Na prestação de cuidados perioperatórios, a diversidade ética, os elementos culturais, raciais e sociais devem ser considerados (Benze, Spruce , Groah, 2021).

O EEEPSPO deve envolver ativamente a pessoa neste processo, informando sobre os procedimentos efetuados durante a sua permanência no BO, de forma a promover um ambiente seguro e de confiança para com a equipa. A PSPO foi encarada, não apenas como recetor passivo de cuidados, mas sim como pessoas que procuram envolvimento ativo no seu tratamento (Torres, *et al*, 2021). Sabemos, contudo, que não é sempre possível o estabelecimento desta interação e relação, nomeadamente no caso de PSPO sedadas, ventiladas ou com alteração do estado de consciência, seja pela sua condição clínica prévia ou pela estratégia anestésica necessária à intervenção cirúrgica, como foi experienciado. Uma vez que a PSPO está impossibilitada de tomar decisões sobre os seus cuidados, o EEEPSPO torna-se no seu “advogado”, de forma a garantir que os seus direitos sejam respeitados (Duarte, Martins, 2014).

O EEEPSPO assume a capacidade e a responsabilidade de identificar precocemente situações potencialmente comprometedoras para a pessoa e família, tendo uma conduta preventiva e antecipatória. Para isso, elabora e implementa um plano de cuidados individualizado à pessoa, à intervenção cirúrgica e técnica anestésica, de forma a minimizar riscos e potenciais complicações (Guido, *et al*, 2014).

O BO constitui um cenário muito particular para o desenvolvimento da prática de enfermagem. A dinâmica funcional e organizacional observada na admissão ao BO (sala ampla) determina algumas limitações efetivas e relevantes a uma prestação de cuidados que se ambiciona de excelência. Tornou-se, pois, ainda mais pertinente a estruturação e execução de estratégias que privilegiassem a comunicação adequada e clara entre profissional e PSPO, o respeito pela sua privacidade, bem como a garantia da confidencialidade da informação clínica obtida.

O dever de sigilo profissional foi uma problemática a ter em conta, tanto pelo facto de exigir um acesso à informação da PSPO através do processo clínico (sistema informático), quer pela transmissão de informação em contexto de passagem de turno. Deste modo, privilegamos o uso da informação disponível no sistema informático de forma a minimizar a divulgação de dados pessoais, salvaguardando o acesso restrito à equipa responsável pelo processo terapêutico.

O respeito pelo princípio da autonomia da PSPO operacionaliza-se pela informação sobre os cuidados prestados e solicitando o seu consentimento para cada ato, sempre que o seu estado de consciência o permita e a sua capacidade de tomada de decisão não esteja afetada. A obrigatoriedade de informar e obter o consentimento da PSPO é um requisito legal, incluído na Deontologia Profissional de Enfermagem, no artigo 84º “ qualquer intervenção no domínio da saúde só pode ser efetuada após ter sido prestado pela pessoa em causa o seu consentimento livre e esclarecido” (OE, 2015a, p.74)

A pessoa foi encarada holisticamente, com valores e crenças próprias, tendo ainda por base o respeito pelos princípios da beneficência e não- maleficência.

De acordo com a Norma nº 015/2013 da Direção-Geral da Saúde (DGS), atualizada a 04/11/2015, o consentimento presumido aplica-se aos casos em que o PSPO está inconsciente ou não está legalmente representado e o adiamento do ato médico represente uma ameaça efetiva à sua saúde e/ou vida. Durante o estágio clínico, ocorreram duas situações de emergência (politraumatizado) em que a equipa multidisciplinar recorreu ao consentimento presumido, dado que a PSPO não estava capaz de manifestar a sua vontade e nenhum representante legal estava presente. Os cuidados passaram desta forma a reger-se pelo respeito aos princípios da beneficência e não-maleficência (DGS,2015).

A preservação da privacidade e intimidade do PSPO, foi um desafio que exigiu um exercício estratégico, uma vez que, a exposição corporal é necessária para o ato anestésico e cirúrgico. Para isso, a salvaguarda da intimidade foi procurada de forma a evitar a exposição corporal prolongada desnecessária, tendo-se reforçado junto da equipa multidisciplinar para a consciência desta problemática.

Consideramos que a conduta durante o exercício profissional neste estágio clínico baseou-se no respeito pelos princípios éticos da autonomia, dignidade da vida humana, beneficência e não maleficência.

2.2 Domínio da melhoria da qualidade

O ser humano tem constantemente demonstrado um compromisso incansável em alcançar melhores condições para atender às suas necessidades. É imperativo um avanço contínuo na qualidade, a adoção de práticas sustentadas por evidências científicas e a fomentação de uma cultura que preze e ambicione a oferta de cuidados de excelência (Ribeiro et al, 2016).

Neste âmbito, o EEEPSPO tem um papel crucial nos programas de melhoria contínua no BO e deve aproximar o seu desempenho aos padrões de excelência definidos. Deve desempenhar um papel na liderança de iniciativas de qualidade, colaborando com equipas multidisciplinares para desenvolver e implementar estratégias que culminem em melhores resultados para a PSPO/ família. Entendemos que esta competência avançada se estende à promoção de uma cultura organizacional centrada na qualidade, na segurança e na procura contínua pela excelência nos cuidados de saúde.

Os Padrões de qualidade de EMC na área da PSPO são fundamentais na garantia de uma abordagem holística, segura e centrada na pessoa durante todo o processo cirúrgico. Ao integrar os conceitos de reconhecimento do outro e capacitação, vulnerabilidade, responsabilidade do cuidado, prudência e gestão de risco, e consciência cirúrgica, os EE fornecem cuidados que promovem a excelência, segurança, qualidade e bem-estar (OE, 2017b).

É possível identificar uma clara relação entre o domínio da melhoria da qualidade e a dimensão da segurança elencado no PPFM da AORN, uma vez que ambos estão voltados para o reconhecimento e a promoção de uma cultura centrada na prática de cuidados seguros e de alta qualidade. Concomitantemente, existe uma conexão com o PNSD para o período de 2021 a 2026, que representa um marco significativo no compromisso contínuo de Portugal em promover a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde.

Na execução das suas intervenções, os enfermeiros empregam técnicas e recursos que jugam apropriados e nos quais têm o conhecimento necessário, visando proporcionar as melhores abordagens, tendo como base a prática baseada na evidência (PBE) (OE, 2022). Desta forma, consideramos que a PBE permite aprimorar a qualidade e segurança do cuidado à PSPO, elevando a sua satisfação com a experiência vivida. Entendemos também que promove a atualização constante dos profissionais, estimulando a aprendizagem e a melhoria contínua da qualidade do cuidado de enfermagem.

Foi com base neste pressuposto que foi desenvolvido o projeto de investigação que dá título a este relatório de estágio clínico, indo de encontro ao que a OE preconiza para o EE, ou seja, a conceção e realização de projetos institucionais na área da qualidade, promovendo a sua disseminação. Promover a melhoria da qualidade implica a análise, revisão das práticas face aos resultados obtidos, avaliar a qualidade e conseqüentemente implementar programas de melhoria contínua (OE, 2018).

As competências técnicas necessárias para a realização de procedimentos complexos seguros, incluindo a utilização de vários equipamentos, coordenação da equipa e o cuidado individualizado a cada PSPO, oferecem múltiplas oportunidades para erros

(Sotto *et al*, 2021). A atividade de um BO caracteriza-se por ser complexa e interdisciplinar, altamente dependente de competências individuais, competências não técnicas e de fatores organizacionais, numa constante interação entre humanos, máquinas e equipamentos (Fragata 2010).

As listas de verificação tornaram-se comuns na área da saúde como uma ferramenta de segurança de modo a padronizar e tornar mais previsível o desempenho da equipa numa diversidade de situações e ambientes clínicos (Gillespie *et al*, 2014). A implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas”, de acordo com o manual “Orientações da Organização Mundial de Saúde (OMS) para a Cirurgia Segura 2009”, é considerado o padrão mínimo de qualidade clínica, sendo de caráter obrigatório em todos os BOs do Serviço Nacional de Saúde (SNS) (DGS, 2013a).

A implementação da lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) pode conduzir a uma melhoria na segurança da PSPO, visto estar associada a melhores resultados pós-operatórios, incluindo uma redução das complicações e mortalidade (Abbott *et al*, 2018). Sotto *et al* (2021), no seu estudo de revisão sistemática, concluem que os utilizadores podem necessitar de rever as suas práticas de implementação da LVSC, determinando se são necessárias modificações e ajustes nas estratégias que garantam o cumprimento e utilização conforme pretendido, com principal enfoque na melhoria da comunicação entre a equipa. Esta área foi alvo da nossa intervenção durante o estágio clínico, na continuidade de um projeto já implementado no serviço, onde foi introduzida em todas as salas operatórias uma *check-list* modificada, em formato digital (Apêndice I) para ser preenchida com visualização efetiva do *Time-Out* pelos enfermeiros, em articulação com a restante equipa cirúrgica. Uma das nossas principais intervenções foi o incentivo crescente a que toda a equipa efetuasse uma pausa antes da incisão cirúrgica, realizando em voz alta a *check-list* implementada, objetivo alcançado com elevada satisfação por parte de todos os intervenientes.

A lista de verificação pré-cirúrgica, destinada à verificação de informações acerca da PSPO e do seu processo cirúrgico, é também de crucial importância. Esta surge numa perspetiva de continuidade de cuidados entre o serviço de internamento e o BO, sendo que foi reforçada a sua utilização e correta efetivação no processo digital.

Existem outras ferramentas puramente informativas que auxiliam na preparação e utilização de equipamentos médicos. No entanto, apesar destas estarem disponíveis, foi identificada a necessidade de abordar especificamente dois monitores recentemente

introduzidos na área de anestesia, com o objetivo de desconstruir e simplificar a informação, capacitando os profissionais para a compreensão sobre o funcionamento, correta utilização e interpretação correta dos dados. Deste modo, em colaboração com outra colega enfermeira a frequentar o mesmo curso de Mestrado, organizou-se uma formação em serviço (APENDICE II) sobre os monitores “*INVOS*” (monitorização de oximetria cerebral) e “*STARLING*” (monitorização hemodinâmica não invasiva), contribuindo desta forma para uma utilização mais segura dos mesmos.

A tipologia singular dos cuidados prestados em ambiente de BO torna fundamental a existência de documentos de acesso fácil e conteúdo claro, que orientem as práticas de elevada complexidade aí realizadas, no sentido de minimizar o erro eventualmente associado às mesmas. Sendo de relevar que a minimização do erro acaba a determinar, como ganho secundário potencial, a redução do desperdício.

A administração de medicação e o dano causado na anestesia continua a ser motivo de preocupação, estimando-se que a frequência de erros de medicação seja tão alta como 1 em cada 20 administrações no período perioperatório (Biro *et al*, 2022). Assente no exposto, foi elaborada uma instrução de trabalho referente à preparação e administração do complexo protrombínico (APÊNDICE III), tendo como objetivo fundamental garantir um acesso fácil às instruções de reconstituição e perfusão do derivado do sangue, de modo a minimizar os erros e o desperdício potencialmente decorrente dos mesmos. Adicionalmente, foi elaborada a uma folha de consulta rápida (APENDICE IV), da qual consta, de forma clara e estruturada, o modo de preparação do complexo protrombínico e a orientação da respetiva perfusão.

O EEEPSPO deve usar estratégias de comunicação adequadas para assegurar documentação precisa e a continuidade de cuidados e que possam contribuir para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos. Nos primeiros dias de estágio clínico, pudemos observar a forma como a equipa da sala operatória comunica durante a transição de cuidados para a UCPA. Notamos que não existia uma estrutura padronizada de comunicação dos cuidados nem documentação para o mesmo efeito, sendo que alguns enfermeiros de anestesia utilizaram como estratégia uma folha de rascunho. Detetamos então aqui uma oportunidade de melhoria, que foi aceite pelo enfermeiro gestor após uma breve reunião. A experiência, a observação e o conhecimento empírico permitiram a deteção do problema e a oportunidade de melhoria.

No PNSD a comunicação é um dos pilares para a segurança da PSPO. A OMS destaca a comunicação dos profissionais durante a transição de cuidados, considerando um momento fulcral para a manutenção da qualidade e segurança da prestação de cuidados (DGS, 2022).

Neste mesmo plano, umas das ações descrita para melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados é o “desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde”(DGS, 2022, p.31).

A norma número 001/2017 da DGS refere que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transição de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do PSPO, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017).

A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória em que “I” corresponde à identificação, “S” à situação atual, “B” aos Antecedentes, “A” à Avaliação e “R” às Recomendações (DGS, 2017).

A implementação da ferramenta ISBAR melhora a qualidade e segurança durante a transição de cuidados, sendo que utilizar uma estrutura lógica e documentação disponível contribuem para a melhoria da experiência, tendo um efeito positivo no trabalho de equipa (Leonardsen, et al., 2019). O uso de uma ferramenta escrita melhora significativamente a comunicação relativamente a informação adequada e completa (Lambert, 2018).

Após a análise da melhor evidência científica iniciou-se o processo de construção do projeto de melhoria da prática. O diagnóstico da situação permitiu aferir que existem cartazes sobre a estratégia ISBAR fixados na zona de transição para a UCPA, mas pela observação verifica-se que os enfermeiros não utilizam esta estrutura padronizada na transição de cuidados. Relataram também que há risco de omissão de informações importantes e que sentem maior dificuldade desde que passaram dos registos escritos para informatizados.

Face ao exposto, foi criada uma ferramenta para a normalização da comunicação na transição de informação do BO para a UCPA e serviço de destino da PSPO, aceite pelo Enfermeiro Gestor para implementação e posterior avaliação, dando forma a outro dos objetivos específicos traçados para este estágio clínico. Houve um feedback bastante positivo por parte da equipa, relatando melhoria no conteúdo e organização da informação e diminuição da omissão (APÊNDICE V).

Paralelamente, surge a ideia de transformar esta ferramenta em formato digital. Para isso, solicitamos uma reunião com o engenheiro da aplicação *Patient Care*[®] e o Enfermeiro Gestor. Daqui surgiram soluções para operacionalização desta ideia, mas não a

tempo de conclusão deste estágio clínico. É um projeto de melhoria da qualidade definido que terá a sua continuidade.

Levando em conta os diversos contextos de atuação, criamos e mantemos um ambiente terapêutico e seguro, contribuindo para a prática de cuidados especializados de excelência e qualidade.

2.3 Domínio da Gestão de Cuidados

Neste campo de intervenção, o EE possui competências para a gestão de cuidados e consequentemente a melhoria dos mesmos. Deve ter um papel preponderante e ativo quando gere, supervisiona e otimiza as respostas da equipa de enfermagem no sentido de promover a qualidade dos cuidados, adequando os recursos às necessidades, demonstrando estilos de liderança de forma a melhorar relações entre equipas.

Torna-se óbvia a relação entre este e o quarto domínio do PPFM, o sistema de saúde, que aborda as estruturas, políticas e práticas dentro do sistema de saúde que impactam diretamente a prestação de cuidados de enfermagem e, por extensão, os resultados para a PSPO (Wicklin, 2020).

A Ordem dos Enfermeiros afirma que o enfermeiro gestor “operacionaliza as funções de planeamento, organização, direção e controlo como componentes estruturantes, interdependentes e sequenciais do processo de gestão, utilizando um modelo facilitador do desenvolvimento organizacional e promotor da qualidade e da segurança” (OE, 2018, p.3479).

Foi possível observar e participar na coordenação da equipa de Ortopedia e como responsável de turno, junto da sua enfermeira coordenadora, o que se revelou benéfico para o desenvolvimento da competência de gestão quanto ao estilo de liderança adequado, assim como à tomada de decisão em equipa. Aqui conseguimos perceber o papel crucial do EE na gestão de cuidados, nomeadamente na gestão eficiente dos recursos disponíveis, incluindo equipamentos, materiais e pessoal, otimizando assim o fluxo de trabalho e a segurança da PSPO.

A gestão de cuidados no ambiente perioperatório desempenha um papel fundamental na promoção de resultados de saúde positivos para a PSPO. Estudos recentes enfatizam a importância da liderança de enfermagem na promoção de uma cultura de segurança, na melhoria da qualidade dos cuidados e na redução de erros (Zaitoun, 2023).

A liderança transformacional, caracterizada pela capacidade do líder de induzir mudanças significativas, promovendo uma visão partilhada e de incentivo à inovação,

visando inspirar e motivar a equipa para alcançar objetivos comuns, ao mesmo tempo que proporciona suporte e reconhecimento individualizado. Segundo *Ystaas et al* (2023), a liderança transformacional influencia positivamente o ambiente de trabalho de enfermagem, o que, por sua vez, afeta a segurança da pessoa e os resultados clínicos, contribuindo para o empoderamento estrutural e o compromisso organizacional, conduzindo a uma equipa de enfermagem mais eficaz, empenhada e satisfeita.

Durante o estágio clínico, assistimos a este tipo de liderança, manifestando-se na melhoria da qualidade dos cuidados, aumento da satisfação da PSPO e da equipa, e na promoção de um ambiente de trabalho positivo e colaborativo.

O BO, em particular, constituído por uma equipa multidisciplinar que no contexto de trabalho requer profissionais altamente qualificados e experientes que atuem em sinergia em situações de elevado risco, com a responsabilidade de responder às necessidades da PSPO. O trabalho em equipa permite uma abordagem holística e coordenada para o cuidado (Reeves et al, 2017). Os líderes em enfermagem desempenham uma intervenção ímpar na definição de metas, na promoção do trabalho em equipa e na advocacia pela PSPO.

Consideramos que a existência do enfermeiro coordenador de cada área específica no BO e enfermeiro responsável de turno promove um clima organizacional favorável à execução das atividades diárias e beneficia a resposta da equipa multidisciplinar.

Outro aspeto que gostaríamos de realçar é o papel do EE na relação entre os seus pares, particularmente na colaboração entre os membros da equipa com diferentes níveis de experiência. Surge da importância de refletirmos sobre a relação entre enfermeiro tutor e mestrandos durante o estágio clínico, bem como a relação entre pares, remetendo-nos para o conceito de *Peer-Mentoring*, definido como o processo em que indivíduos com experiência e conhecimento em determinada área atuam como mentores para colegas que estão num estágio clínico menos avançado de desenvolvimento profissional (Akinla et al., 2018). Consideramos que contribui significativamente para o desenvolvimento profissional, para a partilha de conhecimentos e experiências, e para a melhoria da prática clínica.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Este domínio centra-se na aquisição e aplicação de conhecimentos avançados e específicos, visando assegurar que os EE detenham as competências necessárias para oferecer cuidados de saúde de elevada qualidade, focados na pessoa, família e comunidade,

promovendo práticas baseadas em evidência, liderança clínica e a capacidade de resposta a complexidades clínicas e tecnológicas âmbito da saúde.

A especialização em enfermagem demonstra um impacto positivo na saúde das pessoas, reduzindo complicações, infeções associadas aos cuidados de saúde e mortalidade, em simultâneo com a melhoria da qualidade dos cuidados, gestão da doença e a satisfação das pessoas (Lopes et al, 2018).

A Enfermagem, como disciplina do conhecimento, acompanha a sua evolução a um percurso sustentado pelos desenvolvimentos realizados nas últimas décadas, ao qual se aliam a formação e investigação. A formação continua e a procura de evidência científica para a prática é de extrema importância na medida em que permite a aquisição de conhecimento e competências fundamentadas conduzindo a uma prática de cuidados de qualidade e segurança (Ribeiro, 2016), contribuindo também para o empoderamento e a valorização pessoal e profissional.

A prestação de cuidados eficiente e eficaz não só beneficia a PSPO, mas também contribui para a otimização de recursos e a redução de custos desnecessários (Ribeiro, 2016).

A prestação de cuidados ao PSPO em contexto perioperatório exige uma grande responsabilidade dado o contexto exigente e específico, criando uma necessidade acrescida na formação continua e investimento pessoal. Esta necessidade de procura de conhecimento e evidência científica intensificou-se ao longo do estágio clínico, com vista a uma consolidação de saberes, crescimento pessoal e atuação com segurança e sabedoria.

No âmbito do desenvolvimento profissional, a obtenção de competências encontra-se profundamente ligada ao empenho individual empregue no seguimento da progressão científica e tecnológica, mediante a atualização continua de saberes, aspirando consistentemente a um avanço profissional que incorpore o autoconhecimento e a evolução pessoal.

A formação continua revela-se essencial para os que almejam uma aprendizagem constante, possibilitando a aquisição de saberes e o desenvolvimento de competências. Promove a adoção de atitudes e mobilização de conhecimentos que induzem modificações comportamentais alinhados com a prestação de cuidados seguros e de qualidade. No serviço onde decorreu o estágio clínico a formação em serviço é considerada um pilar de excelência e qualidade, numa perspetiva de contribuir para uma constante atualização e mobilização de conhecimentos entre os pares na esfera Perioperatória.

Consideramos que a formação em serviço é indispensável para a manutenção de padrões elevados de cuidado, adaptabilidade a novas práticas e tecnologias, e para a promoção de um ambiente de trabalho seguro e eficaz. Este compromisso que o serviço em

questão tem, é essencial para enfrentar os desafios do cenário de saúde em constante evolução. A formação contínua em serviço desempenha um papel fundamental na garantia da qualidade e segurança dos cuidados de saúde prestados, além de contribuir profissional e a excelência no atendimento (OMS, 2020).

Adotando uma postura crítica e proativa, e mediante uma análise reflexiva partilhada com o Enfermeiro Tutor, reconhecemos as sessões formativas em que participamos enquanto formandos, que se sobressaíram como um acréscimo significativo na obtenção e fortalecimento de saberes relacionados com os cuidados à PSPO.

A disseminação científica em enfermagem desempenha um papel crucial no avanço e empoderamento da profissão, e na melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Envolve a partilha de descobertas de pesquisa, inovações práticas e conhecimento teórico entre enfermeiros, profissionais de saúde e a comunidade científica em geral. Fomenta a inovação, essencial para enfrentar os desafios emergentes no cuidado de saúde, incluindo o envelhecimento da população, o aumento de doenças crónicas e a necessidade de cuidados de saúde mais personalizados e integrados. Foi possível observar a crescente complexidade da PSPO que procura melhorar a sua condição de saúde.

Na nossa perspetiva, a partilha aberta de conhecimento científico promove a colaboração interprofissional e multidisciplinar. A partilha de conhecimento entre enfermeiros e outros profissionais de saúde facilita uma abordagem mais holística e coordenada nos cuidados à PSPO, integrando diversas perspetivas e especializações que atuam em sinergia.

Como formadores em formação em serviço, apresentamos três sessões, intituladas:

- “*INVOS e STARLING*” no dia 8 de Dezembro de 2022;
- “*Dupla Luva, porque não um procedimento padrão: Scoping Review*” no dia 23 de fevereiro de 2023; (Apêndice VI)
- Suporte Avançado de Vida no Bloco Operatório: Simulação.

(Apêndice VII)

Além disso, pensamos que ao partilhar evidências sobre as melhores práticas e os resultados de cuidados, os enfermeiros podem ser influenciadores de políticas e alocação de recursos, defendendo uma maior qualidade e acessibilidade.

Assim, participamos na realização de eventos científicos sob a forma de comunicações livres e apresentações em poster:

- 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, realizado nos dias 2 e 3 de fevereiro de 2023 (Anexo I) com a apresentação de dois pósteres intitulados:
 1. “Impacte da operacionalização do *handover* na segurança da pessoa em situação perioperatória” (Apêndice VIII);
 2. “Dupla Luva: Porque não um procedimento padrão?” (Apêndice IX)
- Congresso Internacional de Controlo de Infeção, CICI2023, realizado nos dias 30 e 31 de março de 2023 (Anexo II), com a apresentação da Comunicação Livre em forma de Poster intitulada, “Dupla Luva, qual o contributo na prevenção da infeção do local cirúrgico: *Scoping Review*” (Apêndice X);
- III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem – Encontro de Investigadores |5ª Sessão | Edição 2, realizado no dia 17 de Abril de 2023 (Anexo III), com a apresentação da Comunicação Livre intitulada: “Contributo da dupla luva na prevenção da infeção do local cirúrgico” (Apêndice XI).

A apresentação destes trabalhos realizados no decorrer do estágio clínico teve uma importância crucial tanto para o desenvolvimento profissional individual quanto para o avanço da disciplina como um todo. Esta partilha contribuiu para a disseminação de conhecimento especializado, incentivou o debate, a reflexão crítica e a troca de experiências entre profissionais. Este processo ajudou a validar e aprimorar práticas baseadas em evidências, como também abriu portas a redes de colaboração interprofissional, bem como para futuras pesquisas e intervenções.

Contribuímos para o reforço da importância da enfermagem enquanto ciência e prática comprometida com a melhoria da qualidade dos cuidados, o bem-estar da PSPO e a eficácia do sistema de saúde.

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

O BO é um dos ambientes mais singulares e complexos na esfera dos cuidados de saúde. A tecnologia utilizada adequada a cada procedimento anestésico-cirúrgico exige uma interação perfeita no trabalho da equipa multidisciplinar, onde a Enfermagem se inclui como agente competente na identificação, avaliação e hierarquização dos riscos, com o intuito de identificar ações de melhoria a serem implementadas (Gomes et al, 2018).

Os cuidados de enfermagem à PSPO têm como alvo a pessoa e família que vivenciam a experiência cirúrgica. Trata-se de um momento gerador de *stress* e ansiedade, medo do desconhecido relativo à intervenção, ao ato anestésico e como irá decorrer a sua recuperação. Segundo a AORN a função do enfermeiro perioperatório passa por identificar necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais da PSPO e a sua família de modo a criar e executar um plano individualizado de cuidados de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, conduzindo ao restabelecimento ou conservação da saúde e bem-estar do indivíduo nas fases pré, intra e pós-operatórias (AESOP, 2006).

O Regulamento n.º 613/2022 define claramente as responsabilidades dos enfermeiros na prestação de cuidados de saúde, destacando a importância da avaliação, prescrição, execução e avaliação das intervenções de enfermagem, bem como a autonomia e interdependência nas práticas profissionais, visando sempre o bem-estar e a segurança das pessoas ao seu cuidado (OE, 2022)

O Regulamento das Competências Específicas do EEPSPPO foi aprovado por unanimidade em Assembleia do Colégio da Especialidade Médico-Cirúrgica a 25 de novembro de 2017, tendo sido posteriormente publicado com o número 429/2018 no Diário da República em julho de 2018. Define cinco áreas de atuação complementares entre si, sendo elas a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos. O período admite as fases pré, intra e pós-operatório (OE, 2018).

Conforme descrito nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em EMC (OE, 2017b), os cuidados da Enfermagem Perioperatória sustentam-se em cinco pilares, o reconhecimento do outro e a capacitação, vulnerabilidade da pessoa, responsabilidade do cuidado, prudência e gestão de risco e a consciência cirúrgica. São essenciais para garantir a segurança, a qualidade e a eficácia dos cuidados prestados durante todo o processo cirúrgico, contribuindo para melhores resultados de saúde e bem-estar para a PSPO (OE, 2017b).

As principais competências que um EEMCPSPPO deve deter incluem cuidar da pessoa durante todo o processo cirúrgico, maximização da segurança da PSPO e da equipa, prestação cuidados especializados em colaboração com equipa cirúrgica, promoção da recuperação pós-operatória, educando sobre os cuidados pós-operatórios, participação em programas de melhoria da qualidade, e demonstrar habilidades avançadas em situações complexas (OE, 2018).

Estas competências são fundamentais para garantir cuidados de alta qualidade, seguros e centrados na PSPO.

Deste modo, realizamos uma análise reflexiva das competências específicas do Enfermeiro Especialista na área da Pessoa em Situação Perioperatória, realizando a ponte com o PPFM, alicerce da prática desenvolvida em contexto clínico de estágio clínico.

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

A pessoa e respetiva família que vivenciam a experiência cirúrgica encontram-se num momento de particular vulnerabilidade, ansiedade e medo que importa compreender e cuidar. O EE em perioperatório é responsável por este processo de cuidar neste momento de transição em que a PSPO/família se encontram.

Considerando as necessidades individuais da PSPO, o EE emprega um conjunto de conhecimentos e competências específicas na prestação de cuidados, desempenhando um papel crucial na promoção da compreensão acerca do processo experienciado e por experienciar, habilitando-a para a gestão do autocuidado e para a sua reintegração no seio familiar e social (OE, 2018).

Na unidade de competência que incumbe a capacitação da pessoa e família/ pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica, a nossa intervenção foi pautada por uma prática assente em princípios éticos, valores morais e normativas deontológicas, com o intuito de humanização do cuidado, assumindo a responsabilidade pelos nossos atos e pelos que delegamos.

Relacionamos esta unidade com o domínio das respostas comportamentais do modelo PPFM, “as respostas psicológicas, sociológicas e espirituais da pessoa e família/pessoas significativas ao procedimento cirúrgico ou outro procedimento invasivo” (Wicklin, 2020, p.5).

O primeiro momento de contato com a PSPO no BO é na sala de admissão . Este é um instante crucial para perceber as necessidade e particularidades, elaborando um plano de cuidados individualizado em conjunto com a equipa multidisciplinar envolvida.

Consideramos importante estabelecer uma relação empática e terapêutica, num ambiente calmo, dizendo o nome e função, utilizando uma linguagem simples e adequada à pessoa de forma a permitir uma comunicação clara capaz de promover a redução da ansiedade inerente à situação. Uma comunicação clara promove o envolvimento da PSPO e a sua participação ativa nos cuidados de saúde, uma vez que, compreendendo a sua condição e as opções de tratamento disponíveis, tendem a participar mais ativamente na tomada de decisões e a aderir aos planos de cuidados estabelecidos (Joint Commission, 2018).

Consideramos essencial que a PSPO identifique o enfermeiro que o acolhe como uma pessoa de referência e em quem poderá confiar. Quando a PSPO sente que está a ser ouvida, compreendida e devidamente informada, aumenta a probabilidade de depositarem confiança no enfermeiro, sentirem-se mais seguros e satisfeitos quanto à assistência recebida (Joint Commission, 2018).

Numa entrevista inicial são recolhidos os dados sobre a sua situação clínica, identificação de necessidades e informações relevantes para que o ato anestésico-cirúrgico decorra com a máxima segurança. A importância da comunicação não verbal não deve aqui ser descurada, bastando muitas vezes apenas um olhar, um toque ou até o silêncio propositado para tranquilizar.

Pautamos a nossa prática pelo respeito pela dignidade humana, autonomia e autodeterminação da pessoa na tomada de decisão livre, esclarecida e informada sobre a sua condição de saúde. Assim, é confirmada a proposta cirúrgica e a conformidade dos consentimentos anestésicos e cirúrgicos, validando esta informação com a PSPO e/ou família e perceber se de fato se encontra devidamente informado, alertando a equipa para a existência de eventuais inconformidades. É esclarecido sucintamente o plano de cuidados com a PSPO, de forma a que se sinta seguro e tenha confiança na equipa neste momento de particular vulnerabilidade.

Uma das limitações sentidas é a dificuldade em fornecer informações à família, pois a sua presença é limitada no BO, e outras formas de informação são escassas. Na aplicação informática que é usada para registos (*Patient Care*[®]) existe a possibilidade de colocar um número de contato para envio de mensagens geradas automaticamente pela aplicação que permite a informação, ainda que escassa, do início e o fim da cirurgia. Baydemir e Akten (2023) concluíram no seu estudo que o nível de ansiedade dos familiares que foram informados por mensagens curtas durante cirurgias ortopédicas diminuiu significativamente, manifestando satisfação com este serviço. Foi, portanto, uma ferramenta para informar a família que procuramos utilizar sempre que possível e com consentimento prévio da PSPO, pois sentimos que quem está do outro lado à espera ficará um pouco mais tranquilo.

O acompanhamento da PSPO menor nos momentos que antecedem a cirurgia e na UCPA é permitido e promovido, sendo de extrema importância para a gestão da experiência cirúrgica. Assim, colaboramos no projeto de permitir o acompanhamento de um dos pais ou familiar de referência até à SO, permanecendo junto do menor até à indução anestésica, com o intuito de melhorar a experiência cirúrgica e redução da ansiedade, como veem indicando vários estudos. Moseley et al (2021) concluíram no seu estudo que os resultados sugerem que a presença parental durante a indução anestésica pode constituir uma intervenção valiosa, com potencial para melhorar os resultados perioperatórios sem prejuízo do tempo operatório. Yousef et al (2018) referem que permitir a presença dos pais contribui para níveis mais elevados de satisfação entre os progenitores, constituindo um aspeto importante do cuidado centrado na pessoa. Já Luehmann et al (2019) expõem uma redução significativa do consumo de ansiolíticos pré-operatórios, elevados níveis de satisfação entre cuidadores e PSPO menores, redução da ansiedade, sem prejuízo da eficiência da SO. Estes benefícios elencados nestes estudos foram de encontro com a nossa experiência no serviço, realçando o impacto positivo das abordagens centradas na PSPO/família, em linha com os fundamentos do PPFM.

A pessoa/família é o elemento central do cuidado em perioperatório, sendo o EE o profissional com competências especializadas para garantir a estabilidade, segurança e bem-estar, antes, durante e após a cirurgia.

A verificação da lista de procedimentos com vista à segurança da cirurgia, através da execução e preenchimento da lista de verificação de cirurgia segura e das *check-list* existentes no serviço (preparação da sala, verificação de equipamentos e dispositivos) foi garantida durante a nossa prestação de cuidados. A utilização de listas de verificação na prática cirúrgica traz benefícios significativos, como a redução de erros graves, melhoria da segurança, promoção de comunicação eficaz entre a equipa, deteção proativa de riscos de segurança, padronização do desempenho da equipa e a diminuição de complicações (Gillespie et al, 2014).

Seguindo as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS), o propósito da iniciativa “Cirurgia Segura Salva Vidas reside em elevar a segurança dos procedimentos cirúrgicos a nível global, mediante a estipulação de um conjunto de padrões de segurança universalmente aplicáveis, independentemente do país ou do contexto (DGS, 2010)

No serviço, pudemos verificar que a responsabilidade do preenchimento e da correta implementação pela equipa é do enfermeiro de anestesia. No entanto, foi possível notar o envolvimento crescente de toda a equipa multidisciplinar pela adequada implementação, resultado de um projeto implementado em colaboração com o EE, que foi já acima descrito.

O posicionamento cirúrgico é uma atividade partilhada pela equipa multidisciplinar, onde a nossa intervenção foi pautada pelo trabalho colaborativo e assente no objetivo de proporcionar uma exposição ótima do local cirúrgico prevenindo resultados negativos para a PSPO (Brooker et al, 2020). Podem ocorrer lesões nervosas, osteoarticulares, cutâneas e oculares, alterações de temperatura, perturbações hemodinâmicas e respiratórias cujas consequências podem ser nefastas para a PSPO no seu equilíbrio hemodinâmico ou para a sua recuperação se não for corretamente executado. Garantir a segurança da PSPO é uma prioridade fundamental para o EE durante o posicionamento, concentrando-se na prevenção de lesões e eventos adversos (Brooker et al, 2020).

O EE deve garantir e implementar medidas que se adequem às particularidades e necessidades do PSPO, ao tipo de anestesia e cirurgia e tempo cirúrgico, de modo a evitar complicações. Desempenhamos um papel na equipa no âmbito do planeamento e execução da melhor técnica para posicionamento, alertando para as limitações eventualmente identificadas e garantido a segurança e conforto, com uso dos dispositivos auxiliares disponíveis. O registo informático revela-se de extrema importância para a continuidade dos cuidados, tendo sempre o cuidado de o documentar de forma correta.

Na cirurgia de urgência são muitas as situações complexas e imprevisas, nas quais é necessário intervir com assertividade e conhecimento, tendo especial atenção na definição de prioridades e planos de ação eficientes, trabalhando sempre na antecipação de potenciais problemas.

Quando atuamos enquanto enfermeiro de anestesia, em colaboração com o anestesiológista, assumimos a responsabilidade pela PSPO numa fase caracterizada por elevada dependência e vulnerabilidade. Torna-se imprescindível exercer uma observação e vigilância rigorosas, possuir competências para identificação precoce de sinais e sintomas indicativos de possíveis complicações, e estar apto para intervir em situações de urgência e emergência (AESOP, 2006).

A monitorização de sinais e sintomas é crucial durante todo o ato cirúrgico, bem como a manutenção de uma observação e vigilância intensivas no sentido de prever e prevenir eventos adversos com prejuízo para a PSPO, trabalhando sempre na premissa da antecipação.

No decorrer do estágio clínico, experienciamos duas situações complexas, nomeadamente cirurgia a politraumatizado, que permitiram uma consolidação de conhecimentos e capacidades neste âmbito. Da nossa experiência e reflexão, concluímos que a atuação do EE é crucial para garantir não apenas a segurança da PSPO, mas também a eficácia do procedimento anestésico-cirúrgico. Esta intervenção compreendeu diversas

dimensões, desde a preparação pré-operatória da PSPO e família, coordenação intraoperatória (gestão da SO, comunicação eficaz em equipa, monitorização contínua), cuidados pós-operatórios (alocação a serviço de destino, manutenção e transição de cuidados) e advocacia da PSPO em todas as fases.

O EE ao advogar pela PSPO, mantendo padrões de segurança, contribui para cuidados de maior qualidade (Ervine, 2021). A nossa atuação requereu uma abordagem holística, com a integração de conhecimentos técnicos especializados com habilidades interpessoais e de gestão, visando a excelência do cuidado e o bem-estar da PSPO.

A dor é assumida como o 5º sinal vital pela DGS, e a sua presença e intensidade tem de ser sistematicamente valorizada, diagnosticada, avaliada, registada e gerida. A dor pode ser definida como uma experiência sensorial e emocional desagradável relacionada a, ou assemelhando-se àquela associada a danos reais ou potenciais nos tecidos (Raja et al, 2020). A boa gestão da dor no intraoperatório é decisiva pois permite uma experiência mais positiva para a PSPO. O seu controlo é assumido pela equipa de anestesia, repartida entre enfermeiro e médico e inicia-se logo no primeiro momento de contato com a PSPO, prolonga-se durante toda a sua permanência no bloco, havendo lugar à administração de fármacos e/ou execução de bloqueios de nervos periféricos no ato cirúrgico e na UCPA.

A nossa prioridade foi proporcionar conforto e alívio da dor, fazendo uma articulação com o anestesista sobre a melhor estratégia analgésica, bem como adotar medidas não farmacológicas como o posicionamento adequado, normotermia, crioterapia, elevação do membro afetado e promover uma escuta ativa num ambiente calmo e seguro.

Foi também importante a articulação com a Unidade Funcional de Dor Aguda (UFDA) existente no serviço, que realiza um excelente trabalho no acompanhamento da PSPO com analgesia não convencional no internamento. Constatamos que a integração do EE na UFDA, inserida no contexto de um BO, constitui um pilar fundamental para o êxito da gestão da dor pós-operatória, com uma contribuição ímpar no processo de recuperação da PSPO. Adicionalmente, O EE que colabora de forma sinérgica com o anestesiológico, contribui com perspetivas valiosas que influenciam diretamente as decisões terapêuticas, transcendendo a mera administração de analgésicos, assegurando um alívio eficiente da dor e a maximização da recuperação da PSPO, elevando os padrões de qualidade dos cuidados.

O BO é constituído por uma equipa multidisciplinar, com vários campos de ação distribuídos entre os seus intervenientes, e para que o ambiente cirúrgico seja seguro, eficiente e humanizado é essencial o trabalho em equipa.

Colaborando no BO de Urgência, com o enfermeiro de anestesia com funções de responsável de turno, incentivamos à promoção de boas práticas e comunicação eficaz entre

a equipa para que todos estejam concertados nas ações a efetuar, motivando e procurando a interajuda.

A gestão de recursos humanos foi algumas vezes requerida de forma a rentabilizar os tempos cirúrgicos ou mesmo adequar a resposta do serviço perante uma situação de emergência. A assertividade na tomada da melhor decisão, com conhecimento das capacidades dos intervenientes foi de sublim importância. Manteve-se desta forma um ambiente seguro e capaz de proporcionar cuidados seguros, diferenciados e humanizados em benefício da PSPO.

A dotação adequada de enfermeiros e o seu nível de qualificação são essências para assegurar a segurança, qualidade, eficiência e conformidade com as normas na prestação de cuidados de saúde, em benefício tanto das pessoas como os profissionais de e o sistema de saúde como um todo (OE, 2019).

Uma comunicação segura e eficaz entre todos os elementos da equipa foi procurada e incentivada, de modo a que a articulação entre os profissionais e as suas funções sejam partilhadas conduzindo a um cuidado de continuidade e qualidade.

A comunicação eficaz entre os profissionais de saúde é essencial para prevenir erros e acidentes no ambiente clínico (Fragata, 2010). Ela ajuda a reduzir erros relacionados com a medicação, melhora a coordenação da equipa, facilita a identificação precoce de problemas, promovendo uma cultura de segurança.

Consideramos essencial haver lugar a um “*briefing*” inicial e “*debriefing*” para a harmonização de ações, idealmente com todos os elementos da equipa, momento esse que procuramos promover. A aprendizagem contínua é fomentada pelos *briefings*, os quais não só preparam a equipa para a cirurgia imediata, mas também proporcionam oportunidades para rever o desempenho da equipa, identificar áreas de melhoria e evitar a repetição de erros através de *de-briefings* pós-operatórios (Fragata, 2010).

3.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

A consciência cirúrgica é um princípio orientador ético e moral na qual o enfermeiro age em benefício da PSPO independentemente da existência de controlo externo. (OE, 2017b). Considera-se um elemento de importância capital na prática clínica perioperatória a salvaguarda rigorosa da assepsia cirúrgica e da segurança da PSPO, onde se subentende uma obrigação moral intrínseca (Duff et al., 2021). Por outras palavras, consiste em cuidar do outro como gostaríamos que nos tratassem a nós, atuando sempre como se estivéssemos

a ser monitorizados, estando sozinhos ou acompanhados. Este conjunto de valores deve estar na mente de qualquer profissional envolvido no ato cirúrgico.

Tendo em conta o elevado risco inerente aos cuidados perioperatórios, especialmente devido à possibilidade de eventos adversos resultantes da vulnerabilidade da PSPO, da natureza dos procedimentos, bem como da complexidade do ambiente e dos recursos disponíveis, o EE convoca um leque de conhecimentos e competências destinados a garantir a segurança da PSPO, dos profissionais e do ambiente, fundamentando-se na ética profissional (OE, 2018).

O conceito de consciência cirúrgica transcende as competências técnicas e as técnicas asséptica; abarca uma dimensão mais ampla de responsabilidade pessoal em advogar pela segurança da PSPO (Duff et al., 2021). Durante o estágio clínico tivemos a oportunidade de realização de turnos acompanhando o trabalho do enfermeiro circulante. O enfermeiro circulante coordena um conjunto de atividades na SO, cuidando para que o procedimento cirúrgico decorra nas melhores condições de segurança para o PSPO e para a equipa. (AESOP, 2006)

Podemos observar, colaborar e aprender sobre a adoção de práticas seguras recomendadas pela AESOP, nomeadamente na manutenção de um ambiente operatório seguro (limpeza, temperatura, humidade), descontaminação da pele antes da desinfeção cirúrgica, e manutenção da técnica asséptica cirúrgica. É esperado que o EE se mantenha vigilante quanto a potenciais violações na assepsia e na segurança da PSPO, agindo em defesa deste, mesmo que tal implique enfrentar desafios ou atrasos no processo cirúrgico (Duff et al., 2021).

Integrando a equipa de anestesia, a garantia da preparação da SO de acordo com a *check-list* existente no serviço é crucial de forma a assegurar a sua operacionalidade. A supervisão da higienização e limpeza executada pelas assistentes operacionais é também fundamental, assim como a verificação das condições ambientais da sala (temperatura, humidade), otimizando todo o meio envolvente de forma a fomentar a segurança e eficiência.

A consciência cirúrgica não se restringe a um papel específico na SO, mas antes por uma partilha coletiva de responsabilidades de todos os indivíduos presentes no ambiente cirúrgico, enfatizando o carácter colaborativo na garantia da segurança (Duff et al., 2021).

A prevenção da infeção associada aos cuidados de saúde é de vital importância e tem de estar presente na consciência dos enfermeiros perioperatórios. Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde e a resistência dos antimicrobianos é um dos objetivos estratégicos para promoção de práticas seguras em ambientes seguros. (DGS, 2022).

A prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC) representa um desafio contínuo e uma prioridade dentro do contexto perioperatório, onde o EE desempenha um papel crucial. Esta atuação deve basear-se em evidências atualizadas e práticas recomendadas por entidades de renome na área da saúde, visando minimizar o risco de infeções associadas aos cuidados de saúde e promover a segurança e bem-estar da PSPO.

Neste sentido, deter o conhecimento, cumprir e consciencializar para o cumprimento das normas instituídas, nomeadamente a profilaxia de administração de antibioterapia, controlo glicémico, normotermia e tricotomia é elementar. A profilaxia antibiótica é administrada nos 60 minutos antes da cirurgia sempre que indicado, em dose única, a glicemia é avaliada e mantida abaixo dos 180mg/dl e a normotermia igual ou superior a 35,5°C no período perioperatório (DGS, 2022b).

Para cumprimento do disposto anteriormente, utilizamos estratégias facilitadoras como a administração do antibiótico atempadamente, tendo em conta o início da cirurgia, antes ou logo após a indução anestésica, e assegurando de que seja antes da insuflação do garrote pneumático em cirurgias de que dele necessitem, controlo glicémico efetuado através da avaliação da glicemia antes da administração do antibiótico, e a sua vigilância no decorrer do período de permanência no BO.

Ainda no âmbito da prevenção da ILC, a complexidade inerente aos cuidados perioperatórios potênciam a ocorrência de eventos adversos, nomeadamente relacionados com a integridade das luvas cirúrgicas (Moss, 2016). Esta questão assume particular importância tanto na prevenção dessas infeções como na gestão do risco de acidentes com perfurações. Deste modo, reconhecida a necessidade e em colaboração com outros enfermeiros do BO, emergiu a procura por conhecimento científico que permitisse intervir eficazmente nesta esfera de prevenção de infeção e gestão de risco.

Elaboramos uma *Scoping Review* com o intuito de mapear a evidência científica mais relevante no que concerne à utilização de dupla luva para a prevenção da ILC e minimização de perfurações, formulando a questão de investigação: “O uso da dupla luva pela equipa cirúrgica contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração?”. Os descritores e critérios de inclusão estabelecidos, juntamente com os resultados, foram divulgados em formato de poster no congresso da IXUS, e também numa sessão em formação de serviço (Apêndice VI). Através deste estudo, concluímos que a prática de utilização de dupla luva deve ser adotada mesmo em procedimentos cirúrgicos com baixo risco de perfuração, e que as luvas externas devem ser substituídas em cirurgias de maior risco de perfuração ou contaminação, fomentando assim a prevenção da ILC (Beldame et al., 2011; Junker et al., 2012; Lee et al., 2015; Mischke et al., 2014; Yaldiz et al., 2015).

O controlo da temperatura é de extrema importância, visto que existem um conjunto de fatores que a condicionam, como é o caso do bloqueio do mecanismo termorregulador no hipotálamo provocado pela anestesia, a exposição corporal necessária à cirurgia e a imobilidade da pessoa. Torres, Bolanos e Lopez (2023) referem que manter a normotermia perioperatória é crucial por várias razões, entre elas, a manutenção da homeostasia, prevenção de complicações (aumento do efeito de fármacos e arritmias cardíacas), melhorar o conforto da PSPO e a possibilidade de redução do tempo de internamento hospitalar, diminuindo por sua vez os custos associados ao processo cirúrgico.

Entre as medidas efetuadas, tanto quanto possível, para prevenção da hipotermia perioperatória estão o pré aquecimento ativo e o aquecimento passivo durante o procedimento cirúrgico (Azenha, 2017). Para manutenção da normotermia, além da monitorização da temperatura com dispositivos adequados, utilizamos os dispositivos disponíveis no serviço, para atingir o objetivo pretendido de temperatura igual ou superior a 36°C, sendo eles: lençol aquecido em estufa, manta térmica conectada a sistema de aquecimento de ar forçado, sistema de aquecimento de fluidos por via endovenosa e uso de soros de lavagem aquecidos em estufa própria, em conformidade com as recomendações da Sociedade Portuguesa de Anestesiologia (Azenha, 2017) e de Torres, Bolanos e Lopez (2023).

Foi também preocupação otimizar a temperatura ambiente da sala operatória, tentando encontrar o equilíbrio entre o conforto térmico da equipa e da PSPO. A regulação da temperatura e da humidade da SO e o uso adequado de sistemas de ventilação são essências para a redução da contaminação do ar (Centers for Disease Control and Prevention, 2019).

Cientes de que a higiene das mãos é considerada a medida mais eficaz na prevenção da transmissão de microrganismos (WHO, 2020), executamos e promovemos o cumprimento das melhores práticas e normas relativas à lavagem e higienização das mãos, participando ativamente no projeto de melhoria continua relativo à prevenção de infeção associada aos cuidados de anestesia em desenvolvimento no serviço.

Pela complexidade das intervenções, nomeadamente na administração de terapêutica e procedimentos anestésicos, a probabilidade de ocorrência de incidentes ou erros é elevada, e cabe aos profissionais utilizar estratégias e medidas de segurança de modo a evitá-los. Consideramos que a importância do trabalho em equipa entre o enfermeiro de anestesia e o anestesista é fundamental para a prestação de cuidados seguros e eficazes. Foi possível integrar numa parceria interprofissional, caracterizada por uma interação sinérgica, onde a expertise complementar de cada profissional potencializou a qualidade dos cuidados

anestésicos e a segurança da PSPO. A integração de competências específicas de cada um contribuiu para um ambiente onde a eficiência, a eficácia e segurança foram maximizadas, durante todas as fases do processo (planeamento e avaliação pré anestésica, monitorização e gestão intraoperatória, recuperação pós- anestésica e gestão da dor, comunicação e educação da PSPO).

O BO é um ambiente de crescente sofisticação, com a intervenção de várias especialidades que acompanham as evoluções científicas e tecnológicas, levando à implementação de novas técnicas cirúrgicas e anestésicas, particularmente no caso da Ortopedia. Este fato conduz à introdução de novos dispositivos médicos ou o aperfeiçoamento de existentes, tendo os profissionais de obter e atualizar conhecimento sobre os mesmos.

A gestão e o controlo dos dispositivos médicos emergem como componentes cruciais para assegurar a prestação de cuidados seguros e eficazes, sendo imperativo um escrupuloso cumprimento de procedimentos e protocolos.

Antecedendo ao ato cirúrgico, em colaboração com o Enfermeiro Tutor, compete a responsabilidade de verificar a integridade, a funcionalidade e a esterilidade dos dispositivos médicos a serem utilizados. Esta diligência abarca a inspeção minuciosa do estado físico dos equipamentos, a confirmação da sua esterilização e a verificação da conformidade com os padrões de segurança estabelecidos, garantindo que todos os materiais se encontram aptos para o uso pretendido.

Durante o procedimento cirúrgico, zelamos pelo correto manuseamento e pela adequada utilização dos dispositivos pela equipa cirúrgica, assegurando a sua operacionalidade e intervindo prontamente perante eventuais disfunções ou necessidade de substituição.

Posteriormente ao uso, os dispositivos médicos requerem procedimentos adequados de descontaminação, limpeza e, se aplicável, esterilização, conforme as diretrizes para cada tipo de equipamento. Coordenamos com o Enfermeiro Tutor estas ações, observando rigorosamente os protocolos estabelecidos, para assegurar que os dispositivos sejam reprocessados de forma eficaz e segura, minimizando o risco de contaminação cruzada.

No serviço, por forma a assegurar a rastreabilidade dos consumíveis, é realizada a codificação de todo o material com código de barras que possibilita a leitura ótica, o que permite um rápido e eficaz pedido de material ao armazém. É assim assegurado a disponibilidade do material, evitando falhas.

Tivemos também a oportunidade de aprendizagem sobre pedidos de material clínico e farmácia, em colaboração com a enfermeira coordenadora da área de anestesia, que nos possibilitou o conhecimento relativamente ao método *KanBan*[®] *Car*. Esta metodologia permite uma gestão mais ágil e precisa dos stocks, assegurando que a medicação e os materiais cirúrgicos estejam disponíveis quando necessários, minimizando simultaneamente o excesso de stock e o desperdício. Outro aspeto observado da implementação do *KanBan*[®] *Car* na farmácia do bloco operatório foi a sua contribuição para a melhoria contínua dos processos. Através da análise regular do fluxo de trabalho e dos padrões de uso dos cartões *KanBan*, foi possível identificar oportunidades para otimizar o processo de gestão de stocks, tendo sido ajustado níveis de stocks mínimos e máximos. Ao garantir a disponibilidade e gestão eficiente, consideramos que a implementação desta metodologia promove, não apenas a eficiência operacional, mas também a qualidade e a segurança dos cuidados à PSPO.

4. Considerações finais

O estágio clínico, componente essencial na formação do EE em MC, foi um período de aprendizagem prática inestimável, marcado pela aquisição e aprimoramento de competências comuns e específicas. Esta etapa formativa revelou-se crucial na consolidação de conhecimentos teóricos em práticas de cuidado, especialmente na gestão da PSPO, reforçando a importância de uma abordagem holística e centrada na pessoa.

A especialização exige do profissional uma competência elevada e multifacetada, sendo o estágio clínico um momento chave para a integração de saberes indispensáveis à promoção da segurança e qualidade dos cuidados.

A integração do EE nos cuidados à PSPO é fundamental, refletindo-se numa prática clínica que beneficia significativamente da combinação entre as competências adquiridas durante o estágio clínico e os princípios do *Perioperative Patient Focused Model* (PPFM). Este modelo, que coloca a pessoa em situação perioperatória no centro dos cuidados, enfatiza a importância da segurança, das respostas fisiológicas, comportamentais e do sistema de saúde como pilares essenciais para a prestação de cuidados de qualidade.

Durante o estágio clínico, ao adquirir competências tanto comuns como específicas, consideramos que integramos na prática este modelo de forma eficaz, garantindo uma abordagem holística e personalizada, abrangendo todas as fases do processo perioperatório.

As competências adquiridas permitiram realizar uma avaliação integral da pessoa, identificando não só as suas necessidades físicas, mas também psicológicas, sociais e espirituais, assegurando que os cuidados são desenhados e implementados de forma a responder a estas necessidades de maneira coordenada e coesa. Esta capacidade de avaliação e intervenção multidimensional foi essencial para o cumprimento dos objetivos do PPFM, promovendo uma experiência cirúrgica segura e positiva para a PSPO.

A segurança, um dos pilares fundamentais do PPFM, é diretamente influenciada pela competência do enfermeiro especialista em identificar e antecipar potenciais riscos, implementando estratégias preventivas e interventivas adequadas. A relevância da prática baseada em evidência emergiu como pilar essencial na promoção de uma assistência de saúde segura, eficaz e de alta qualidade. A atualização constante do conhecimento científico e a sua aplicação na prática clínica garantiram intervenções eficazes, seguras e atualizadas, contribuindo significativamente para a melhoria dos resultados de saúde da pessoa em

situação perioperatória. A PBE fomenta uma tomada de decisão informada, promovendo cuidados mais eficientes e reduzindo a variabilidade nas práticas clínicas.

A consciência cirúrgica e a gestão eficaz dos dispositivos médicos destacaram-se como competências cruciais para a prevenção de infecções hospitalares e a garantia da segurança tanto dos pacientes quanto dos profissionais de saúde. A atenção à correta preparação, manuseio e reprocessamento dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório constituiu uma área de intervenção onde a atuação do enfermeiro se revelou determinante.

A colaboração interprofissional e a comunicação eficaz entre todos os membros da equipa multidisciplinar foram reconhecidas como elementos centrais para o sucesso dos procedimentos cirúrgicos e para a promoção de um ambiente seguro e humanizado. A experiência de liderança e de gestão de cuidados, especialmente em situações de urgência, reforçou a importância da tomada de decisão assertiva, da organização e da capacidade de resposta rápida às necessidades da PSPO.

A formação contínua em serviço surgiu como um mecanismo de valor incalculável para o desenvolvimento profissional contínuo. A participação e condução de formações durante o estágio clínico reforçaram o compromisso com a excelência, a segurança dos cuidados e a partilha de conhecimento entre os profissionais. Consideramos que esta dinâmica de aprendizagem contínua é fundamental para responder aos desafios impostos pela evolução constante das ciências da saúde e da tecnologia, assegurando uma prática de enfermagem atualizada e de alta qualidade.

Por outro lado, a disseminação científica em eventos científicos constituiu um contributo valioso para a comunidade de enfermagem e para a saúde em geral. A partilha de experiências, resultados de investigação e melhores práticas promoveu a evolução do conhecimento, a reflexão crítica e o debate construtivo entre profissionais, enriquecendo a disciplina de enfermagem e contribuindo para a sua valorização e reconhecimento enquanto ciência. A participação em eventos científicos permitiu, ainda, estabelecer redes de colaboração interprofissional e multidisciplinar, essenciais para o avanço da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

O cumprimento dos objetivos delineados reflete um percurso de estágio clínico bem sucedido, marcado por um profundo compromisso com a aprendizagem, o desenvolvimento profissional e a excelência na prestação de cuidados de enfermagem. Este percurso capacitou a mestranda com as competências e conhecimentos necessários para uma prática clínica avançada e especializada.

Impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da Pessoa em situação perioperatória

Em suma, a experiência de estágio clínico constituiu uma oportunidade ímpar para o desenvolvimento de competências especializadas, aprofundamento do conhecimento científico e reflexão crítica sobre a prática clínica, reforçando o papel fundamental do EE na prestação de cuidados à PSPO, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de saúde.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da Pessoa em situação perioperatória

1. Resumo

Enquadramento: A transição de cuidados, ou *handoff/handover*, é fundamental para partilhar informações, identificar necessidades, promover segurança e assegurar a continuidade dos cuidados. Em ambientes complexos como o BO, a comunicação interprofissional é desafiadora e ocorre em diversos momentos. Qualquer falha na comunicação durante o *handover* pode resultar em erros e danos ao paciente. O EEPSPPO desempenha um papel crucial na implementação de mudanças para aprimorar a transição de cuidados. Estratégias que promovam conhecimento, desenvolvimento de competências e abordagens eficazes são essenciais para modificar comportamentos e superar obstáculos à mudança.

Objetivos: Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao impacto da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória.

Metodologia: *Scoping Review* (ScR) tendo por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI). A pesquisa foi realizada em março e abril de 2023, nas bases de dados eletrónicas: Scielo, RCAAP, PubMed, Lilacs, CINAHL Complete e MEDLINE (via EBSCO). Foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, compatível com Medical Subject Headings – MeSH: “*patient handoff*”; “*patient safety*”; “*perioperative care*”, “*nurs**”, que se concretizou com a seguinte frase booleana (*Nurs*)* AND (*Patient handoff*) AND (*Patient safety*) AND (*Perioperative care*). Os artigos foram selecionados à luz dos critérios de inclusão definidos, publicados na íntegra, de acesso gratuito, nos idiomas português, inglês e espanhol.

Resultados: A adoção de procedimentos padronizados, a utilização de ferramentas de comunicação estruturadas como o ISBAR, e o envolvimento contínuo em educação e treino melhoram a qualidade do *handover* e, por consequência, a segurança da PSPO. As evidências apresentadas reforçam a necessidade de práticas de *handover* estruturadas e bem geridas como um componente essencial para a segurança do paciente no contexto perioperatório.

Conclusão: A operacionalização do *handover* pelos enfermeiros tem um impacto positivo na segurança da PSPO, ao contribuir significativamente para uma comunicação eficaz, trabalho em equipa, redução de erros, a promoção da continuidade do cuidado, a identificação e gestão de riscos, e a melhoria da tomada de decisão no contexto perioperatório.

Palavras chave: enfermagem; *handover*; perioperatório; segurança do doente.

2. Abstract

Framework: The transfer of care, also known as handoff or handover, is pivotal for sharing information, identifying needs, enhancing safety, and ensuring continuity of care. In complex environments like the operating room, interprofessional communication presents significant challenges and occurs at various stages. Any failure in communication during the handover can result in errors and harm to the PSPO. O EEPSPPO plays a vital role in implementing changes to improve the transfer of care. Strategies that promote knowledge, competency development, and effective approaches are crucial for altering behaviors and overcoming barriers to change.

Objectives: To map the best available scientific evidence regarding the impact of nurse-led handover operationalization on patient safety in the perioperative situation.

Methodology: A Scoping Review (ScR) was conducted based on the Joanna Briggs Institute (JBI) recommendations. The research was carried out in March and April 2023, across several electronic databases: Scielo, RCAAP, PubMed, Lilacs, CINAHL Complete, and MEDLINE (via EBSCO). Health Science Descriptors – DeCS, compatible with Medical Subject Headings – MeSH: “patient handoff”; “patient safety”; “perioperative care”, “nurs*”, were defined, leading to the following Boolean phrase: (Nurs)* AND (Patient handoff) AND (Patient safety) AND (Perioperative care). Articles were selected according to defined inclusion criteria, published in full, freely accessible, in Portuguese, English, and Spanish languages.

Results: The adoption of standardized procedures, the use of structured communication tools like ISBAR, and continuous involvement in education and training enhance the quality of the handover and, consequently, the safety of the perioperative patient. The evidence presented underscores the need for structured and well-managed handover practices as a crucial component for patient safety in the perioperative context.

Conclusion: The operationalization of handover by nurses has a positive impact on the safety of perioperative patients, significantly contributing to effective communication, teamwork, error reduction, the promotion of care continuity, identification and management of risks, and the improvement of decision-making in the perioperative context.

Keywords: nursing; handover; perioperative; patient safety.

3. Fundamentação/enquadramento teórico

Uma cultura de segurança robusta deve estar presente em todas as organizações de saúde, promovendo a excelência e qualidade da prestação de cuidados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança da PSPO como “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (DGS, 2011, p.14).

A cultura organizacional de segurança numa instituição de saúde consiste no conjunto de valores, crenças, atitudes e comportamentos partilhados que colocam a segurança da pessoa como prioridade, essencial para a prevenção de erros, identificação de riscos e promoção de práticas seguras no ambiente de cuidados de saúde (Fragata 2010).

James Reason, uma figura incontornável quanto às questões sobre a segurança e o estudo sobre o erro humano, contribuiu significativamente para a compreensão das complexidades dos erros em diversos ambientes, incluindo a saúde. O seu modelo do queijo suíço demonstra como os acidentes podem ocorrer quando várias defesas falham, permitindo que o erro passe e resulte em dano (Reason, 2000). O autor defende uma abordagem sistémica de compreensão dos erros com foco na melhoria do sistema e promoção uma cultura de segurança que encoraje a aprendizagem em vez da culpabilização (Peltomaa, 2012).

Alguns elementos-chave desta cultura de segurança incluem valores partilhados, perceções dos profissionais de saúde, promoção de competências em segurança, comportamentos e atitudes seguras, priorização da segurança da pessoa e resiliência para lidar com riscos e aprender com os erros (Fagata, 2010). Para fomentar esta cultura, é crucial o envolvimento de todos os níveis da organização, desde a liderança até aos profissionais na linha da frente, estabelecendo valores, práticas e políticas que enfatizem a segurança e concebam um ambiente propício para cuidados seguros e de qualidade (Fragata, 2010).

No contexto do BO, uma cultura de segurança forte é essencial para garantir a realização de procedimentos cirúrgicos seguros, a prevenção de eventos adversos e a promoção do bem-estar da PSPO (Mota et.al, 2021). Consideramos que o EEPSPPO é um agente de mudança na implementação e sustentação de uma cultura de segurança. Através da formação contínua, comunicação eficaz, promoção de práticas baseadas em evidências e compromisso com a melhoria contínua, os enfermeiros garantem que os cuidados de saúde sejam prestados num ambiente que minimiza os riscos e maximiza a eficácia dos procedimentos cirúrgicos.

Investir na promoção de uma cultura de segurança no BO pode contribuir significativamente para a melhoria da qualidade dos cuidados de saúde, a redução de eventos adversos e a promoção de um ambiente de trabalho mais seguro e colaborativo para todos os envolvidos (Mota et.al, 2021).

O Plano Nacional para a Segurança do Doente (PNSD) 2021-2026 tem como objetivo “consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde” (DGS, 2022a, p.21). Este documento reforça o papel do estado na promoção da saúde e na garantia da segurança, seguindo as melhores práticas de qualidade e segurança em saúde. Organiza-se em cinco pilares que sustentam a sua estrutura e implementação. Cada pilar abrange diferentes áreas de atuação e estratégias para promover a segurança, com definição de objetivos estratégicos, ações específicas e metas a serem alcançadas. O pilar número 3, que se foca na comunicação, desempenha um papel crucial na promoção da segurança e qualidade dos cuidados de saúde. (DGS, 2022a). O Objetivo estratégico 3.2 centra-se na melhoria da comunicação e segurança no processo de transição de cuidados, visando garantir que a informação relevante, tratamentos em curso, e outras questões pertinentes sejam transmitidas de forma clara, completa e atempada entre os profissionais de saúde envolvidos (DGSa, 2022).

A transição de cuidados (*patient handoff/handover*) é o momento em que a equipa partilha informação sobre a PSPO, identificando necessidades, promovendo a segurança e facilitando a continuidade de cuidados. É um processo em tempo real de passagem de informações específicas de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra com objetivo de garantir a continuidade e segurança dos cuidados (Joint Commission, 2017).

A OMS destaca a comunicação dos profissionais durante a transição de cuidados, considerando um momento fulcral para a manutenção da qualidade e segurança (DGS, 2022). Qualquer falha na mensagem apresenta vários riscos, sendo que o seu sucesso depende diretamente da quantidade e qualidade de informação produzida pelos enfermeiros que participam no processo de cuidados.

Deste modo, a atenção voltada para o objetivo estratégico 3.2 do PNSD evidencia a importância de aprimorar a qualidade da comunicação durante as transições de cuidados, garantido a segurança e a continuidade, bem como melhorar a eficiência e eficácia na prestação de serviços de saúde (DGS, 2022a).

A revisão sistemática de Pucher *et al* (2015), revela que a maioria dos estudos incluídos procurou uniformizar o *handover* por meio de listas de verificação ou formulários para melhorar e normalizar a comunicação. No entanto, na maioria dos casos demonstrou-

se limitado devido à obrigatoriedade de preenchimento de mais um documento. Sugerem que, idealmente, estes procedimentos devem ser integrados diretamente no registo clínico eletrónico, conduzindo à diminuição do trabalho e de eventuais erros de transcrição, elevando o incentivo à utilização destes instrumentos.

A *Joint Commission* sugere normalizar o conteúdo crítico a ser comunicado pelo remetente durante o *handover*, verbalmente e em forma escrita, através de ferramentas e métodos (formulários, modelos, listas de verificação, protocolos, mnemónicas, etc.) para comunicar com os recetores (Joint Commission, 2017).

A norma número 001/2017 da DGS refere que “a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transição de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do PSPO, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR” (DGS, 2017, p.1).

A mnemónica ISBAR é um auxiliar de memória em que “I” corresponde à identificação, “S” à situação atual, “B” aos Antecedentes, “A” à Avaliação e “R” às Recomendações (DGS, 2017).

O ISBAR baseia-se no 'SBAR', um sistema desenvolvido pela Marinha dos EUA para garantir comunicações claras e precisas entre submarinos. Aprovado pela OMS, fornece uma abordagem padronizada da comunicação que pode ser usado numa ampla gama de contextos clínicos, como mudança de turno, transição da PSPO entre serviços ou entre hospitais. O ISBAR surge na literatura como uma ferramenta eficaz, sendo essencial um estreito alinhamento com a formação e treino da equipa (Burguess *et al*, 2020).

O BO é um ambiente de enorme complexidade, onde a comunicação interprofissional surge como um desafio para a cultura de segurança. Identificamos vários momentos em que a transição de cuidados ocorre (admissão ao BO, admissão na UCPA, mudanças de turno dos profissionais, alta para o internamento), onde qualquer falha ou omissão de informação pode conduzir ao erro e consequente dano à PSPO.

Os lapsos de comunicação durante o período perioperatório comprometem a segurança da pessoa, tornando-se imperativa a melhoria das competências comunicacionais dos profissionais de saúde para evitar tais ocorrências (Işık *et al.*, 2020).

Haddeland *et al* (2022) conclui no seu estudo (*focus group*) que a utilização de uma ferramenta padronizada de comunicação (ISBAR) pode fornecer a enfermeiros e anestesistas uma sensação de previsibilidade e segurança. Os participantes do estudo entenderam que o trabalho de equipa melhorou quando a ferramenta foi utilizada, sendo que a formação e prática contínuas e eficazes são basilares para garantir a qualidade do seu uso.

O EEPSPPO desempenha um papel crucial e ativo, assumindo uma posição de destaque na implementação de mudanças. Para induzir alterações nos comportamentos dos profissionais de saúde, é imprescindível a implementação de um conjunto de estratégias que promovam o conhecimento e o desenvolvimento de competências, assim como a adoção de abordagens que facilitem a modificação comportamental, orientando-a de maneira eficaz e eliminando obstáculos à mudança (Marques et al, 2020).

O EEPSPPO deve utilizar estratégias de comunicação adequadas e rigorosas de forma a assegurar documentação precisa e a promover a continuidade de cuidados, contribuindo assim, para o aumento da segurança nos procedimentos cirúrgicos (OE, 2018). A atuação do EEPSPPO é preciosa para uma transição de cuidados seguros, através da coordenação eficaz, comunicação estruturada e monitorização contínua, minimizando os riscos associados a este processo crítico.

Definimos a operacionalização do *handover* pelos EEPSPPO como um conjunto de procedimentos e práticas adotadas para garantir a comunicação eficaz e a continuidade do cuidado à pessoa antes, durante e após um procedimento cirúrgico, fomentando a segurança da pessoa, minimizando os riscos de omissões ou duplicidades no cuidado.

Pelo exposto, entendeu-se pertinente abordar o contributo da utilização de ferramentas padronizadas de comunicação para a segurança na transição de cuidados em contexto perioperatório. Pretende-se efetuar um estudo ScR que reúna a melhor evidência científica, de forma a dar resposta à seguinte questão de investigação: ***“Qual o impacte da operacionalização do handover pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória?”***

4. Finalidade e objetivos

O principal objetivo do estudo proposto é mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros em contexto perioperatório, na segurança da PSPO.

O mapeamento de evidências permitirá a ampliação de conhecimento nesta área central para a disciplina de Enfermagem. Prevê-se que esta revisão constitua um ponto de partida para a análise e sistematização das evidências relativas à problemática em estudo.

Esperamos que o conhecimento produzido possa contribuir para uma prestação de cuidados de saúde com maior qualidade no período perioperatório. Acreditamos ainda que, poderá incrementar o *core* de conhecimentos disciplinares da Enfermagem. Desta forma, esperamos contribuir concomitantemente, para a identificação de resultados positivos em saúde, sensíveis às intervenções dos enfermeiros neste domínio, aumentando a visibilidade da profissão.

Foi efetuada uma pesquisa preliminar sobre o tema utilizando as bases de dados CINAHL Complete e MEDLINE (via EBSCO). Para pesquisar ScR foram utilizadas a *JBI Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, the *Cochrane Library* e *Epistemonikos*. Não foram encontradas ScR sobre o tema.

5. Metodologia

Neste estudo foi realizada uma ScR de acordo com a metodologia JBI. Este método de revisão permite determinar que tipo de evidência está disponível sobre a temática e mapear os principais conceitos, por forma a permitir clarificar áreas de pesquisa e a identificar lacunas no conhecimento (Porrirt e Lockwood, 2020).

O processo de seleção e pesquisa dos artigos adota a estrutura da checklist *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analysis extension for Scoping Reviews* (PRISMA-ScR) (Tricco et al., 2018).

Foi formulada a questão de investigação definida pelo acrónimo PCC (População, Conceito, Contexto) de acordo com as recomendações da JBI para as ScR (Peters et al., 2020): **“Qual o impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória?”**

Assim, neste estudo a população (P) corresponde a enfermeiros, conceito (C) a *handover* e Contexto (C) a perioperatório.

Foram definidos os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, compatível com Medical Subject Headings – MeSH: “*patient handoff*”; “*patient safety*”; “*perioperative care*”, “*nurs**”, que se concretizou com a seguinte frase booleana (*Nurs*)* AND (*Patient handoff*) AND (*Patient safety*) AND (*Perioperative care*).

Com recurso a estes descritores foi efetuada a pesquisa nas bases de dados: Scielo, RCAAP, PubMed, Lilacs, CINAHL Complete e MEDLINE (via EBSCO), e incluindo também literatura cinzenta, operacionalizando a pesquisa conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 2: Estratégia de pesquisa

Base de dados	Frase booleana
PubMed	((((((((((((patient handoff) OR (patient handover)) OR (handoff, patient)) OR (Patient Hand Over)) OR (Patient Sign Out)) OR (patient sign over)) OR (Patient Hand Off)) OR (Nursing Handoff)) OR (Nursing Handover)) OR (Clinical Handoff)) OR (Clinical Handover)) AND (perioperative care)) AND (patient safety)) AND (nurs*))
Lilacs	(Patient handover OR patient handoff OR Handoff, Patient OR Patient Hand Over OR Patient Sign Out OR Patient Sign over OR Patient Hand Off OR Patient Hand Off OR Nursing Handover OR Clinical Handoff OR Clinical Handover) AND (perioperative care) AND (patient safety) AND (nurs*)

Cinahl Complete e Medline Complete via EBSCO	(Patient handover OR patient handoff OR Handoff, Patient OR Patient Hand Over OR Patient Sign Out OR Patient Sign over OR Patient Hand Off OR Patient Hand Off OR Nursing Handover OR Clinical Handoff OR Clinical Handover) AND (perioperative care) AND (patient safety) AND (nurs*)
Scielo	(Patient handover OR patient handoff OR Handoff, Patient OR Patient Hand Over OR Patient Sign Out OR Patient Sign over OR Patient Hand Off OR Patient Hand Off OR Nursing Handover OR Clinical Handoff OR Clinical Handover) AND (perioperative care) AND (patient safety) AND (nurs*)

Definimos como critérios de inclusão: estudos escritos em português, inglês e espanhol, publicados na íntegra, de acesso gratuito, que refiram a utilização de ferramentas padronizadas de comunicação no *handover* em contexto perioperatório. Serão excluídos do processo de revisão estudos redigidos nos restantes idiomas, que não estejam disponíveis em texto integral ou de acesso livre. Não foi definido friso cronológico, de forma a tornar a nossa investigação o mais abrangente possível e fiel à temática em estudo, integrando o maior número de artigos.

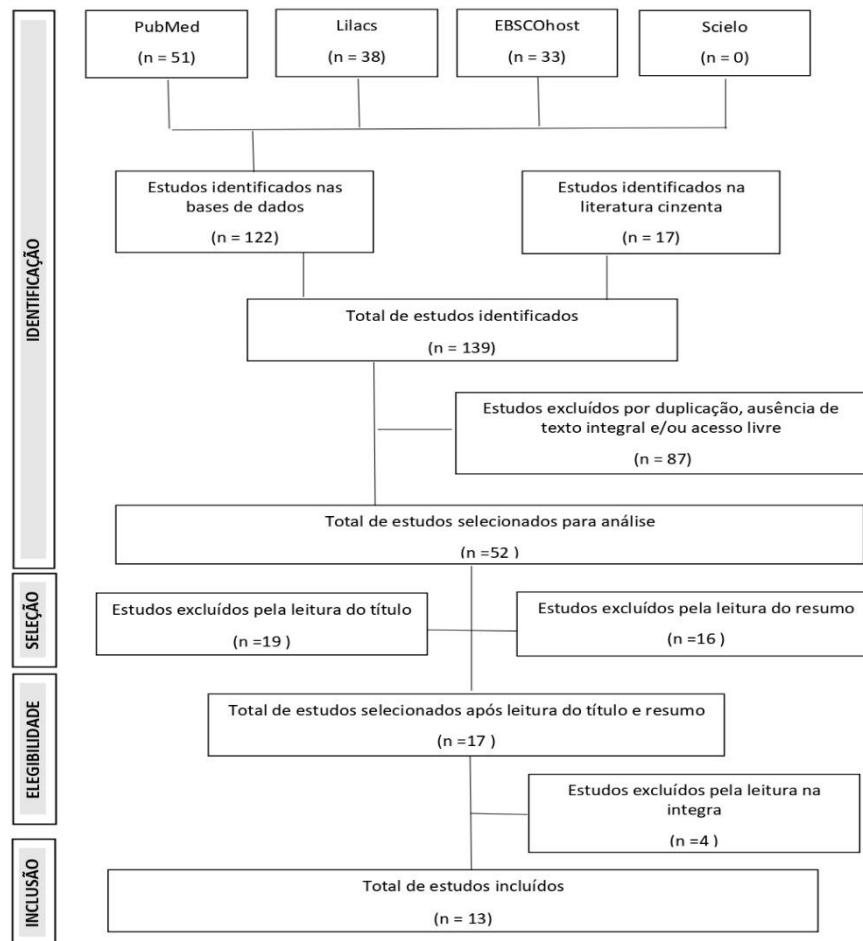
Esta *ScR* considerou todos os estudos primários, quantitativos ou qualitativos, mas também revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, artigos de opinião relevantes de peritos da área, projetos e a literatura cinzenta que aborda esta problemática. Os estudos quantitativos que foram considerados para inclusão são os ensaios controlados randomizados, os ensaios controlados não randomizados, os estudos de coortes quase-experimentais, prospetivos e retrospectivos, os estudos de caso-controlo e os estudos descritivos. Estudos qualitativos incluindo, mas não se limitando a, desenhos fenomenológicos, etnográficos, *grounded theory*, estudos de caso e pesquisa histórica também foram considerados para inclusão. Além disso, foram igualmente consideradas revisões sistemáticas que satisfaçam os critérios de inclusão, dependendo da questão da investigação. Artigos de opinião serão igualmente considerados para inclusão neste estudo.

A avaliação dos artigos foi conduzida em três etapas distintas: inicialmente, procedeu-se à análise dos títulos, seguida pela avaliação dos resumos e, finalmente, procedeu-se à análise integral dos artigos. Os estudos foram considerados aptos para inclusão à medida que satisfizeram integralmente os critérios de inclusão estabelecidos no início da pesquisa, alinhados com o objetivo de responder à questão de investigação proposta.

Utilizamos o *Zotero*, um aplicativo projetado para a gestão, armazenamento, organização, citação e partilha de referências bibliográficas selecionadas. A escolha destas

foi conduzida com base em critérios pré-definidos de inclusão, através da análise de dois investigadores, com o objetivo de monitorizar os conteúdos dos estudos a serem incorporados na revisão. Quaisquer discrepâncias identificadas foram dirimidas através de um processo consensual entre as partes, visando a confirmação da adequação de determinados estudos para inclusão. Foi desenvolvido um diagrama de fluxo (Figura 1), através do qual se procedeu à eliminação de estudos repetidos, seguindo os critérios de inclusão/exclusão determinados, assim como pela análise dos títulos e resumos, de modo a selecionar os artigos em texto completo apropriados para serem discutidos.

Figura 1- Fluxograma PRISMA (Fonte: Systematic reviews, 2021)



Os estudos julgados relevantes foram submetidos a uma análise minuciosa, e os dados foram compilados em tabelas de extração derivadas da JBI, tendo em conta as

características e resultados, que englobam os dados mais significativos mapeados de acordo com a questão e os objetivos desta revisão.

Este estudo foi submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da ESSNorteCVP tendo tido parecer favorável e foi integrado na mesma.

5.1. Considerações éticas

“O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios e valores” (Nunes, 2020, p. 5). O estudo proposto, ScR, transitou por várias fases e teve como objetivo reunir, de forma organizada, os resultados dos estudos selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão, procurando dar resposta à questão de investigação, análise crítica e síntese dos estudos selecionados, contendo princípios éticos que respeitam a relevância do estudo e a sua validade científica baseada na melhor evidência (Nunes, 2020). Neste sentido, importa mencionar que o trabalho realizado realizou a correta referência de todos os autores que foram utilizados, e que todas as referências bibliográficas utilizadas constam na lista final do trabalho. Foi um trabalho produzido com informação fidedigna, com utilização de bases de dados adequadas para extração de dados. Face à revisão de literatura, seja qual for o formato da revisão, visa apresentar o “estado da arte”. Inevitável a evocação do princípio da integridade académica - materializável nas citações e referências, no respeito pela fidelidade ao autor.

O investigador deve executar todas as fases do estudo com cuidado e diligência, minimizando os erros e evitando enviesamentos, tendo presente o respeito pelo código deontológico e o regulamento do exercício profissional do enfermeiro (Nunes, 2020).

De acordo com o Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação, em qualquer investigação, é fundamental obedecer a vários princípios e padrões éticos, tais como fiabilidade para garantir a qualidade da investigação, honestidade no desenvolvimento, revisão, elaboração dos estudos e comunicação da investigação, respeito pelos intervenientes envolvidos e responsabilidade pela investigação e sua publicação (*All European Academies* [ALLEA], 2018).

Na elaboração da ScR foram considerados os princípios éticos que devem guiar a investigação, e que segundo (Nunes, 2013, p. 6), são a:

Beneficência - fazer o bem, concomitantemente aos profissionais de saúde – enfermeiros e à pessoa no período perioperatório.

Avaliação da maleficência - princípio de não causar dano.

Veracidade - princípio ético de dizer a verdade, não deturpando as informações e conclusões dos estudos encontrados.

Justiça - princípio de proceder com equidade, valorizando de igual modo todos os estudos, desde que, cumpram os critérios de inclusão.

Pretendemos assim que o presente estudo cumprisse os vários princípios e padrões éticos supracitados, bem como os pressupostos de detalhe, rigor e transparência. Foram respeitados os direitos autorais bem como os de propriedade intelectual. As investigadoras declaram ainda não existir qualquer conflito de interesse.

Considera-se que o projeto obedece aos requisitos básicos que se devem ter em consideração na avaliação ética de um projeto de investigação, nomeadamente: a relevância do estudo, a validade científica, o recrutamento e seleção da amostra, a relação risco-benefício, a revisão ética independente” (Nunes, 2020, p. 5).

Tratando-se de uma ScR é expectável a ausência de conflitos de interesses dos investigadores.

O anonimato, confidencialidade e o respeito pela intimidade são direitos dos participantes e deveres dos investigadores que não estão implícitos no tipo de estudo proposto.

6. Resultados

Tabela 3- Dados bibliográficos dos estudos selecionados

Estudo	Título	Ano/País	Autores	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
1	<i>A Multimodal Intervention Improves Postanesthesia Care Unit Handovers</i>	2015 EUA	<i>Weinger et al</i>	Descritivo Observacional multifocal pré e pós intervenção	III
2	<i>Increasing Compliance with a New Interunit Handoff Process: A Quality Improvement Project</i>	2019 EUA	<i>Pino et al</i>	Descritivo Observacional multifocal pré e pós intervenção	III
3	<i>Effective communication and patient safety among nurses in perioperative settings: a best practice implementation project</i>	2022 Roménia	<i>Nedelcu et al</i>	Observacional pré e pós intervenção Projeto de Melhoria da Qualidade (JBI)	III
4	<i>Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project</i>	2020 Australia	<i>Kitney et al</i>	Descritivo Observacional multifocal pré e pós intervenção	III
5	<i>Implementation of a Standardized Handoff of Anesthetized Patients</i>	2018 EUA	<i>Canale, Michelle L.</i>	Observacional pré e pós intervenção Projeto de Melhoria da Qualidade	III
6	<i>Perioperative handover using ISBAR at two sites: A Quality improvement project Phase 2</i>	2018 Australia	<i>Kitney et al</i>	Quase-experimental multisite pré e pós intervenção	II
7	<i>A Performance Improvement Project to Improve Hand-off Communication Documentation within de Surgical Services Department</i>	2021 EUA	<i>Wich et al</i>	Projeto de Melhoria da Qualidade com uso do modelo <i>Plan-Do-Check-Act</i> (PDCA)	V
8	<i>A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool</i>	2019 Noruega	<i>Leonardsen et al</i>	Transversal Quantitativo	IV
9	<i>Communication and Patient Safety: Transfer of information between healthcare personnel in anaesthetic clinics</i>	2016 Suécia	<i>Randmaa, Maria</i>	Quase-experimental e <i>Focus Group</i>	II

Estudo	Título	Ano/País	Autores	Tipo de Estudo	Nível de Evidência
10	<i>Implementation of a postoperative handoff protocol</i>	2016 África do Sul	<i>Walt et al</i>	Prospetivo transversal pré e pós intervenção	III
11	<i>Improving cardiac operating room to intensive care unit handover using a standardized handover process</i>	2017 Canadá	<i>Gleicher et al</i>	Prospetivo Projeto de Melhoria da Qualidade	III
12	<i>Navigating the Path to a Sustainable “PACU Pause” and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project</i>	2022 EUA	<i>Servas et al</i>	Descritivo Observacional pré e pós intervenção Projeto de Melhoria da Qualidade	III
13	<i>The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shifts changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study</i>	2021 Irão	<i>Nasiri et al</i>	Intervenção, controlado não randomizado	III

Relativamente ao país originário dos estudos, verificamos que cinco dos mesmo realizaram-se nos Estados Unidos da América, dois na Austrália, e os restantes em países diferentes, entre os quais Roménia, Noruega, Suécia, África do Sul, Canadá e Irão.

Da análise dos artigos analisados, averiguamos que se encontram no friso temporal entre 2015 e 2022.

De seguida é apresentado o instrumento simplificado de extração de dados, em forma de tabela adaptada da JBI (JBI SUMARI – Tabela 3), a qual engloba os dados mais relevantes que foram mapeados, tendo por base a questão e objetivos desta revisão.

Tabela 4- Artigos incluídos para a extração de dados

Estudo	Objetivo do estudo	Resultados	Conclusão e principais descobertas relacionadas com a ScR
1	Melhorar a eficácia do <i>handover</i> na UCPA através de uma intervenção multimodal: formulário eletrónico de <i>handover</i> padronizado, <i>webinar</i> didático, treino simulado e feedback pós treino.	Houve notável melhoria na qualidade do <i>handover</i> na UCPA de adultos e pediatria. No prazo de um ano, na UCPA de adultos, a proporção de <i>handover</i> considerada aceitável aumentou (pares não treinados: 3% para 57%; pares treinados: 18% para 68%). Em três anos, na UCPA pediátrica, probabilidade de <i>handover</i> aceitável e de 87% na UCPA adultos.	A implementação de uma ferramenta de <i>handover</i> estruturada eletrónica (SBAR) melhorou a segurança da PSPO na UCPA de adultos e pediatria ao aprimorar a qualidade e eficácia das transições de cuidados. Aliado ao treino e feedback, resultou em melhorias significativas, reduzindo erros de comunicação, impactando positivamente a segurança e qualidade dos cuidados.
2	Melhorar a adesão a um novo processo de <i>handoff</i> entre unidades. Estabelecer e implementar um procedimento padronizado de <i>handoff</i> entre a UCPA e as Unidades Médico-Cirúrgicas de forma a aumentar a segurança da PSPO durante as transições perioperatórias.	Melhoria significativa na adesão ao novo processo de <i>handoff</i> entre unidades, por implementação de intervenções que alcançaram quase 100% de conformidade em 90 dias. O envolvimento da equipa no design inicial e nas modificações do processo de <i>handoff</i> , suporte de liderança e a utilização de ferramentas de observação direta para obter feedback, contribuiu para o aumento da adesão ao novo processo.	Questões de segurança relacionadas com prescrições, registos e alocação de PSPO foram alegadamente evitadas. Este resultado potencialmente reafirma a correlação positiva entre <i>handoffs</i> padronizados e a redução do risco, existindo benefícios para a segurança e qualidade da PSPO.
3	Determinar a conformidade atual com as recomendações das melhores práticas para a comunicação eficaz e segurança da PSPO; Identificar barreiras e facilitadores para melhorar a conformidade e desenvolver estratégias para abordar áreas de não conformidade (ex. estruturação do processo de <i>handover</i>)	Melhoria na conformidade em todos os aspetos de auditoria, exceto o relacionado à transição verbal de informações da PSPO. Alcance de conformidade máxima para seis critérios, incluindo a transição escrita de informações da PSPO e processos de segurança intraoperatória. Importância da educação, nomeadamente relativa à transição adequada de informações da PSPO.	O estudo destacou a importância de estruturar o processo de <i>handover</i> , realizado através da utilização de listas de verificação, procedimentos padronizados, educação contínua e apoio institucional. Ao incorporar estes elementos estruturados, os enfermeiros desempenham um papel fundamental na promoção da segurança da PSPO.
4	Avaliar o impacto da adoção generalizada dos princípios ISBAR pela organização na conformidade	Melhoria na conformidade com os princípios ISBAR; observação de <i>handovers</i> minuciosos desde a introdução dos princípios estruturados	O estudo demonstrou que a implementação dos princípios ISBAR no <i>handover</i> entre enfermeiros teve um impacto positivo na segurança da PSPO e na melhoria da continuidade de cuidados. A

	com as características desejáveis de <i>handover</i> numa unidade perioperatória, abrangendo diferentes grupos profissionais.	ISBAR; estratégias educacionais levaram a uma melhoria na retenção e conformidade na utilização dos princípios ISBAR.	utilização de uma abordagem estruturada contribuiu para uma comunicação mais efetiva, redução de erros de informação e promoção de melhores resultados para a PSPO.
5	Implementar um procedimento padronizado de <i>handoff</i> para a transição de cuidados no ambiente perioperatório, visando melhorar a qualidade e continuidade da transição de informação, aperfeiçoar a segurança da PSPO e aumentar a satisfação dos profissionais de saúde.	Foram identificadas melhorias estatisticamente significativas no número de <i>handoffs</i> padronizados realizados, na satisfação com o processo de transição, na adequação do processo de <i>handoff</i> , na tendência de erros durante o processo, na abrangência do processo de <i>handoff</i> e na eficácia da transição de informações importantes. Da análise das respostas abertas, foram identificados padrões e tendências que forneceram <i>insights</i> adicionais sobre a eficácia do procedimento padronizado de <i>handoff</i> : satisfação dos participantes com o procedimento padronizado; importância de aprimorar a colaboração e a comunicação entre os membros da equipa.	A implementação de um procedimento padronizado de <i>handoff</i> resultou em melhorias significativas na qualidade e continuidade da transição de informações, na segurança da PSPO e na satisfação dos profissionais de saúde. Os resultados indicam que a padronização do processo de <i>handoff</i> pode melhorar a comunicação, a segurança da PSPO e a experiência dos profissionais de saúde.
6	Avaliar a eficácia das estratégias de melhoria da qualidade do <i>handover</i> utilizando os princípios ISBAR, com foco na operacionalização do <i>handover</i> pelos enfermeiros e o seu impacto na segurança da PSPO.	Melhoria estatisticamente significativa na conformidade com os princípios ISBAR do <i>handover</i> para a UCPA. Os dados das auditorias forneceram dados básicos para todos os outros pontos de <i>handover</i> no perioperatório, que serão utilizados para comparação com auditorias futuras.	Os resultados realçam o impacto da educação e das práticas de comunicação padronizadas com os princípios ISBAR, na melhoria do <i>handover</i> e na segurança da PSPO.
7	Aprimorar a documentação do relatório de <i>handoff</i> , que foi usado como medida para monitorização da qualidade do mesmo.	Melhoria substancial no preenchimento integral do formulário de <i>handoff</i> após a sua introdução e formação sobre o mesmo. Os resultados evidenciaram o impacto positivo da formação e implementação do novo instrumento de <i>handoff</i> na qualidade das informações partilhadas durante a transição de cuidados nas áreas do BO e UCPA.	O estudo evidencia que as práticas de comunicação aprimoradas através da padronização do <i>handoff</i> são cruciais para assegurar que informações vitais sobre a PSPO sejam consistentemente transmitidas entre profissionais. Salienta também a relevância da participação dos enfermeiros no desenvolvimento de ferramentas de <i>handoff</i> , sugerindo o aumento da adesão. A padronização do <i>handoff</i> pode efetivamente diminuir o risco de eventos adversos, tendo impacto positivo na segurança da PSPO.

8	Investigar as experiências dos enfermeiros em relação à qualidade do <i>handoff</i> entre o BO e a UCPA, antes e após a implementação da ferramenta ISBAR.	A experiência da equipa foi aprimorada no que diz respeito à estrutura lógica do <i>handoff</i> , à utilização de documentação disponível e mais completa, e à comunicação de todas as informações relevantes. 92,1% da equipa afirmou que a utilização do ISBAR levou a transições de cuidados mais seguras e eficazes.	Os resultados do estudo evidenciam a eficácia da implementação da ferramenta ISBAR na transição de cuidados, destacando melhorias significativas na qualidade da comunicação entre os profissionais, tendo impacte positivo para a segurança da PSPO.
9	Estudar a comunicação durante a transição de informação, em especial na fase pós operatória, e os efeitos da utilização da ferramenta SBAR sob a perspetiva da segurança da PSPO.	Os resultados obtidos a partir dos dados iniciais indicaram que a falta de estrutura e a longa duração do <i>handoff</i> diminuía a informação retida pelo recetor. A implementação da ferramenta SBAR resultou em: - melhoria significativa na estrutura da informação durante o <i>handover</i> ; - aumento da percentagem de sequências de informação memorizadas pelos recetores, sugerindo uma melhor retenção de detalhes importantes; - clima de segurança aprimorado entre a equipa; - redução de percentagem de relatórios de incidentes relacionados a erros de comunicação no grupo de intervenção, indicando uma redução na ocorrência desses erros; - clima de segurança melhorado.	O estudo demonstrou que a operacionalização do <i>handover</i> com o uso do SBAR teve um impacte positivo na segurança da PSPO, melhorando a retenção de informação, a perceção da comunicação e do clima de segurança, e reduzindo incidentes relacionados a erros de comunicação. Estes resultados ressaltam a importância da estruturação da comunicação na promoção de cuidados seguros e de qualidade para a PSPO.
10	Analisar as transições pós-operatórias na unidade de cuidados intensivos. Foi introduzido e avaliado um protocolo de <i>handoff</i> . O sucesso na implementação desse protocolo demonstraria a sua utilidade para uma aplicação mais ampla na área da saúde.	Os principais resultados do estudo incluíram: -Melhoria na assiduidade dos profissionais nas transições de cuidados; -redução no número de interrupções durante o <i>handoff</i> ; -aperfeiçoamento na partilha de informação entre os profissionais de saúde; -diminuição do número de perguntas feitas durante as transições, indicando uma melhoria na comunicação;	Os resultados sugerem que uma abordagem mais organizada e padronizada para o <i>handoff</i> , possivelmente conduzida pelos enfermeiros, pode contribuir para a segurança da PSPO ao garantir uma transição mais suave e eficaz entre as equipas de cuidados.

		<p>-melhoria estatisticamente significativa na satisfação dos profissionais com o processo de transição;</p> <p>-o protocolo estruturado de handoff resultou numa melhor comunicação e trabalho em equipa.</p>	
11	<p>Aprimorar a qualidade do processo de <i>handover</i> pós-cirurgia cardíaca do BO para a Unidade de Cuidados Intensivos em adultos, mediante o desenvolvimento e implementação de um protocolo padronizado de <i>handover</i> (check-list para o conteúdo da transição e introdução de um período de pausa formal denominado <i>sterile cockpit timeout</i>.</p>	<p>Registaram-se melhorias significativas no processo de <i>handover</i>, incluindo a redução de interrupções durante as transições e o aperfeiçoamento do planeamento dos cuidados pós-operatórios.</p> <p>Dos 36 inquéritos realizados aos membros da equipa participante na iniciativa, estes destacaram melhorias no trabalho de equipa, no conteúdo recebido e no planeamento de cuidados à PSPO.</p>	<p>Os resultados obtidos no estudo sugerem que a operacionalização do <i>handover</i> pelos enfermeiros teve um impacte positivo na segurança da PSPO.</p>
12	<p>Desenvolver e implementar uma pausa e um <i>handoff</i> perioperatório padronizado (SBAR) para melhorar a qualidade da transição e a satisfação da equipa no contexto da UCPA.</p>	<p>-Aderência à pausa da UCPA: 42,30% antes da mudança na prática, 92,3% após a mudança e 96,10% em 1 ano.</p> <p>-Aderência aos 17 elementos críticos no <i>handoff</i> padronizado: 40,16% antes da mudança na prática, 77,36% após a mudança e 71,78% em 1 ano.</p> <p>-A satisfação das enfermeiras com a pausa da UCPA e o <i>handoff</i> aumentou 59% e 50%, respetivamente, da pré para a pós-mudança na prática.</p> <p>-A satisfação das enfermeiras do BO com a pausa da UCPA e os <i>handoffs</i> foi superior a 85% no início e aumentou 14% e 8%, respetivamente</p>	<p>A pausa na UCPA propicia um aumento da concentração dos enfermeiros durante a transição de cuidados, o que pode melhorar a segurança da PSPO.</p> <p>A utilização do <i>handoff</i> padronizado no formato SBAR pode diminuir a perda de informação e a má comunicação, melhorar a qualidade das transições e a satisfação dos membros da equipa perioperatória, e pode atenuar eventos relacionados com a segurança da PSPO.</p>
13	<p>Avaliar o uso de uma check-list estruturada de <i>handover</i> no momento da cirurgia, com a hipótese de que a implementação dessa</p>	<p>-Redução da percentagem de omissão de informações entre os membros da equipa cirúrgica.</p>	<p>O estudo aborda o impacte da operacionalização do <i>handover</i> pelos enfermeiros na segurança da PSPO ao focar a melhoria da comunicação, a redução da omissão de informações e o aumento da satisfação da equipa cirúrgica.</p>

Impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da Pessoa em situação perioperatória

	<p>intervenção reduziria a percentagem de omissão de informações e aumentaria a qualidade da comunicação.</p> <p>Investigar se a melhoria na comunicação entre a equipa cirúrgica poderia aumentar a satisfação dos profissionais envolvidos.</p>	<ul style="list-style-type: none">-Aumento da satisfação da equipa cirúrgica durante o <i>handover</i> no momento da cirurgia.-Melhoria na qualidade do processo de comunicação.-Aumento da duração do <i>handover</i>.-Aumento da satisfação geral da equipa cirúrgica após a intervenção.	
--	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

7. Discussão

A presente ScR realizada com base na questão de investigação sobre o impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros na segurança da PSPO revelou uma série de estudos e projetos que abordam a importância da comunicação eficaz durante as transições de cuidados no contexto perioperatório. A análise dos estudos selecionados permitiu identificar tendências e evidências significativas que demonstram a relevância da operacionalização do *handoff* /*handover* e sua influência positiva na segurança do paciente.

A tabela de evidências oferece uma visão abrangente de várias intervenções focadas na melhoria do *handover* nos cuidados de saúde, particularmente no contexto perioperatório. Essas intervenções abrangem desde a implementação de ferramentas eletrônicas e padronização de procedimentos até o envolvimento da equipa na criação de processos e a introdução de check-list estruturadas. Vamos discutir os principais pontos destacados nos estudos incluídos e o impacte dessas descobertas na prática de enfermagem e segurança da PSPO.

Todos os estudos incluídos, com exceção do estudo 3, apresentam a **implementação de ferramentas** (como SBAR e ISBAR) e **procedimentos padronizados** para melhorar a eficácia do *handover*.

No estudo 1, a introdução de um formulário eletrónico padronizado ajudou a facilitar a documentação e transição de informações essenciais durante o *handover*, contribuindo para uma comunicação mais consistente e eficaz entre os profissionais de saúde envolvidos (Weinger et al, 2015).

No estudo 2, uma ferramenta padronizada de *handoff* foi desenvolvida num *workshop* de dois dias e uma fase piloto de uma semana e meia, sendo que a sua implementação aumentou significativamente a conformidade com o processo de *handoff* entre a UCPA e as unidades Médico-Cirúrgicas, contribuindo para melhorar a comunicação, transição de informação e segurança da PSPO (Pino et al, 2019).

Nos estudos 4, 6 e 8, a implementação dos princípios ISBAR no *handover* demonstrou melhorias significativas na conformidade com os protocolos de transição escolhidos, promovendo uma comunicação mais clara e eficaz. Isso resultou em benefícios substanciais para a segurança e qualidade do cuidado prestado à pessoa em situação perioperatória. O ISBAR foi utilizado como uma ferramenta padronizada de *handoff*, assegurando a transmissão clara e eficaz de informações essenciais sobre o estado da pessoa, plano de

tratamento e potenciais riscos ou preocupações. Esta abordagem contribuiu para uma maior continuidade de cuidados e segurança no ambiente perioperatório. Após a introdução do ISBAR, verificou-se uma melhoria na organização do handover, na utilização da documentação disponível, na transmissão de informações pertinentes e na satisfação dos profissionais envolvidos, o que teve um impacto positivo na qualidade global do handover. [Kitney et al, 2020; Kitney et al, 2018; Leonardsen et al, 2019].

No estudo 5, a utilização da ferramenta padronizada de *handoff* baseada no mnemônico *PATIENT* foi fundamental para o sucesso do estudo, proporcionando uma abordagem estruturada e eficaz e para a transição de cuidados da PSPO, resultando em melhorias significativas na segurança e na experiência dos profissionais de saúde (Canale, 2018).

No estudo 7, a implementação do formulário padronizado SBAR demonstrou melhorias significativas na integridade e qualidade dos relatórios de *handoff*, refletindo-se numa documentação mais eficaz da transição de responsabilidade. A ferramenta SBAR proporcionou uma estrutura clara e consistente para a comunicação entre os profissionais de saúde, facilitando a inclusão de informações essenciais e críticas durante as transições de cuidados no ambiente perioperatório (Wich et al, 2021).

No estudo 9, o SBAR foi a ferramenta padronizada de *handoff* utilizada e o seu contributo foi fundamental para promover uma maior cooperação entre a equipa, melhorar a retenção de informações e a perceção da comunicação e do clima de segurança, e reduzir incidentes relacionados a erros de comunicação (Randma, 2016).

No estudo 10, a implementação do protocolo padronizado de *handoff* resultou em melhorias significativas na qualidade da transição de informações, na eficiência da comunicação e na satisfação dos profissionais de saúde envolvidos (Walt et al, 2016).

No estudo 11, um protocolo padronizado de handover foi desenvolvido e implementado, com a inclusão de uma lista de verificação e a criação de um ambiente de "cockpit estéril" para um *time-out* formal. Essas estratégias melhoraram a qualidade do *handover*, resultando numa pontuação média mais alta e numa redução significativa de interrupções durante o processo (Gleicher et al, 2017).

No estudo 12, foi utilizada uma ferramenta de *handoff* padronizada adaptada do *Johns Hopkins Perioperative Toolkit*. A ferramenta ajudou a garantir que os elementos considerados críticos do *handoff* fossem adequadamente comunicados durante a transição de cuidados, contribuindo para uma melhoria significativa na adesão da transmissão dos mesmos e na satisfação dos profissionais envolvidos (Servas et al, 2022).

No estudo 13, foi utilizada uma ferramenta padronizada de *handoff* chamada *SWITCH checklist*, que consiste em seis seções: S (*Surgical procedure*), W (*Wet - fluids*), I (*Instruments*), T (*Tissue - specimen*), C (*Counts*), e H (*Have you any questions?*). A implementação desta *check-list* estruturada contribuiu para a melhoria da qualidade da comunicação entre a equipe cirúrgica, reduzindo a omissão de informações no relatório cirúrgico e aumentando a satisfação dos profissionais durante o *handoff* (Nasiri et al, 2021).

Estas abordagens demonstraram melhorias significativas na qualidade do *handover/handoff*, redução de erros de comunicação, e um impacto positivo na segurança e na qualidade dos cuidados prestados à PSPO. Isso ressalta a importância de estruturas padronizadas na comunicação dentro de equipas de saúde, especialmente em momentos críticos como a transição de cuidados em contexto perioperatório.

Os estudos 1, 2 e 7 enfatizam o valor do envolvimento da equipe, nomeadamente a participação dos enfermeiros, no design inicial e nas modificações dos processos de *handover*. A formação específica e o feedback contínuo foram componentes essenciais para o sucesso dessas intervenções, destacando a necessidade de um compromisso organizacional com a educação contínua e o desenvolvimento profissional.

Todos os estudos destacaram a correlação direta ou indireta entre a implementação de processos de *handover* mais eficazes e a melhoria da **segurança da PSPO**. A padronização do *handover* tem se mostrado eficaz na redução de omissões de informações críticas, garantindo que detalhes importantes sejam comunicados de forma consistente e confiável.

O estudo 3 aborda a conformidade com as práticas recomendadas para comunicação eficaz, identificando barreiras e facilitadores para a melhoria. Isso destaca a importância de abordar áreas específicas de não conformidade, como a transição verbal de informações, sugerindo que intervenções direcionadas podem ser necessárias para superar desafios específicos (Nedelcu et al, 2022).

Além da segurança da PSPO, a **satisfação dos profissionais de saúde e a eficácia do trabalho em equipa** também melhoraram como resultado das intervenções (estudos 5, 12, 13). Isso indica que melhorias nos processos de *handover* não apenas beneficiam a PSPO, mas também melhoram o ambiente de trabalho para os profissionais de saúde.

O estudo responde de forma abrangente à pergunta de investigação sobre o impacto da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros na segurança da pessoa em situação perioperatória, evidenciando várias dimensões em que estas práticas contribuem significativamente para a melhoria da segurança do paciente. Os resultados dos diversos estudos incluídos na revisão fornecem evidências robustas de que a adoção de procedimentos padronizados, a utilização de ferramentas de comunicação estruturadas

como o ISBAR, e o envolvimento contínuo em educação e treino melhoram a qualidade do handover e, por consequência, a segurança da PSPO. Os principais conceitos identificados no estudo foram:

1. **Melhoria na Comunicação e Redução de Erros:** Os estudos demonstram que a implementação de ferramentas estruturadas e procedimentos padronizados de handover resulta em uma comunicação mais clara e eficiente entre os profissionais de saúde. Isso reduz a probabilidade de omissões ou erros na transição de informações críticas sobre o paciente, abordando diretamente os riscos associados a falhas de comunicação.
2. **Educação Contínua e Treino:** A formação contínua e o treino prático são destacados como elementos cruciais para sustentar a eficácia do handover. Estes não apenas aumentam a competência dos enfermeiros na utilização das ferramentas de handover, mas também promovem uma cultura de segurança e melhoria contínua.
3. **Implementação de Abordagens Multimodais:** A utilização de múltiplas estratégias, incluindo tecnologia, treinos simulados, e feedback pós simulação, reforça a importância de um handover bem estruturado. Essas abordagens mostram um impacto positivo na adesão aos processos de handover, na satisfação dos profissionais, e na qualidade geral do cuidado.
4. **Feedback Construtivo e Apoio Institucional:** A importância de um ambiente que promove feedback construtivo e tem apoio institucional para a prática segura do handover é enfatizada, indicando que o compromisso organizacional é vital para o sucesso dessas iniciativas.

O estudo fornece uma resposta detalhada à pergunta de investigação, ilustrando que a operacionalização do handover pelos enfermeiros, por meio da implementação de estratégias padronizadas, educação contínua, e suporte institucional, tem um impacto positivo significativo na segurança da PSPO. As evidências apresentadas reforçam a necessidade de práticas de handover estruturadas e bem geridas como um componente essencial para a segurança do paciente no contexto perioperatório.

8. Conclusão

Este estudo adotou uma Scoping Review (ScR) conforme a metodologia do JBI, visando explorar a extensão, amplitude e diversidade das evidências existentes sobre o *handover* realizado por enfermeiros no contexto perioperatório. A utilização do *framework PRISMA-ScR* assegurou uma abordagem sistemática e transparente na identificação e seleção de estudos relevantes, facilitando a análise abrangente das práticas de *handover* e seu impacto na segurança do paciente.

O *handover*, sendo um processo de transição de informações cruciais e responsabilidade pelo cuidado da pessoa, é reconhecido como um momento vulnerável para a sua segurança. No contexto perioperatório, onde a PSPO está particularmente exposta a riscos devido à complexidade dos procedimentos e à necessidade de coordenação entre várias equipas, a importância de *handover* eficaz é amplificada.

Os estudos analisados demonstraram, de forma consistente, que a implementação de ferramentas estruturadas, tais como o SBAR e o ISBAR, e a padronização de procedimentos contribuem substancialmente para a eficácia do *handover*. Esta eficácia traduz-se numa comunicação mais clara, na redução de erros de comunicação, e numa melhor continuidade dos cuidados, impactando positivamente a segurança e a qualidade do cuidado prestado à pessoa em situação perioperatória.

Adicionalmente, a revisão destacou o valor do envolvimento ativo da equipa de saúde, particularmente dos enfermeiros, no desenvolvimento e implementação dessas ferramentas e procedimentos. O compromisso com a formação contínua e o feedback pós-implementação emergem como elementos fundamentais para o sucesso e sustentabilidade das intervenções focadas na melhoria do *handover*.

No estudo realizado constatamos que a operacionalização do *handover* pelos enfermeiros tem um impacto positivo na segurança da PSPO, ao contribuir significativamente para a redução de erros de comunicação, a promoção da continuidade do cuidado, a identificação e gestão de riscos, e a melhoria da tomada de decisão no contexto perioperatório. Estes resultados reforçam a necessidade de desenvolver intervenções inovadoras e eficazes que valorizem a comunicação eficaz e o cuidado coordenado, com vista a melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde prestados à PSPO.

Embora as evidências sugiram melhorias na prática do *handover* e na segurança da PSPO com a introdução de processos padronizados e educação contínua, ainda existem

lacunas significativas no conhecimento. A variabilidade nas práticas de *handover* entre diferentes unidades e a falta de adesão universal aos procedimentos padronizados são áreas que necessitam de investigação adicional. Futuras pesquisas devem focar na avaliação de barreiras à implementação de práticas de *handover* eficazes e no desenvolvimento de estratégias para promover a uniformidade e sustentabilidade das melhorias.

Em suma, os resultados desta ScR reforçam a premissa de que uma abordagem estruturada ao *handover*, apoiada por ferramentas padronizadas e um forte compromisso institucional com a educação e o desenvolvimento profissional, é indispensável para a promoção da segurança da PSPO. Salienta-se, portanto, a necessidade de adotar e adaptar estas práticas nas instituições de saúde, visando não só a melhoria da segurança da PSPO, mas também a eficácia da comunicação interprofissional e a satisfação dos profissionais de saúde.

Através desta análise compreensiva, fica patente que a operacionalização eficiente do *handover* pelos enfermeiros constitui um pilar fundamental na garantia de cuidados seguros e de qualidade no ambiente perioperatório, sublinhando a importância de continuarmos a investigar, desenvolver e implementar estratégias que fomentem práticas de *handover* cada vez mais eficazes e seguras.

Tendo em consideração a natureza exploratória, descritiva e de mapeamento deste estudo, constitui-se como um marco inicial para futuras investigações no domínio em questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estágio clínico revelou-se um pilar fundamental no processo de formação e aperfeiçoamento das competências em Enfermagem, especialmente no que concerne à especialização no cuidado à PSPO. Esta experiência, rica em aprendizagem prática, não só permitiu o atingimento dos objetivos inicialmente propostos, como também se mostrou transformadora na medida em que facilitou a aquisição de novos conhecimentos e a sua subsequente aplicação no contexto clínico.

A imersão no ambiente clínico permitiu uma compreensão mais profunda das necessidades específicas das pessoas em situação perioperatória, enfatizando a importância de uma abordagem cuidadosa e personalizada. A oportunidade de aplicar teorias e conceitos em situações reais de cuidado potenciou uma visão mais crítica e reflexiva, essencial para o desenvolvimento de uma prática de Enfermagem de excelência.

A transição do saber teórico para a prática clínica, mediada pela experiência do estágio, foi indubitavelmente transformadora. Este processo não apenas consolidou competências já existentes, mas também estimulou o desenvolvimento de novas, promovendo uma melhoria contínua e um aprofundamento do conhecimento especializado. A capacidade de integrar e aplicar novos saberes no cuidado à PSPO reforçou a importância da constante atualização e adaptação profissional face aos desafios e avanços no campo da Enfermagem.

A realização do estágio clínico constituiu um marco significativo na jornada de formação, reafirmando a importância da prática baseada na evidência e do compromisso com a excelência no cuidado à PSPO. Esta experiência não apenas enriqueceu o percurso académico e profissional, mas também solidificou a base sobre a qual se constrói uma carreira de sucesso e dedicação à Enfermagem especializada.

Dando continuidade à reflexão sobre a importância do estágio clínico, cabe destacar a observação e deteção de necessidades específicas de intervenção que emergiram particularmente no momento crítico de transição de cuidados perioperatórios (*handover/handoff*). Esta fase, caracterizada pela transição de responsabilidades entre equipas de enfermagem e outros profissionais de saúde, destacou-se como um ponto de vulnerabilidade onde a precisão e eficácia da comunicação assumem um papel preponderante. Foi precisamente esta constatação que motivou a realização do estudo de

ScR, visando uma compreensão aprofundada sobre o impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da PSPO.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbott, T. E. F., Ahmad, T., Phull, M. K., Fowler, A. J., Hewson, R., Biccard, B. M., Chew, M. S., Gillies, M., Pearse, R. M., & International Surgical Outcomes Study (ISOS) group. (2018). The surgical safety checklist and patient outcomes after surgery: A prospective observational cohort study, systematic review and meta-analysis. *British journal of anaesthesia*, *120*(1), 146–155. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2017.08.002>

Akinla, O., Hagan, P., & Atiomo, W. (2018). A systematic review of the literature describing the outcomes of near-peer mentoring programs for first year medical students. *BMC Medical Education*, *18*(98). <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1195-1>

All European Academies (ALLEA). (2018). *Código Europeu de Conduta para a Integridade da Investigação: Edição Revista*. https://www.allea.org/wp-content/uploads/2018/11/ALLEA-European-Code-of-Conduct-for-Research-Integrity-2017-Digital_PT.pdf

Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória. Da Filosofia à Prática de Cuidados* (1ª). Lusodidacta.

Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (2015). STANDARDS OF PERIOPERATIVE NURSING. Em *Guidelines for Perioperative Practice* (pp. 693–708).

Azenha, M., Rocha, C., Oliveira, E., Cruz, L., Pascoal, M., Macedo, A. L., & Gomes, M. (2017). *Recomendações da SPA para Manutenção de Normotermia no período Perioperatório, elaboradas por Grupo Nacional de consensos em 2017*. Sociedade Portuguesa de

Anestesiologia. <https://www.spanestesiologia.pt/ficheiros/Consenso%20normotermia.pdf>

Baydemir, S., & Akten, I. M. (2023). Effect of Informing Patient Relatives by Short Message (SMS) on Their Anxiety and Satisfaction Level During Orthopedic Surgical Intervention: A Randomized Controlled Trial. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, *38*(6), 901–906. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2023.02.008>

Beldame, J., Lagrave, B., Lievain, L., Lefebvre, B., Frebourg, N., & Dujardin, F. (2012). Surgical glove bacterial contamination and perforation during total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed. *Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research*, *98*(4), 432–440. <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2011.10.015>

Benze, C., Spruce, L., & Groah, L. (2021). *AORN PERIOPERATIVE NURSING: Scope and Standards of Practice*. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursing-scope-standards-of-practice.pdf?sfvrsn=c532cdee_1

Biro, J., Rucks, M., Neyens, D. M., Coppola, S., Abernathy, J. H. 3rd, & Catchpole, K. R. (2022). Medication errors, critical incidents, adverse drug events, and more: A review examining patient safety-related terminology in anaesthesia. *British journal of anaesthesia*, 128(3), 535–545. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.11.038>

Brooker, K. J., Vikan, M., & Thyli, B. (2020). A Qualitative Exploratory Study of Norwegian OR Nurses' Patient Positioning Priorities. *AORN journal*, 111(2), 211–220. <https://doi.org/10.1002/aorn.12930>

Burgess, A.; Diggele C.; Roberts, C.; Mellis, C. (2020). Teaching clinical handover with ISBAR. *BMC Medical Education*, 20, 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12909-020-02285-0>

Canale, M. L. (2018). Implementation of a Standardized Handoff of Anesthetized Patients. *AANA journal*, 86(2), 137–145.

Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Guidelines for Environmental Infections Control in Health-Care Facilities*. <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>

Decreto lei nº 65/2018 de 16 de Agosto. Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. (2018). Em *Diário da República* (pp. 4147–4182). <https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2010). *Linhas de orientação para a segurança cirúrgica da OMS Cirurgia Segura Salva Vidas*. <https://www.who.int/docs/default-source/patient-safety/9789241598552-por.pdf>

Direção Geral da Saúde. (2011). *Estrutura concetual da classificação internacional sobre segurança do doente*. <https://www.scribd.com/document/81457506/Estrutura-Concetual-da-Classificacao-Internacional-sobre-Seguranca-do-Doente>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Norma 02/2013: Cirurgia Segura, Salva Vidas*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0022013-de-12022013-atualizada-a-25062013-jpg.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2015). *Norma nº 015/2013: Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de-03102013-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2017). *Norma nº 001/2017: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0012017-de-08022017-pdf.aspx>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022a). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021/2026: Documento Técnico para a Implementação do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes*. <http://www.tecnohospital.pt/userfiles/files/blog/Plano%20Nacional%20para%20a%20Seguran%C3%A7a%20dos%20Doentes%202021-2026.pdf>

Direção Geral da Saúde (DGS). (2022b). *Norma 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022 “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infeção do Local Cirúrgico*. <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/0202015-de-15122015-atualizada-a-17112022-pdf.aspx>

Duarte, A., & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório* (1ª). Lidel.

Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2021). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147–153.

Ervine, H. S. (2021). Advocacy: A Blueprint for Excellence. *AORN Journal*, 1, 323–325.

Fragata, J. I. G. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: Revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, 17–26.

Gillespie, B., Chaboyer, W., Thalib, L., John, M., Fairweather, N., & Slater, K. (2014). Effect of using a safety checklist on patient complications after surgery: A systematic review and meta-analysis. *Anesthesiology*, 120(6). <https://doi.org/10.1097/ALN.000000000000232>

Gleicher, Y., Mosko, J. D., & McGhee, I. (2017). Improving cardiac operating room to intensive care unit handover using a standardised handover process. *BMJ Open Quality*, 6(2), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmjog-2017-000076>

Gomes, J. A., Martins, M. M., Rizzato Tronchin, D. M., & Fernandes, C. S. (2018). Processos de qualidade assistencial no bloco operatório—Validação de uma escala. *Journal Health NPEPS*, 3(2), 352–367.

Guido, L. A., Goulart, C. T., Brum, C. N., Lemos, A. P., & Umman, J. (2014). Cuidado de enfermagem perioperatório: Revisão integrativa de literatura. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 6(4), 1601–1609. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1601-1609>

Haddeland, K.; Marthinsen, G. N; Söderhamn, U.; Flateland, S. M.T.; Moi, E. M. B. (2022). Experiences of using the ISBAR tool after an intervention: A focus group study among critical care nurses and anaesthesiologists. *Intensive & Critical Care Nursing*, 70(103195), 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103195>

Işık, I., Gümüşkaya, O., Şen, S., & Arslan Özkan, H. (2020). The Elephant in the Room: Nurses' Views of Communication Failure and Recommendations for Improvement in Perioperative Care. *AORN Journal*, 111(1), 1–15. <https://doi.org/10.1002/aorn.12899>

Joint Commission (Ed.). (2017). A complimentary publication of The Joint Commission Issue 58, September 12, 2017 Inadequate hand-off communication. *Sentinel Event Alert*, 58, 1–6.

Joint Commission. (2018). *Communicating Clearly and Effectively to Patients How to Overcome Common Communication Challenges in Health Care*. [https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_\(1\).pdf](https://store.jointcommissioninternational.org/assets/3/7/jci-wp-communicating-clearly-final_(1).pdf)

Junker, T., Mujagic, E., Hoffman, H., Rosenthal, R., Misteli, H., Zwahlen, M., Oertli, D., Tschudin-Sutter, S., F.Widmer, A., Marti, W. R., & Weber, W. P. (2012). Prevention and control of surgical site infections: Review of the Basel Cohort Study. *Swiss Medical Weekly*, 142. <https://doi.org/10.4414/smw.2012.13616>

Kitney, P., Bramley, D., Tam, R., & Koen, S. (2018). Perioperative handover using ISBAR at two sites: A quality improvement project: Phase 2. *Journal of Perioperative Nursing*, 31(4), 17–25. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1031>

Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, 33(4), 37–45. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>

Lambert, L. H. (2018). Improved Anesthesia Handoff After Implementation of the Written Handoff Anesthesia Tool (WHAT). *AANA Journal*, 86(5), 361–370. CINAHL Complete.

Lee, S. W., Cho, M.-R., Lee, H.-H., Choi, W.-K., & Lee, J.-H. (2015). Perforation of Surgical Gloves during Lower Extremity Fracture Surgery and Hip Joint Replacement Surgery. *Hip&Pelvis*, 1(27), 17–22. <http://dx.doi.org/10.5371/hp.2015.27.1.17>

Leonardsen, A.-C., Moen, E. K., Karlsøen, G., & Hovland, T. (2019). A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and the postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *Nursing Reports*, 9(1), 1–5. <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>

Lopes, M. A., Gomes, S. C., & Lobo, B. A. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESTECTEC. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializado_senfermagem_inesctecabril2018.pdf

Marques, A., Osório, C., Aguiar, C., Lopes, G., & Rodrigues, T. (2020). Implementação de uma bundle para redução do risco de infeção no local cirúrgico em doentes submetidos a colecistectomia. *Revista Rol Enfermagem*, 43(1), 97–103.

Ministério da Saúde. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026 (PNSD 2021 -2026). Em *Diário da República* (pp. 96–103). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2021/09/187000000/0009600103.pdf>

Mischke, C., Verbeek, J., Saarto, A., Lavoie, M., Pahwa, M., & Ijaz, S. (2014). Gloves, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure injuries in healthcare personnel (Review). *Cochrane Database of Systematic Review*. <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009573.pub2>

Moseley, S. L., Heine, C., Valente, T., Stone, D., Levy, D. A., Downs, J. B., Nguyen, S. A., Pecha, P. P., & Clemmens, C. (2021). Effects of parental presence during induction of anesthesia on operative and perioperative times in pediatric patients undergoing adenotonsillectomy. *International journal of pediatric otorhinolaryngology*, 140. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2020.110515>

Moss, R. (2016). *DOUBLE GLOVING - CLINICAL PERSPECTIVE*. Ansell Cares.

Mota, A. S. C., Castilho, A. F. O. M., & Martins, M. M. (2021). Avaliação da segurança do doente no bloco operatório: Perceção dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, V(6). <https://doi.org/10.12707/RV20134>

Nasiri, E., Lotfi, M., Mahdavinoor, S. M. M., & Rafiei, M. H. (2021). The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: A pilot study. *Patient safety in surgery, 15*(25), 1–9. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1>

Nedelcu, C. M., Niculiă, O. O., Nedelcu, V., Zazu, M., Mazilu, D. C., Klugarová, J., & Klugar, M. (2022). Effective communication and patient safety among nurses in perioperative settings: A best practice implementation project. *JBI evidence implementation, 20*(1), 3–14. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000316>

Nunes, L. (2016). Os limites éticos no dia-a-dia do enfermeiro. *Servir, 59*(2), 7–17.

Nunes, L. (2013). *Considerações Éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Departamento de Enfermagem ESS|IPS. <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/4547/1/consid%20eticas%20na%20investig%20academica%20em%20enfermagem.pdf>

Nunes, L. (2020). *Aspectos Éticos na investigação de Enfermagem* (IPS, ESS, Departamento de Enfermagem). https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/32782/1/ebook_aspetos%20eticos%20investigacao%20Enf_jun%202020.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2018). Regulamento n.º 429/2018: Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Perioperatória. Em *Diário da República* (pp. 19359–19360).

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2022). Regulamento n.º 613/2022: Regulamento que define o ato do enfermeiro. Em *Diário da República* (pp. 179–182). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2022/07/131000000/0017900182.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2015a). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017a). *PARECER N.º 10/2017-Diferenciação das intervenções de enfermagem do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica em relação ao enfermeiro generalista, num serviço de urgência*. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer_10_2017_MCEEMC_DiferenciacaoIntervencoesEnfermagemServicoUrgencia.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2017b). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019b). Regulamento 140/2019 Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Em *Diário da República* (pp. 4744–4750). <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/02/026000000/0474404750.pdf>

Ordem dos Enfermeiros (OE). (2019a). Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Em *Diário da República*. <https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2020). *Health worker safety: A priority for patient safety*. <https://www.who.int/docs/default-source/world-patient-safety-day/health-worker-safety-charter-wpsd-17-september-2020-3-1.pdf>

Peltomaa, K. (2012). Patient Safety, Human Error, and Swiss Cheese. *Quality Management in Health Care*, 21(1). <https://doi.org/10.1097/QMH.0b013e3182418294>

Peters, D.J. Micah; M. Godfrey, Christina; Khalil, Hanan; McInerney, Patricia; Parker, Deborah; Soares Cassia Baldini. (2015). Guidance for conducting systematic scoping reviews. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*, 141–146. <https://doi.org/10.1097/XEB.0000000000000050>

Pino, FA., Sam, KJ., Wood, SL., Tafreshi, P. A., Parks, S. L., Bell, P. A., Hoffman, E. A., Koebel, L. M., & Peter, S. D. (2019). Increasing compliance with a new interunit handoff process: A quality improvement project. *Pediatric Quality Safety*, 4(3), 1–8. <https://doi.org/10.1097/pq9.0000000000000180>

Porritt, K. M. A, Lockwood C, Munn Z, Lockwood, C. M. Z., & Munn, Z. (2020). *JBI Handbook for Evidence Implementation*. 1–34. <https://doi.org/10.46658/JBIH-19-01>

Pucher, P.H.; Johnston, M. J.; Aggarwal, R.; Arora, S.; Darzi, A. (2015). Effectiveness of interventions to improve patient handover in surgery: A systematic review. *Surgery*, 158(1), 85–95. <https://doi.org/10.1016/j.surg.2015.02.017>

Raja, S. N., Carr, D., Cohen, M., Finnerup, N. B., Flor, H., Gibson, S., Keefe, F. J., Mogil, J. S., Ringkamp, M., Sluka, K. A., Song, X.-J., Stevens, B., Sullivan, M. D., Mark, D., Tutelman, P. R., Ushida, T., & Vader, K. (2020). The revised International Association for the Study of Pain

definition of pain: Concepts, challenges, and compromises. *PAIN*, 161(9), 1976–1982. <https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000001939>

Randmaa, M. (2016). *Communication and Patient Safety: Transfer of information between healthcare personnel in anaesthetic clinics* [PhD dissertation, Acta Universitatis Upsaliensis]. <https://urn.kb.se/resolve?urn=urn:nbn:se:uu:diva-278726>

Reason, J. (2000). Human error: Models and management. *BMJ*, 320, 768–770. <https://doi.org/10.1136/bmj.320.7237.768>

Reeves, S., Pelone, F., Harrison, R., Goldman, J., & Zwarenstein, M. (2017). Interprofessional collaboration to improve professional practice and healthcare outcomes. *The Cochrane database of systematic reviews*, 6(6). <https://doi.org/10.1002/14651858.CD000072.pub3>

Ribeiro, O. de P., Carvalho, F. M., Ferreira, L. M. M., & Ferreira, P. J. M. (2016). Qualidade dos cuidados de saúde. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 35. <https://revistas.rcaap.pt/millenium/article/view/8304>

Rothrock, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71(5), 1030–1037. [https://doi.org/10.1016/s0001-2092\(06\)61552-4](https://doi.org/10.1016/s0001-2092(06)61552-4)

Servas, L., Hayes, C., Mayhorn, T., & Milner, K. A. (2022). Navigating the Path to a Sustainable «PACU Pause» and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 44–47. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.06.104>

Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794–809. <https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>

Torres, G. C. S., Fernandez, D. F., Ledbetter, L., & Relf, M. V. (2021). Systematic Review of Preoperative Patient Readiness. *AORN Journal*, 114(1), 47–59.

Torres, S., Bolanos, J. A., & López, M. C. (2023). Intervenciones de enfermería en el mantenimiento de normotermia perioperatoria: Revisión Sistemática. *LATAM*, IV(2), 2670–2680.

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., Moher, D., Peters, M. D. J., Horsley, T., Weeks, L., Hempel, S., Akl, E. A., Chang, C., McGowan, J., Stewart, L.,

Hartling, L., Aldcroft, A., Wilson, M. G., Garritty, C., & Straus, S. E. (2018). PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Annals of Internal Medicine*, 169(7), 467–473. <https://doi.org/10.7326/M18-0850>

Walt, J.N. V. D., Scholl, A.T., Joubert, I.A., & Petrovic, M.A. (2016). Implementation of a postoperative handoff protocol. *Southern African Journal of Anaesthesia and Analgesia*, 22(6), 190–194. <http://dx.doi.org/10.1080/22201181.2016.1244317>

Weinger, M. B., Slagle, J. M., Kuntz, A. H., Schildcrout, J. S., Banerjee, A., Mercaldo, N. D., Bills, J. L., Wallston, K. A., Speroff, T., Patterson, E. S., & France, D. J. (2015). A Multimodal Intervention Improves Postanesthesia Care Unit Handovers. *Anesthesia and analgesia*, 121(4), 957–971. <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000000670>

Wich, B., Escalona, M., Bowling, J., & Santos, A. (2021). A Performance Improvement Project to Improve Hand-off Communication Documentation within the Surgical Services Department. *Nursing & Health & Sciences Research Journal*, 4(1), 48–53. <https://doi.org/10.55481/2578-3750.1099>

Wicklin, S. V. A. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 18. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>

World Health Organization. (2020). *Hand Hygiene for all initiative: Improving access and behavior in health care facilities*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240011618>

Yaldiz, Can, Yaldiz, Mahizer, Ceylan, Nehir, Kacira, Ozlem Kitiki, Ceylan, Davut, Kacira, Tibet, Kizilcay, Gokhan, & Tanriverdi, Taner. (2015). Retrospective, Demographic, and Clinical Investigation of the Causes of Postoperative Infection in Patients with Lumbar Spinal Stenosis Who Underwent Posterior Stabilization. *Medicine*, 94(29). <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000001177>

Yousef, Y., Drudi, S., Sant'Anna, A. M., & Emil, S. (2018). Parental presence at induction of anesthesia: Perceptions of a pediatric surgical department before and after program implementation. *Journal of pediatric surgery*, 53(8), 1606–1610.

Ystaas, L. M. K., Nikitara, M., Ghobrial, S., Latzourakis, E., Polychronis, G., & Constantinou, C. S. (2023). The Impact of Transformational Leadership in the Nursing Work Environment and Patients' Outcomes: A Systematic Review. *Nursing Reports*, 13, 1271–1290.

Zaitoun, R. A., Said, N. B., & Tantillo, L. (2023). Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: A systematic review. *BMC Nurs*, 22(173). <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01305-w>

APÊNDICES

APÊNDICE I: TIMEOUT CIRÚRGICO

TIME OUT CIRÚRGICO ANTES DA INCISÃO NA PELE

IDENTIFICAÇÃO DO DOENTE – ND:

DATA:

HORA:

ESTE É O DOENTE CORRETO?

Identificação do local e intervenção

É O LOCAL CORRETO PARA A CIRURGIA CORRETA?

Disponibilidade do material

TEMOS O MATERIAL NECESSÁRIO PARA ESTA INTERVENÇÃO?

Verificação de profilaxia antibiótica

FOI ADMINISTRADO O ANTIBIÓTICO NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS?

Equipa cirúrgica completa? posicionamento correto do paciente na mesa cirúrgica?

O DOENTE ESTÁ BEM POSICIONADO?

Confirmação de condições anestésicas para início de cirurgia.

O DOENTE ESTÁ ANESTESIADO?

APÊNDICE II: Formação em Serviço “INVOS E STARLING”

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ACÇÃO DE FORMAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO
INVOS & STARLING

Ana Catarina Sousa

Dezembro 2022

PLANO DA SESSÃO					
Tema: INVOS & STARLING					
Local: Bloco Operatório			Data: 8 de dezembro de 2022		
Público Alvo: Enfermeiros do Bloco Operatório			Hora: 8:15h		
Formador: Ana Catarina Sousa			Duração da Sessão: 40 min		
<p>Objetivo Geral: Sensibilizar os profissionais de saúde para o uso dos monitores INVOS e STARLING reforçando conhecimentos acerca das funcionalidades e interpretação de dados, para uma melhoria nos cuidados prestados.</p> <p>Objetivos Específicos: Conhecer as funcionalidades dos monitores INVOS e STARLING; Mostrar e descrever o material usado na utilização dos monitores INVOS e STARLING; Demonstrar o posicionamento da colocação dos elétrodos dos monitores INVOS e STRALING; Nomear os locais onde se encontram guardado e acondicionado o material necessário para utilização dos monitores; Sensibilizar os enfermeiros a consolidarem conhecimentos sobre a interpretação de dados dos monitores, para promover a melhoria dos cuidados prestados.</p>					
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS/ ETAPA DA SESSÃO	OBJETIVOS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO	ATIVIDADES DIDÁTICAS/ MÉTODOS PEDAGÓGICOS	AValiação
Apresentação da formadora e da formação	Dinamizar o grupo	Computador e projetor	5 minutos	Método expositivo e ativo	Diagnóstica

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS / ETAPA DA SESSÃO	OBJETIVOS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO	ATIVIDADES DIDÁTICAS/ MÉTODOS PEDAGÓGICOS	AValiação
<p>DESENVOLVIMENTO:</p> <p>INVOS e STARLING – Quando utilizar?</p> <p>Material e posicionamentos dos elétrodos usados nos monitores INVOS e STARLING;</p> <p>Local de armazenamento de instrumental e interpretação de dados;</p>	<p>Nomear a indicação para a utilização de cada monitor;</p> <p>Mostrar e descrever o principal material utilizado nos monitores;</p> <p>Abordar os locais onde se encontra armazenado os monitores e os elétrodos;</p> <p>Desenvolver conhecimentos na interpretação de dados de cada monitor;</p>	<p>Computador e Projetor</p>	<p>30min</p>	<p>Interrogativo;</p> <p>Método expositivo e ativo</p>	<p>Continua:</p> <p>Questões colocadas e avaliação da reação dos formandos</p>
<p>CONCLUSÃO: Resumo dos conteúdos abordados</p>	<p>Resumir os objetivos e refletir</p>	<p>Computador e projetor</p> <p>Folha avaliação</p>	<p>5 minutos</p>	<p>Interrogativo;</p> <p>Método expositivo e ativo</p>	<p>Discussão e QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO</p>

INVOS cerebral/somatic Oximeter STARLING SV



Autor: Ana Catarina Sousa

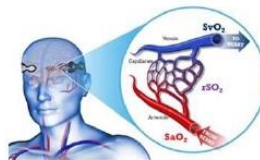
Aluna do Mestrado em EMC na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Dezembro - 2022

O que é?

Saturação de oxigénio **regional** - rSO₂

Não-invasivo
Amostra capilar (avaliação simultânea venosa 75% e arterial 25%)
Não dependente de fluxo ou pulso
Qualquer tecido em indivíduos > 2,5 kg (não aconselhado em neonatos)



Oximetria de Pulso – Qual a diferença?

Os oxímetros de pulso captam a quantidade de oxigênio no sangue utilizando sensores de luz que detetam variações entre a máxima e mínima intensidade de luz transmitida e refletida, durante a pulsação cardíaca (Towsend, 2011).

Estes sensores fazem medidas imediatas e regulares, e são desenvolvidos para serem usados nos dedos da mão, nos dedos do pé ou na orelha.



Oximetria Cerebral/Somática – Como funciona?

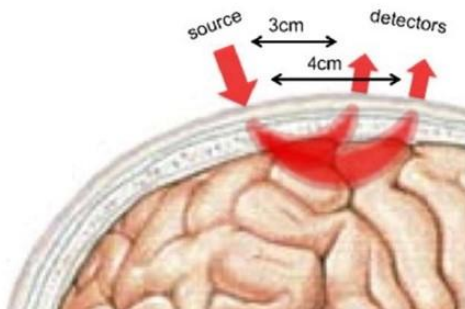


Figura ilustrativa da tecnologia NIRS

Near-Infrared Resolution Spectroscopy – NIRS

- Espetroscopia por infravermelhos
- Vasos de pequeno calibre dos tecidos próximos
- Rácio a-v = 25:75(%)

Como usar?



Ligar monitor



Colocar
sensores



Conectar
sensores aos
cabos

Valores Referência

rSO₂ cerebral – 50-80% em adultos

Assimetria R(right) vs L(Left) deve ser <10%

Descidas >20% são consideradas Anormais

Limite de Intervenção: <20% da linha base


Limite crítico de intervenção: <25% da linha base

Monitor INVOS®



Aumento da rSO2

Mais Saturação



Aumento da entrega O2

- Oxigenoterapia suplementar (ex: pré-oxigenação)
- Síndrome de hiperperfusão (ex: Endarterectomia - Clampagem artéria)

Diminuição do consumo O2

- Hipotermia
- Uso de anestésicos

Diminuição da rSO2

Menos Saturação



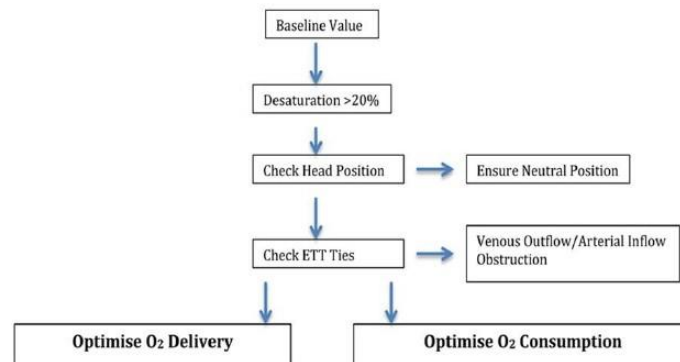
Diminuição da entrega de O2

- Mau posicionamento, obstrução ao fluxo (verificar TOT)
- Diminuição do débito cardíaco (EAM, IC, ...)
- Menor entrega de O2 (anemia, FiO2 baixa,...)
- Hipotensão

Aumento consumo de O2

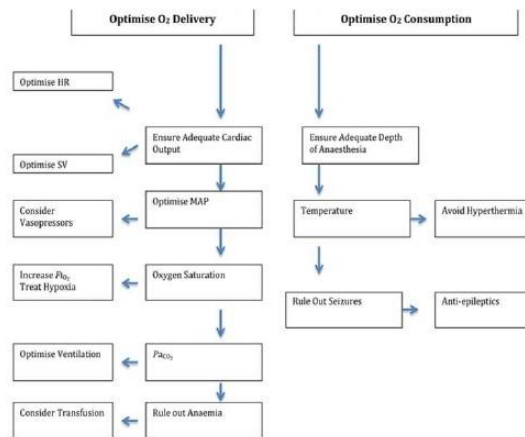
- Atividade epileptiforme, hipertermia, convulsões
- Menor profundidade anestésica

Protocolo de atuação



OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Protocolo de atuação



DENALTA, Treatment algorithm for managing cerebral desaturation. 2017;11: 274-81

OXFORD
UNIVERSITY PRESS

Limitações do uso de monitores rSO”



- Leituras alteradas por artefactos (sensor colocado sobre um hematoma ou seio venoso intracraniano, presença de cabelos/pêlos, anomalias ósseas ou inflamação seio frontal)
- Incide sob uma pequena área do cérebro
- Não identifica causa da dessaturação

Vantagens do uso de monitores rSO”



- Detecção precoce de hipóxia cerebral permitindo atuação precoce
- Correção de episódios de isquemia cerebral – menor incidência de disfunção cognitiva pós-operatória precoce e tardia
- Detecção de episódios de hipoperfusão cerebral em doentes operados em posição fowler (ex: cirurgia ombro)



Starling SV

Starling SV

- Sistema de monitorização hemodinâmica que permite obter uma avaliação **100% não invasiva** da resposta a fluídos para guiar a gestão do volume;
- Concebido com o intuito de disponibilizar uma imagem da monitorização hemodinâmica global dos pacientes aos profissionais de Saúde;
- Baseia-se em medições centrais, fornecendo assim uma **informação hemodinâmica precisa e fiável**.

Vantagens

- Oferece suporte à fluidoterapia individualizada sem exigir uma linha arterial ou central invasiva, reduzindo potencialmente o risco de infecções e outras complicações;
- A precisão não é afetada por vasopressores, inotrópicos e estados de choque;
- Funciona em pacientes com ventilação mecânica e respiração espontânea;
- Está com crescimento nas evidências clínicas, com validação de tecnologia em vários ambientes clínicos;

Vantagens

- A tela inicial é simples e personalizável;
- Permite flexibilidade para escolher a visualização preferida e os parâmetros exibidos na tela: Índice cardíaco, débito cardíaco, volume sistólico, Variação Volume Sistólico, resistência periférica total e outros parâmetros importantes.

Vídeo

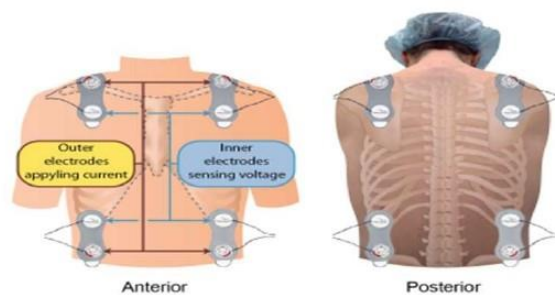
(vídeos exemplificativos no próprio aparelho)

Funcionamento

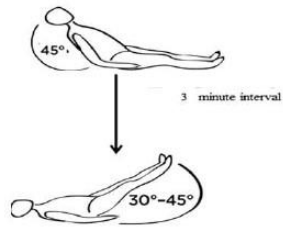
1. Ligar monitor: inserir novo utente | pesquisa doente existente
 1. Parâmetros quando inserimos um doente novo: ID, sexo, altura, peso e idade
2. Colocar Sensores
3. Conectar sensores aos cabos
4. Se objetivo apenas Testar a resposta a fluídos → fazer bólus fluído ou levantamento passivo pernas;
Se objetivo é monitorização constante → Iniciar Sessão
5. Aguardar 90 segundos para estabilizar até aparecer valores e desaparecer barra branca.

Funcionamento

Colocação dos Eléctrodos: Eléctrodos tem desenho para indicarem o local onde devem ser inseridos



Teste de resposta fluídos



Levantamento Passivo Pernas

Utilização maioritariamente realizada em Internamento



Bólus de Fluido

Utilização maioritariamente realizada em Bloco Operatório



Legendas

- IC: Índice Cardíaco relaciona débito cardíaco do ventrículo esquerdo num minuto à área da superfície corporal, relacionando assim o desempenho cardíaco com tamanho do indivíduo.
- DC: Volume de sangue bombeado num minuto (Frequência Cardíaca x Volume Sistólico).

Legendas (Continuação)

- VVS: Variação Volume Sistólico
- IVS: Volume Sistólico Indexado /m²
- IDo₂: Índice de Distribuição do o₂
- IRTP: Índice Resistência Periférica Total
- TEV=TEC: Tempo de Enchimento Vascular/Capilar

Valores Referência

- Índice Cardíaco: 2.5 - 4.0 l/min/m²
- Débito Cardíaco: 4.0 – 8.0 l/min
- VVS: 5-10 mmHg
- IVS: 33 – 47 ml/m²/batimento cardíaco
- I_{Do}2: 550 – 650 ml/min/m² (Tem que se introduzir aparelho valores SpO₂ e Hgb);
- IRTP: 1970 – 2390 dinas/seg/cm-5/m² (Tem que se introduzir aparelho valor MAP);
- TEV/TEC: até 450 mseg

Resposta fluídos

- Avaliação dinâmica: *PLR (passive leg raise) / Fluis Bolus:*

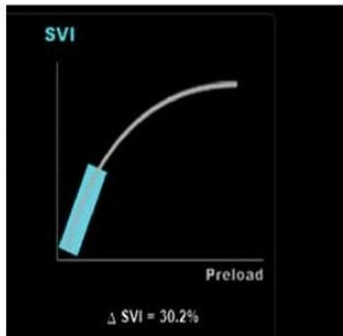
Obtenção rápida dos resultados da avaliação dinâmica ao ver onde o paciente reside na curva de Starling:

> 10% Δ SVI paciente provavelmente responde a fluídos

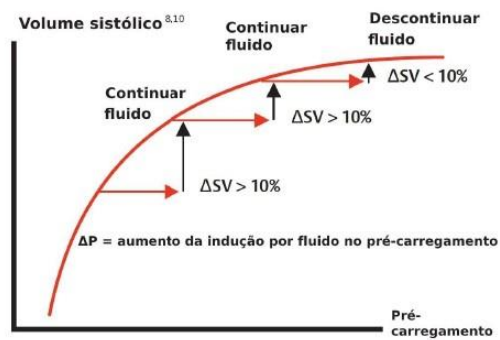
<10% Δ SVI paciente provavelmente não responde a fluídos

- Opção para encerrar a avaliação dinâmica assim que o SVI do paciente subir > 10%

Resposta fluídos – Curva Frank-Starling



Definição de Pré-carga: a tensão das fibras miocárdicas no final da diástole, como resultado do volume no ventrículo



Fonte: www.edwards.com/br

Indicações

- Todas as cirurgias Major (via aberta ou laparoscópica);
- Quando o doente tem muitas patologias (“doente mau”);
- Doentes com problemas cardíacos ou pulmonares;
- Cirurgias Hepato-Bilio-Pancreática;
- Cirurgias Coluna;
- Doentes que podem fazer pouco volume;

Considerações Finais

- Cada paciente tem necessidades únicas e em constante mudança de gerenciamento de fluídos. Mais de 80% dos pacientes hospitalizados recebem fluidos IV. Ainda assim, estudos mostram que administrar muito pouco ou muito líquido pode levar a complicações sérias e internamentos mais prolongados.
- Administração Insuficiente: complicações infecciosas (hipoperfusão tecidual) / Insuficiência renal aguda
- Administração excessiva: Edema Pulmonar / Coagulopatia

Fonte: www.edwards.com/br/therapies/fluid-management

Obrigada a todos pela vossa atenção

Bibliografia

Bernstadt, H. (2001). Stroke volume variation as a predictor of fluid responsiveness in patients undergoing brain surgery. *Anesth Analg*, 92, 984-989.

DENAULT A, Deschamps A, Murkin JM.(2007). A proposed algorithm for the intraoperative use of cerebral near-infrared spectroscopy. *Semin Cardiothorac Vasc Anaesth*, 11, 274-81

GREEN, D.W.; G Kunst, G. (2017). Cerebral oximetry and its role in adult cardiac, non cardiac surgery and resuscitation from cardiac arrest. *72*; 51:48-57

Michard F. (2005). Changes in arterial pressure during mechanical ventilation. *Anesthesiology* 2005; 103:419-428.

Reuter, D.A. (2003). Usefulness of left ventricular stroke volume variation to assess fluid responsiveness in patients with reduced cardiac function. *Crit. Care Med*,31, 1300-404

TOWNSEND, Neil. Pulse Oximetry, In:Medical Eletronics. MICHAELMAS TERM 2011. Dept of Engineering science, University of Oxford, UK.

TOET, M.C.; Lemmers, P.M.(2009). Brain monitoring in neonates. *Early Hum dev*, 85, 77-84.

INVOS cerebral/somatic Oximeter STARLING SV



Autor: Ana Catarina Sousa

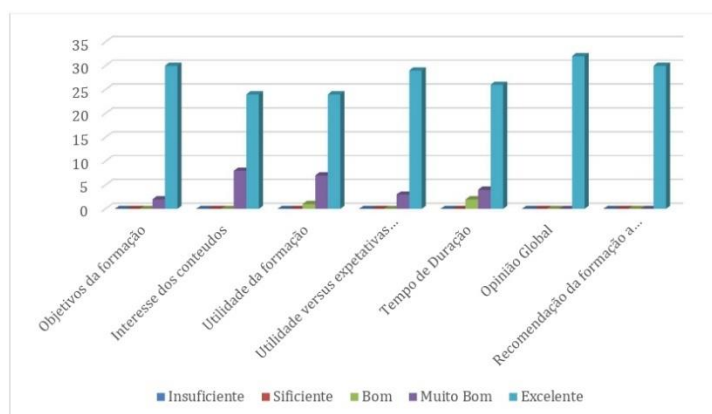
Aluna do Mestrado em EMC na área de especialização em Enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

Dezembro - 2022

INVOS e STARLING

Avaliação da sessão de formação realizada no bloco operatório a 8/12/2022
32 participantes

1. AÇÃO DE FORMAÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
1.1 OBEJETIVOS DA AÇÃO FORMAÇÃO	0	0	0	2	30
1.2 INTERESSE DOS CONTEÚDOS	0	0	0	8	24
1.3 UTILIDADE DA FORMAÇÃO	0	0	1	7	24
1.4 UTILIDADE VERSUS EXPECTATIVAS INICIAIS	0	0	0	3	29
1.5 TEMPO DE DURAÇÃO	0	0	2	4	26
1.6 OPINIÃO GLOBAL	0	0	0	0	32
1.7 RECOMENDAÇÃO DA FORMAÇÃO A OUTROS	0	0	0	2	30



2. EFICÁCIA DOS FORMADORES	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
2.1 CAPACIDADES DIDÁTICAS	0	0	0	4	28
2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A MATÉRIA	0	0	0	3	29
2.3 CAPACIDADE EM CRIAR AMBIENTE PARTICIPATIVO	0	0	0	2	30

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

	Avaliação da satisfação da sessão de Formação INVOS e STARLING
Formador	Ana Catarina Sousa
Local	Bloco Operatório
Data	8/12/2022 – 8.15H

O objetivo deste questionário é conhecer a sua avaliação sobre a sessão de formação que assistiu. Por favor, assinale a pontuação que melhor reflete a sua opinião.

Este questionário é anónimo.

1. AÇÃO DE FORMAÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
1.1 OBJETIVOS DA AÇÃO FORMAÇÃO					
1.2 INTERESSE DOS CONTEÚDOS					
1.3 UTILIDADE DA FORMAÇÃO					
1.4 UTILIDADE VERSUS EXPETATIVAS INICIAIS					
1.5 TEMPO DE DURAÇÃO					
1.6 OPINIÃO GLOBAL					
1.7 RECOMENDAÇÃO DA FORMAÇÃO A OUTROS					

2. EFICÁCIA DO FORMADOR	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
2.1 CAPACIDADES DIDÁTICAS					
2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A MATÉRIA					
2.3 CAPACIDADE EM CRIAR AMBIENTE PARTICIPATIVO					

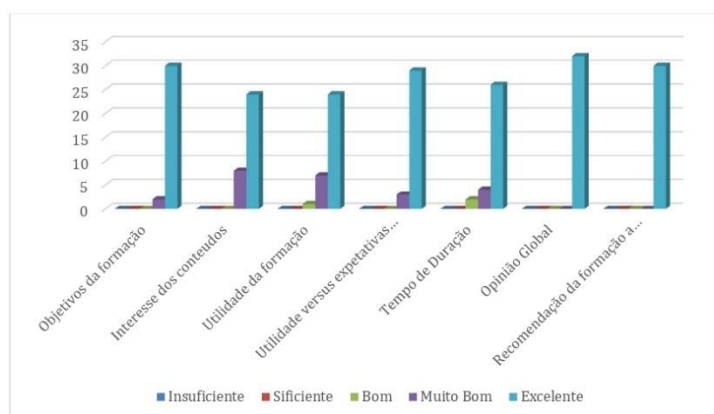
3. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
3.1 INFORMAÇÃO PRÉVIA SOBRE O TEMA					
3.2 INSTALAÇÕES E MEIOS AUDIOVISUAIS					
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS					

COMENTÁRIOS:

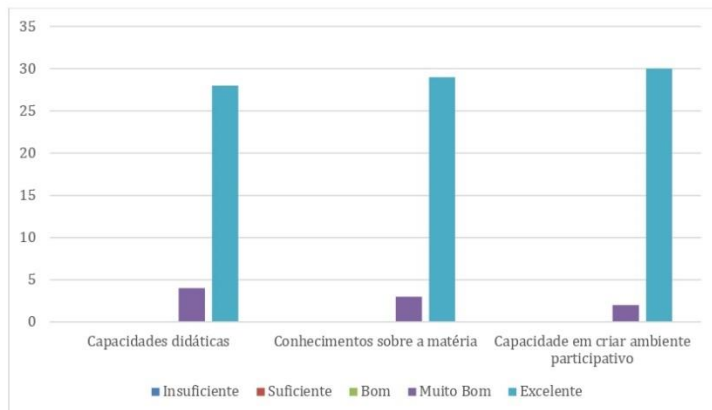
INVOS e STARLING

Avaliação da sessão de formação realizada no bloco operatório a 8/12/2022
32 participantes

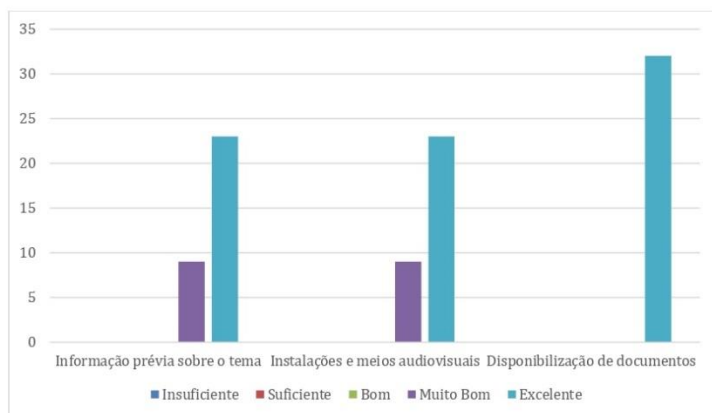
1. AÇÃO DE FORMAÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
1.1 OBEJETIVOS DA AÇÃO FORMAÇÃO	0	0	0	2	30
1.2 INTERESSE DOS CONTEÚDOS	0	0	0	8	24
1.3 UTILIDADE DA FORMAÇÃO	0	0	1	7	24
1.4 UTILIDADE VERSUS EXPECTATIVAS INICIAIS	0	0	0	3	29
1.5 TEMPO DE DURAÇÃO	0	0	2	4	26
1.6 OPINIÃO GLOBAL	0	0	0	0	32
1.7 RECOMENDAÇÃO DA FORMAÇÃO A OUTROS	0	0	0	2	30



2. EFICÁCIA DOS FORMADORES	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
2.1 CAPACIDADES DIDÁTICAS	0	0	0	4	28
2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A MATÉRIA	0	0	0	3	29
2.3 CAPACIDADE EM CRIAR AMBIENTE PARTICIPATIVO	0	0	0	2	30



3. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
3.1 INFORMAÇÃO PRÉVIA SOBRE O TEMA	0	0	0	9	23
3.2 INSTALAÇÕES E MEIOS AUDIOVISUAIS	0	0	0	9	23
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	0	0	0	0	32



Em relação a comentários efetuados, só 9 participantes o fizeram

Comentários efetuados	Nº de participantes
Repetir periodicamente esta formação	9

NOTA FINAL:

A sessão de formação teve a duração de 40 minutos, como o planeado e foi possível abordar todos os temas de forma estruturada e com momentos de partilha e discussão entre os participantes e formadores. Foi muito satisfatório a forma como os participantes se mantiveram participativos e interventivos, sendo um momento de partilha, reflexão e formação.

Foram atingidos em pleno os objetivos da formação.

**APÊNDICE III: Instrução de trabalho: Preparação e
administração de Complexo Protrombínico**

N.º / Revisão – xxx.x		
Página 1 de 2		
Tipo de documento: Instrução de Trabalho.		
Nome: Complexo protrombínico: modo de preparação, instruções para a perfusão e medidas de precaução.		
Elaborado em 02/003/2023	Aprovado em ___/___/___	Doc. Revogados ___/___/___
Enf. Ana Catarina Sousa		

1 Âmbito

A elaboração da Instrução de Trabalho referente à utilização do complexo protrombínico visa uniformizar o procedimento de preparação e administração do derivado de plasma humano em causa, procurando minimizar a ocorrência de erros e do eventual desperdício que dos mesmos possa resultar.

2 Objetivos

- Uniformizar o procedimento de preparação do complexo protrombínico em utilização (Octaplex®);
- Estruturar o procedimento de administração (perfusão) do mesmo complexo (depois de reconstituído).

3 Referências

Ferreira, A. & Madeira, M. (2011). A dor torácica na sala de emergência. *Revista Interdisciplinar NO-VAFAPI*, 4 (1), pp.50-56.

INDICE. EU. (2022). OCTAPLEX. *Factores de coagulação do sangue*. Obtido de <https://www.indice.eu/pt/medicamentos/medicamentos/octaplex/informacao-geral>

Martínez de Narvajas Urra, I., Daroca Pérez, R., & Arnedo Hernández, S. (2020). *Uso de complejo protrombínico en pacientes tratados con anticoagulantes orales de acción directa*. *Medicina Clínica*. doi:10.1016/j.medcli.2020.01.019

Octapharma. (02 de junho de 2022). *FOLHETO INFORMATIVO: INFORMAÇÃO PARA O UTILIZADOR*. Obtido de https://www.octapharma.pt/api/download/x/b17c3ae2cb/20200803_fi_octaplex.pdf

Silva, S. C., Almeida, M., Oliveira, V., Gouveia, S., Lichtner, A., & Mendes, D. S. (2018). *Utilização de Concentrado de Complexo Protrombínico na reversão de hipocoagulação oral*. Lisboa.

4 Definições

O complexo protrombínico em utilização (Octaplex®) corresponde a um derivado liofilizado do plasma humano que contém os fatores da coagulação II, VII, IX e X (Martínez, et al., 2020). Genericamente, encontra-se indicado na gestão preventiva de hemorragia em procedimentos invasivos ou na gestão terapêutica efetiva de cenários hemorrágicos ocorridos em portadores de deficiências de um dos fatores de coagulação constituintes do complexo (II, VII, IX e X), sempre que se não disponha de concentrado específico para o efeito. Pode ser utilizado em hemofílicos, com deficiência de fator VIII e nos quais se verifique a existência de inibidores. Assume também particular interesse na reversão do efeito anticoagulante dos agentes dicumarínicos – antagonistas da vitamina K (Varfarina, Acenocumarol), sendo também utilizado, com o mesmo propósito, em casos pontuais, em doentes hipocoagulados com anticoagulantes diretos sem antídoto específico, em particular os agentes anti-Xa (Apixabano, Edoxabano, Rivaroxabano) (Octapharma, 2022).

5 Responsabilidades

A consulta e utilização desta folha é da responsabilidade dos enfermeiros

6 Descrição

O domínio de procedimentos complexos, nomeadamente os referentes à preparação e/ou administração de diferentes fármacos, deriva de uma prática assente na melhor evidência disponível e na articulação da mesma com um vasto corpo de conhecimentos, capacidades técnicas e atitudes que caracterizam a prestação de cuidados de enfermagem de excelência (Ferreira & Madeira, 2011).

A enfermagem assume funções fundamentais no garante da segurança do processo de cuidar, sendo responsável pela deteção de erros potenciais ou efetivos desde o início do ato de prescrição (Silva, et al., 2018).

Os erros relacionados com a terapêutica são passíveis de prevenção. Uma das ferramentas que podem ser utilizadas na otimização do processo corresponde à utilização do método dos "9 certos" durante a preparação e a administração de fármacos (Silva, et al., 2018).

Os "9 certos" são:

- 1°C – Doente certo;
- 2°C – Fármaco certo;
- 3°C – Via certa;
- 4°C – Dose certa;
- 5°C – Hora certa;
- 6°C – Documentação certa;
- 7°C – Ação certa;
- 8°C – Forma certa;
- 9°C – Resposta certa.

A formulação comercial do complexo protrombínico é distribuída numa embalagem única contendo dois frascos com conteúdo distinto (pó e solvente) e um dispositivo Nextaro® (dispositivo para a conexão de ambos os frascos).

O modo de preparação e as instruções para a respetiva administração (instruções para a perfusão) constam da folha anexa ao presente procedimento.

7 Destinatários




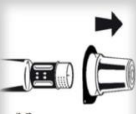
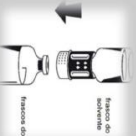
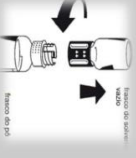
Enfermeiros.

8 Anexos

Folha: "Complexo protrombínico: modo de preparação, instruções para a perfusão e medidas de precaução.

**APÊNDICE IV: Folha de consulta da preparação do Complexo
Protrombínico**

COMPLEXO PROTROMBÍNICO
MODO DE PREPARAÇÃO

					
<p>PASSO 1 Remover as cápsulas destacáveis dos frascos de pó e solvente e desinfetar as tampas de borracha.</p>	<p>PASSO 2 Remover a parte superior da embalagem do dispositivo Nextaro®. Não remover o dispositivo da embalagem.</p>	<p>PASSO 3 Colocar o Frasco do solvente numa superfície plana e segurar com firmeza. Sem remover a embalagem exterior, apolar a parte azul do dispositivo Nextaro® no topo do frasco do solvente e pressionar firmemente para baixo até quebrar.</p>	<p>PASSO 4 Não torcer ao encaixar. Enquanto estiver a segurar o frasco do solvente, retirar cuidadosamente a embalagem exterior do Nextaro®, tendo o cuidado de deixar o dispositivo ligado com firmeza ao frasco do solvente.</p>	<p>PASSO 5 Colocar o frasco do pó numa superfície plana e segurar com firmeza. Segurar o frasco do solvente com o Nextaro® na posição invertida. Apolar a parte branca do conector do Nextaro® no topo do frasco do pó e pressionar firmemente para baixo até quebrar. Não torcer ao encaixar. O solvente passará automaticamente para o frasco que contém o pó.</p>	<p>PASSO 6 Com ambos os frascos ainda unidos, rodar suavemente o frasco do pó até que o mesmo se dissolva completamente. O Octaplex® dissolve-se rapidamente à temperatura ambiente numa solução incolor ou ligeiramente azulada. Desentrosçar o dispositivo Nextaro® em duas partes.</p>

INSTRUÇÕES PARA A PERFUSÃO

1. Fixar uma seringa de 20 mL (para 500 U) ou de 40 mL (para 1000 U) à saída do fecho Luer da parte branca do Nextaro®, inverter o frasco para injetáveis e transferir a solução para a seringa. Quando a solução tiver sido transferida, segurar com firmeza o êmbolo da seringa (mantendo-o virado para baixo) e desconectar a seringa do Nextaro®.
2. Aconselha-se uma velocidade de perfusão **INICIAL de 60 mL/h** (1 mL/min), que pode ser **AUMENTADA** até aos **120-180 mL/h** (2-3 mL/min) **após alguns minutos** do início da perfusão. **Perfundir no máximo em 20-30 minutos.**

MEDIDAS DE PRECAUÇÃO

- Reconstituir o complexo protrombínico imediatamente antes da administração, devendo a solução ser prontamente administrada;
- Monitorizar tensão arterial (hipotensão) e frequência cardíaca (bradicardia ou taquicardia);
- Vigiar o surgimento de náuseas, urticária, rash, prurido e/ou dispneia, tratando de acordo caso se verifique(m).

Caso ocorra algum incidente deve ser reduzida a velocidade de perfusão ou interromper a administração.

Nota importante: confirmar sempre o nome do fabricante. Caso seja diferente do acima referido deverão ser seguidas as respetivas instruções de preparação e administração.

APÊNDICE V: Cartão ISBAR

I	Identificação	Nome:	Idade:	Sala:	UCPA:	
	Cirurgia					
S	Anestesia	AG:		Loco-regional:		
		<input type="checkbox"/> Balanceada <input type="checkbox"/> Endovenosa <input type="checkbox"/> Inalatória	<input type="checkbox"/> Sedação <input type="checkbox"/> Outra: _____	<input type="checkbox"/> Epidural <input type="checkbox"/> Bloqueio subaracnoideo <input type="checkbox"/> Sequencial	<input type="checkbox"/> Bloq. Plexo <input type="checkbox"/> Bloq. Peribulbar <input type="checkbox"/> Outra: _____	
B	Antecedentes					
	Alergias					
A	Normotermia	Temperatura:	Aquecimento:			
	Controlo glicémico	Glicemia:	Insulina:			
	Antibioterapia					
	Analgésia	<input type="checkbox"/> Paracetamol _____ <input type="checkbox"/> Cetorolac _____ <input type="checkbox"/> Tramadol _____ <input type="checkbox"/> Metamizol Magnésio _____ <input type="checkbox"/> Morfina _____	<input type="checkbox"/> Petidina _____ <input type="checkbox"/> Cetamina _____ <input type="checkbox"/> Sulfato de Magnésio _____ <input type="checkbox"/> Anes. Local _____ <input type="checkbox"/> Outros: _____			
		Anti-heméticos	<input type="checkbox"/> Dexametasona _____ <input type="checkbox"/> Ondansetrom _____ <input type="checkbox"/> Droperidol _____			
		Dreno/Sonda	<input type="checkbox"/> Dreno <input type="checkbox"/> SV	<input type="checkbox"/> SNG		
		Cateteres	<input type="checkbox"/> CVP <input type="checkbox"/> CA	<input type="checkbox"/> CVC		
		Intercorrências	Anestésicas			
	Cirúrgicas					
	R	Analgésia UCPA/SOS				
Outros						

**APÊNDICE VI: Formação em Serviço: “Dupla Luva, porque não
um procedimento padrão: *Scoping Review*”**

Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ACÇÃO DE FORMAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO
**DUPLA LUVA, PORQUE NÃO UM PROCEDIMENTO
PADRÃO? *SCOPING REVIEW***

Autores: Ana Catarina Sousa

Orientadora: Professora Doutora Susana Regadas

Fevereiro | 2022

PLANEAMENTO DA SESSÃO					
Tema: Dupla Luva, porque não um procedimento padrão? <i>Scoping Review</i>					
Local: Bloco Operatório			Data: 23 de Fevereiro de 2022		
Público Alvo: Enfermeiros do Bloco Operatório			Hora: 8:15h		
Formador: Ana Catarina Sousa			Duração da Sessão: 40 min		
Objetivo Geral: Divulgação no serviço do estudo efetuado em contexto de estágio					
CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS/ ETAPA DA SESSÃO	OBJETIVOS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO	ATIVIDADES DIDÁTICAS/ MÉTODOS PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO
Apresentação da Formadora e da formação	Dinamizar o grupo	Computador e projetor	5 minutos	Método expositivo e ativo	Diagnóstica Questões colocadas ao grupo

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS / ETAPA DA SESSÃO	OBJETIVOS	MATERIAIS E EQUIPAMENTOS	TEMPO PREVISTO	ATIVIDADES DIDÁTICAS/ MÉTODOS PEDAGÓGICOS	AVALIAÇÃO
DESENVOLVIMENTO: Enquadramento teórico Objetivo Metodologia Resultados	Enquadramento teórico sobre o tema; Análise SWOT: uso de dupla luva cirúrgica Apresentação do objetivo, metodologia da ScR Apresentação e discussão dos resultados	Computador e Projetor	30min	Interrogativo; Método expositivo e ativo	Continua: Questões colocadas e avaliação da reação dos formandos
CONCLUSÃO Referências bibliográficas	Resumir os objetivos e refletir	Computador e projetor Folha avaliação	5 minutos	Interrogativo; Método expositivo e ativo	Discussão e QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO

Dupla luva, porque não um procedimento padrão? *Scoping Review*

Autores: Ana Catarina Sousa

Sérgio Lopes

Filipa Teixeira

Orientadora: Professora Doutora Susana Regadas

23 Fevereiro | 2023

Sumário

- **Enquadramento**
- **Objetivo**
- **Metodologia**
- **Resultados**
- **Conclusão**
- **Referências bibliográficas**

Enquadramento teórico

A literatura demonstra a existência de perfurações de luvas em diversas cirurgias, com ocorrência entre os 8% e os 61% (Lee, 2015).

Sendo que as luvas cirúrgicas são uma barreira protetora, as perfurações destas têm especial relevância, não só pela infeção do local cirúrgico (ILC), como pelo risco de perfuração acidental e transmissão de doenças (Chan, 2006).

Enquadramento teórico

O ambiente complexo que caracteriza o Bloco Operatório contribui para o risco aumentado de eventos adversos relacionados com a integridade da luva cirúrgica (Moss, 2016).

Um estudo randomizado e controlado (cirurgia tiróide) relatou que cerca de 90% das perfurações passam despercebidas durante um procedimento cirúrgico (Timler, 2015).

Enquadramento teórico

Várias organizações internacionais prestigiadas na área da saúde recomendam a sua utilização, assente na premissa da proteção e segurança dos profissionais e do paciente (Moss, 2016).



Objetivo

- Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao uso da dupla luva na prevenção da ILC e na redução das perfurações da mesma;
- Identificar possíveis lacunas de conhecimento relativamente à problemática em estudo.

Metodologia

- *Scoping Review (ScR)*, segundo recomendações do *Joanna Briggs Institute (JBI)*.
- Bases de dados eletrónicas: PubMed, CINAHL Complete e MEDLINE via ESBCO, e Cochrane Library.
- Critérios de inclusão: estudos publicados entre 2006 e 2022, texto integral e acesso livre; idiomas: português, inglês e espanhol.
- Descritores: *double gloving, surgical glove perforation, surgical wound infection*.

Metodologia

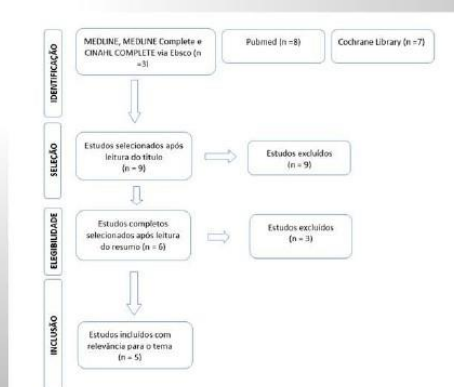
• QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO (PCC)

“O uso da dupla luva pela equipa cirúrgica contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração?”

P (População): Equipa Cirúrgica
C (Conceito): Dupla Luva
C (Contexto): Perioperatório

FRASE BOOLEANA : (Double gloving) AND (surgical glove perforation) AND (surgical wound perforation)

Resultados



Fluxograma PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.), segundo recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI)

Resultados

Artigo 1, Revisão Sistemática

Nível de evidência I

Cochrane Database of Systematic Reviews

Gloves, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure injuries in healthcare personnel (Review)

Mischke C, Verbeek JH, Saarto A, Lavoie MC, Pahwa M, Ijaz S

2014

Evidência de qualidade moderada de que a dupla luva reduz o risco de incidentes percutâneos em comparação com a luva única;

Redução de 76% do risco de perfuração com a dupla luva;

Não existiu evidência para o uso de luvas mais finas em comparação com as luvas convencionais;

Aumento do efeito preventivo com a dupla luva.

Resultados

Artigo 2, Prospetivo Observacional

Nível de evidência III

Hip Pelvis 27(1): 17-23, 2018
http://dx.doi.org/10.5371/hip.2018.27.1.17

Hip & Pelvis

Perforation of Surgical Gloves during Lower Extremity Fracture Surgery and Hip Joint Replacement Surgery

Sang Wook Lee, MD, Myung-Rae Cho, MD, Ho-Hyung Lee, MD*, Won-Kee Choi, MD, Joo-Hwan Lee, MD
Department of Orthopedic Surgery, Daegu Catholic University College of Medicine, Daegu, Korea,
Department of Orthopedic Surgery, Seogwipo Medical Center, Seogwipo, Korea*

2015

Percentagem de 26,3% de perfuração de luvas na artoplastia da anca e de 24,2% em cirurgia de fratura de membros inferiores;

Perfuração mais frequente no cirurgião principal (37%);

O tempo médio entre a detecção da perfuração pelo profissional e auditor foi de 20,6 segundos;

Considerando a perfuração de luvas um fator crítico para a ILC, recomenda-se o uso da dupla luva.

Resultados

Artigo 3, Prospetivo Observacional

Nível de evidência III

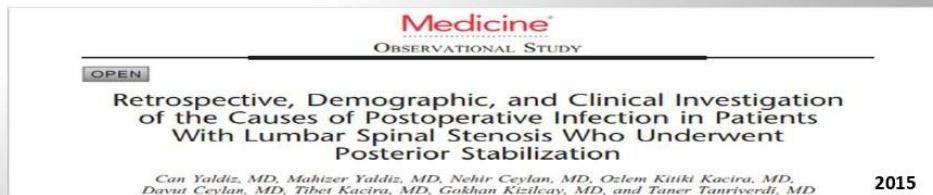


Verificada uma percentagem de 16,3% de perfuração de luvas (de um total de 677 cirurgias);
Recomendada a troca de luvas de forma rotineira e uso de dupla luva.

Resultados

Artigo 4, Retrospectivo Observacional

Nível de evidência III



As taxas de ILC detetadas após cirurgia com uso de luva única foram significativamente superiores em comparação com o uso da dupla luva. O estudo demonstrou que a utilização de dupla luva reduz a possibilidade de desenvolvimento de infecções causadas por perfuração de luva desconhecida.

Resultados

Artigo 5, Prospetivo Observacional



Available online at
SciVerse ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com/en



OTSR
Orthopaedics
& Traumatology
Surgery & Research

ORIGINAL ARTICLE

Surgical glove bacterial contamination and perforation during total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed

J. Beldame^{a,*}, B. Lagrave^a, L. Lievain^a, B. Lefebvre^a, N. Frebourg^b, F. Dujardin^{a,c} 2011

A renovação mais frequente das luvas exteriores, nomeadamente em momentos da cirurgia com maior risco de contaminação ou perfurações, resultam na diminuição da percentagem de estas ocorrerem.

Conclusão

- Devido, não só ao aumento da ILC como à proteção da equipa cirúrgica, é necessário implementar métodos que reduzam o risco de transmissão de microrganismos.
- Com o estudo realizado podemos inferir que o uso da dupla luva contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração das mesmas.
- O hábito de usar dupla luva deve ser implementado mesmo em cirurgias em que o risco de perfuração é baixo, assim como a mudança de luvas externas nas cirurgias com maior risco de infeção ou perfurações.

Referências bibliográficas



Dupla luva, porque não um procedimento padrão? *Scoping Review*

Ana Catarina Sousa

Sérgio Lopes

Filipa Teixeira

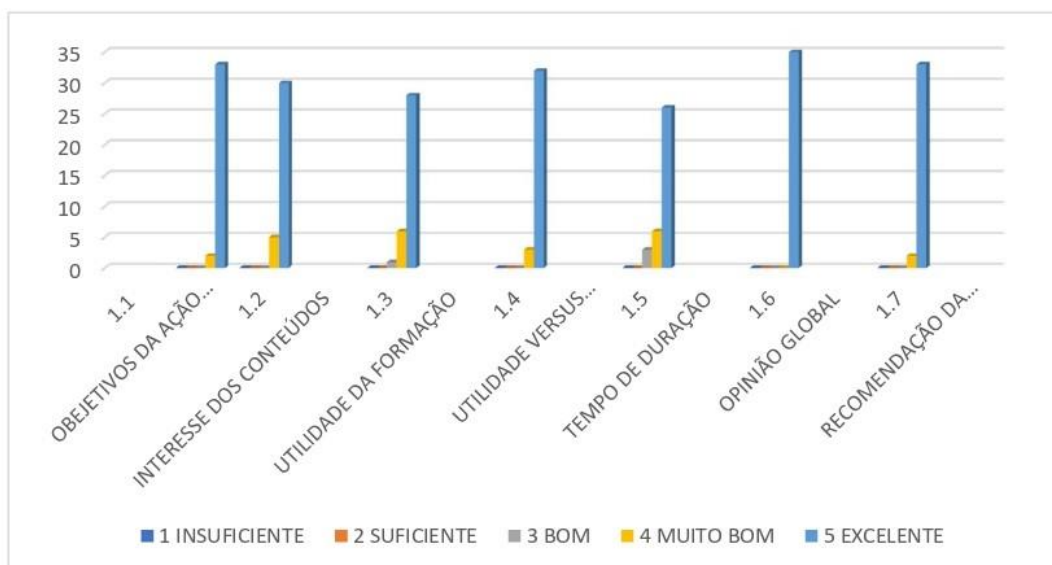
Orientadora: Professora Doutora Susana Regadas

23 Fevereiro 2023

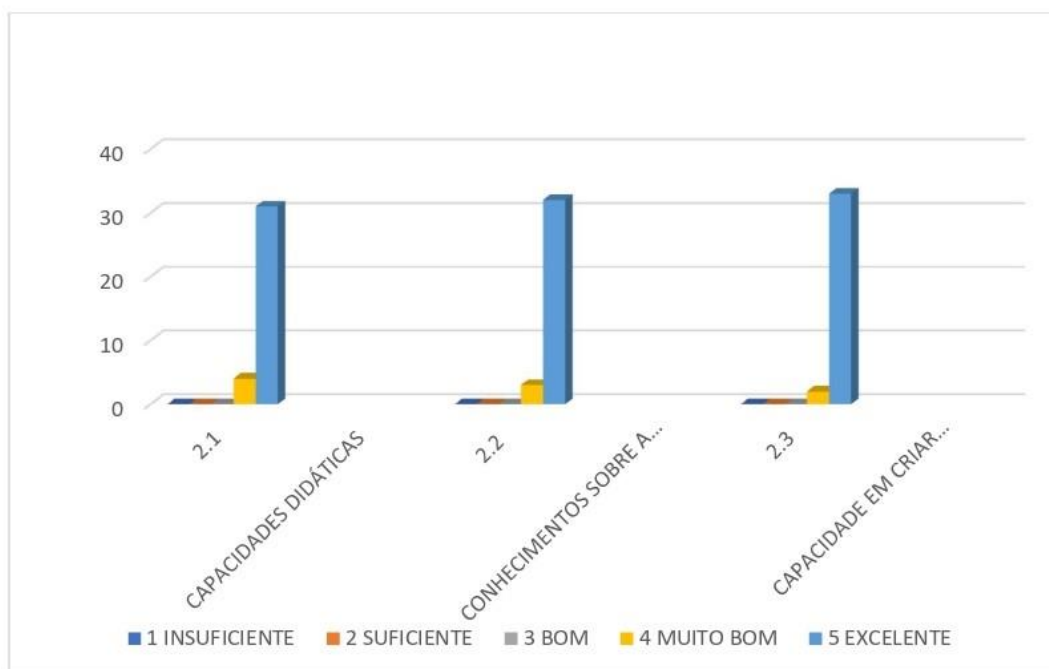
Dupla Luva, porque não um procedimento Padrão? *Scoping Review*

Avaliação da sessão de formação realizada no bloco operatório a 23/02/2023
35 participantes

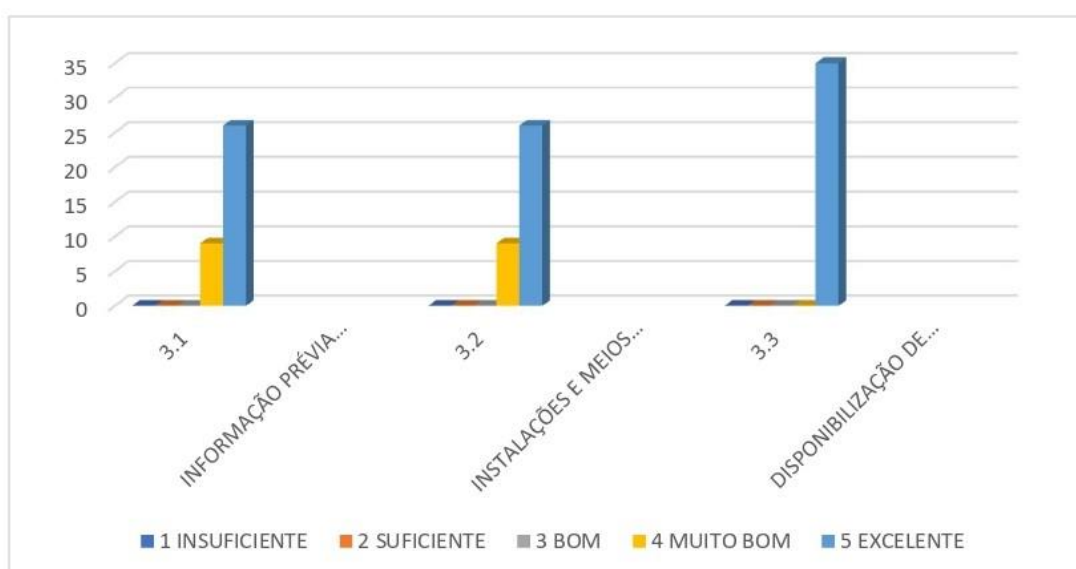
1. AÇÃO DE FORMAÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
1.1 OBEJETIVOS DA AÇÃO FORMAÇÃO	0	0	0	2	33
1.2 INTERESSE DOS CONTEÚDOS	0	0	0	5	30
1.3 UTILIDADE DA FORMAÇÃO	0	0	1	6	28
1.4 UTILIDADE VERSUS EXPECTATIVAS INICIAIS	0	0	0	3	32
1.5 TEMPO DE DURAÇÃO	0	0	3	6	26
1.6 OPINIÃO GLOBAL	0	0	0	0	35
1.7 RECOMENDAÇÃO DA FORMAÇÃO A OUTROS	0	0	0	2	33



2. EFICÁCIA DOS FORMADORES	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
2.1 CAPACIDADES DIDÁTICAS	0	0	0	4	31
2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A MATÉRIA	0	0	0	3	32
2.3 CAPACIDADE EM CRIAR AMBIENTE PARTICIPATIVO	0	0	0	2	33



3. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	1 INSUFICIENTE	2 SUFICIENTE	3 BOM	4 MUITO BOM	5 EXCELENTE
3.1 INFORMAÇÃO PRÉVIA SOBRE O TEMA	0	0	0	9	26
3.2 INSTALAÇÕES E MEIOS AUDIOVISUAIS	0	0	0	9	26
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	0	0	0	0	35



Em relação a comentários efetuados, só 10 participantes o fizeram

Comentários efetuados	Nº de participantes
Repetir periodicamente esta formação	10

NOTA FINAL:

A sessão de formação teve a duração de 40 minutos, como o planeado e foi possível abordar todos os temas de forma estruturada e com momentos de partilha e discussão entre os participantes e formadores. Foi muito satisfatório a forma como os participantes se mantiveram participativos e interventivos, sendo um momento de partilha, reflexão e formação.

Foram atingidos em pleno os objetivos da formação.

**APÊNDICE VII: Formação em Serviço: “Suporte Avançado de
Vida no Bloco Operatório - Simulação**

Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em
Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

ACÇÃO DE FORMAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO
**Suporte Avançado de Vida no Bloco Operatório:
Simulação**

Ana Catarina Sousa

Dezembro 2022

PLANO DA SESSÃO		
Tema: Suporte Avançado de Vida no Bloco Operatório: Simulação		
Local: Escola de Formação do Centro Hospitalar Público Alvo: Enfermeiros do Bloco Operatório (10 enfermeiros) Formador: Grupo de 4 formadores	Data: Hora: 14h-18h Duração da Sessão: 4 horas	Local: Escola de Formação do Hospital <ul style="list-style-type: none"> • Sala 1: Sala de Reunião. • Sala 2 e 3: Salas de Simulação, equipadas com: <ul style="list-style-type: none"> • Manequim de alta fidelidade e tablet sincronizado. • Carro de emergência. • Monitor/desfibrilhador.
Objetivo Geral: Simular e treinar Suporte Avançado de Vida aos enfermeiros do bloco operatório		
Objetivos Específicos: <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver habilidades práticas em suporte avançado de vida específico para o ambiente do bloco operatório. • Promover a tomada de decisão rápida e eficaz em situações de emergência médica durante operações. • Reforçar a importância da comunicação e trabalho em equipe em um ambiente de alta pressão. 		

Participantes e Formadores

- **Participantes:** 10 Enfermeiros do bloco operatório.
- **Formadores:** 4 especialistas em suporte avançado de vida e simulação, divididos em duas equipas.

4. Cronograma do Curso

Abertura (30 minutos)

- **Local:** Sala de Reunião.
- Boas-vindas e introdução ao curso pelos formadores.
- Apresentação dos objetivos e dinâmica do dia.

Sessões de Simulação (2 horas e 30 minutos)

- **Divisão:** 2 grupos de 5 participantes.
- **Local:** Sala 2 e Sala 3.
- **Atividades:**
 - Cada grupo realiza simulações de caso clínico durante 30 minutos em rotação, permitindo que todos os membros participem ativamente.
 - Cada simulação seguida por um período de debriefing de 15 minutos conduzido pelos formadores, discutindo ações, decisões e aprendizagens.

Intervalo (15 minutos)

- **Local:** Área comum.
- Intervalo para café e descanso breve.

Continuação das Simulações (1 hora e 15 minutos)

- Segunda rodada de simulações com casos clínicos diferentes ou aumento de complexidade.

Sessão de Debriefing Final (45 minutos)

- **Local:** Sala de Reunião.
- Debriefing coletivo com todos os participantes e formadores.
- Discussão sobre as principais dificuldades enfrentadas, pontos de melhoria e reforço das melhores práticas.
- Feedback dos participantes sobre o curso.

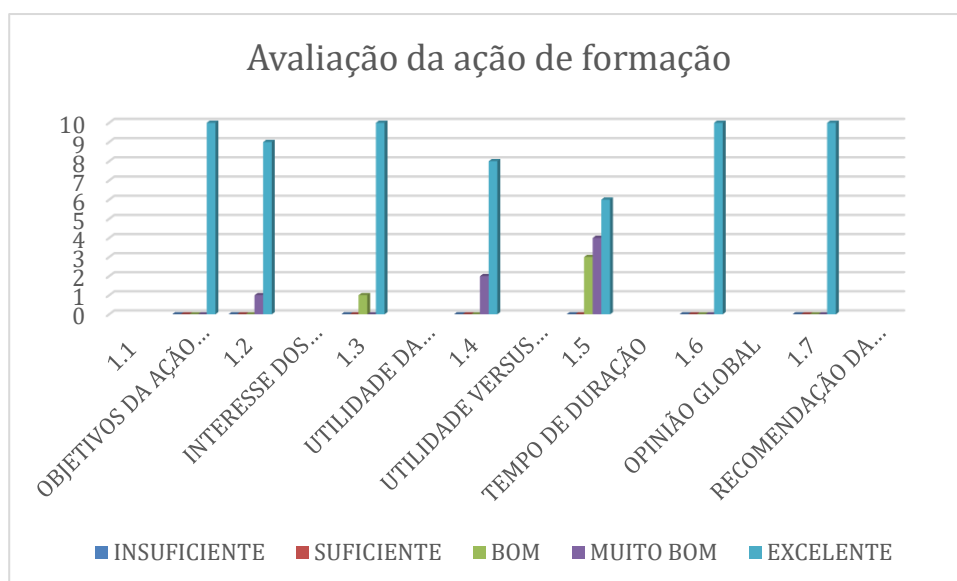
5. Avaliação

- Avaliação baseada na participação ativa, desempenho nas simulações e contribuição nos debriefings.
- Disponibilização de material de leitura complementar e vídeos de procedimentos de suporte avançado de vida no bloco operatório.

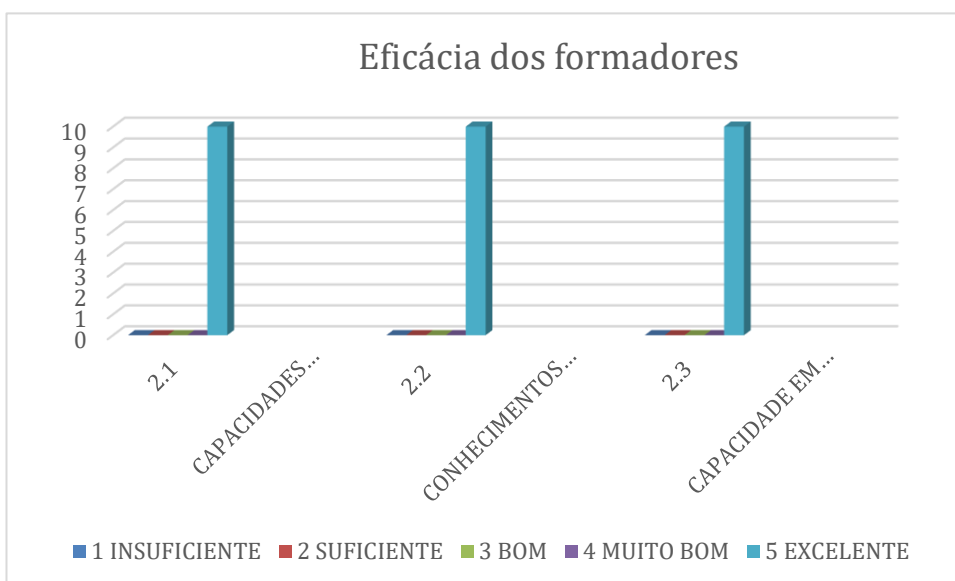
Este plano visa maximizar a aprendizagem prática dentro do tempo limitado disponível, garantindo que todos os participantes tenham a oportunidade de praticar habilidades cruciais num ambiente controlado e seguro, com feedback imediato e construtivo dos formadores.

Avaliação da Ação de formação

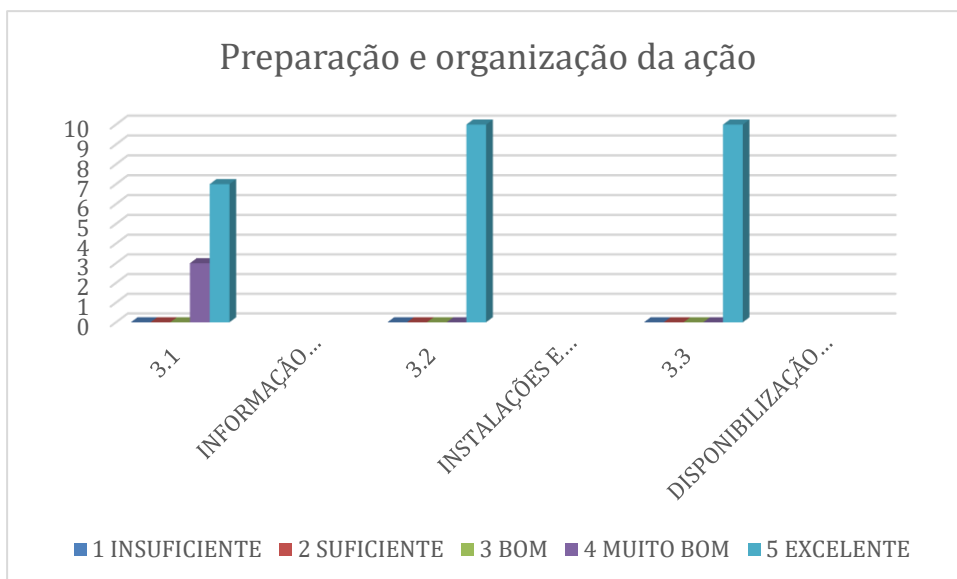
AÇÃO DE FORMAÇÃO	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM	EXCELENTE
1.1 OBJETIVOS DA AÇÃO FORMAÇÃO	0	0	0	0	10
1.2 INTERESSE DOS CONTEÚDOS	0	0	0	1	9
1.3 UTILIDADE DA FORMAÇÃO	0	0	1	0	10
1.4 UTILIDADE VERSUS EXPECTATIVAS INICIAIS	0	0	0	2	8
1.5 TEMPO DE DURAÇÃO	0	0	3	4	6
1.6 OPINIÃO GLOBAL	0	0	0	0	10
1.7 RECOMENDAÇÃO DA FORMAÇÃO A OUTROS	0	0	0	0	10



2.	1	2	3	4	5
EFICÁCIA DOS FORMADORES	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM	EXCELENTE
2.1 CAPACIDADES DIDÁTICAS	0	0	0	0	10
2.2 CONHECIMENTOS SOBRE A MATÉRIA	0	0	0	0	10
2.3 CAPACIDADE EM CRIAR AMBIENTE PARTICIPATIVO	0	0	0	0	10



3.	1	2	3	4	5
PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	INSUFICIENTE	SUFICIENTE	BOM	MUITO BOM	EXCELENTE
3.1 INFORMAÇÃO PRÉVIA SOBRE O TEMA	0	0	0	3	7
3.2 INSTALAÇÕES E MEIOS AUDIOVISUAIS	0	0	0	0	10
3.3 DISPONIBILIZAÇÃO DE DOCUMENTOS	0	0	0	0	10



**APÊNDICE VIII Póster “Impacte da operacionalização do
handover na segurança da pessoa em situação
perioperatória”**



Impacte da operacionalização do *handover* na segurança da pessoa em situação perioperatória

Autores: Sousa, Ana Catarina*; Regadas, Susana**

*Mestranda do Curso Mestrado Médico-Cirúrgico, Área Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNCP; ** Docente na ESSNCP



ENQUADRAMENTO

Uma cultura de segurança robusta deve estar presente em todas as organizações de saúde, promovendo a excelência e qualidade da prestação de cuidados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define Segurança do Doente como o “a redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável” (Direção Geral da Saúde [DGS], 2011, p.14).

Uma das ações descritas no Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 para melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados é o “Desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde” (DGS, 2022, p.31). A transferência de cuidados (*patient handoff/handover*) é o momento em que a equipa partilha informação sobre o doente, identificando necessidades, promovendo a segurança e facilitando a continuidade de cuidados. É um processo em tempo real de passagem de informações específicas de um cuidador para outro ou de uma equipa de cuidadores para outra com o objetivo de garantir a continuidade e segurança dos cuidados (Joint Commission, 2017). A OMS destaca a comunicação dos profissionais durante a transferência de cuidados, considerando um momento fulcral para a manutenção da qualidade e segurança (DGS, 2022). Qualquer falha na mensagem apresenta vários riscos, sendo que o seu sucesso depende diretamente da quantidade e qualidade de informação produzida pelos enfermeiros que participam no processo de cuidados.

O Bloco Operatório (BO) é um ambiente de enorme complexidade, onde a comunicação interprofissional surge como um desafio para a cultura de segurança. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória deve utilizar estratégias de comunicação adequadas e rigorosas de forma a assegurar documentação precisa e promover a continuidade de cuidados, contribuindo para o aumento da segurança nos procedimentos (Diário da República, 2018).

OBJETIVOS

Mapear a melhor evidência científica, no que concerne ao impacte da operacionalização do *handover* pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória.

METODOLOGIA

Scoping Review (ScR) tendo por base as recomendações do Joanna Briggs Institute (JBI) e a pesquisa em bases de dados eletrónicas (SciELO, RCAA, PubMed, Lilacs, CINAHL Complete e MEDLINE [via EBSCO]). Este método de revisão permite determinar que tipo de evidência está disponível sobre a temática e mapear os principais conceitos, por forma a permitir clarificar áreas de pesquisa e a identificar lacunas no conhecimento (Porrirt e Lockwood, 2020). Serão considerados todos os estudos primários, quantitativos ou qualitativos, mas também revisões sistemáticas da literatura, revisões da literatura, artigos de opinião relevantes de peritos da área e projetos, e a literatura cinzenta que aborda esta problemática. Selecionar-se-ão os artigos à luz dos critérios de inclusão definidos, publicados na íntegra, de acesso gratuito, nos idiomas português, inglês e espanhol. Não será definido friso cronológico, de forma a tornar a nossa investigação o mais abrangente possível e fiel à temática em estudo, integrando o maior número de artigos.

Serão salvaguardados os princípios éticos associados a este tipo de investigação. O estudo proposto, ScR, transitará por várias fases e terá como objetivo reunir, de forma organizada, os resultados dos estudos selecionados conforme os critérios de inclusão e exclusão, procurando dar resposta à questão de investigação, análise crítica e síntese dos estudos selecionados, contendo princípios éticos que respeitam a relevância do estudo e a sua validade científica baseada na melhor evidência (Nunes, 2020).

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO (PCC)

“Qual o impacte da operacionalização do <i>handover</i> pelos enfermeiros, na segurança da pessoa em situação perioperatória?”	
P (População)	Enfermeiros
C (Conceito)	Handover/ Handoff
C (Contexto)	Perioperatório

DESCRITORES MeSH

Patient handoff
Patient safety
Perioperative care
Nurs*

FRASE BOOLEANA : (Patient handoff) AND (Patient safety) AND (Perioperative care) AND (Nurs*)

RESULTADOS

O mapeamento de evidências permitirá a ampliação de conhecimento nesta área central para a disciplina de Enfermagem. Os resultados serão analisados/apresentados em forma de tabela. Um resumo narrativo acompanhará os resultados e descreverá com os mesmos se relacionam com o objetivo e a pergunta de revisão.

CONCLUSÃO

Prevê-se que esta revisão constitua um ponto de partida para a análise e sistematização das evidências relativas à problemática em estudo. Espera-se que o conhecimento produzido possa contribuir para uma prestação de cuidados de saúde com maior qualidade no período perioperatório. Acredita-se ainda que, poderá incrementar o core de conhecimentos disciplinares da Enfermagem. Desta forma, espera-se contribuir concomitantemente, para a identificação de resultados positivos em saúde, sensíveis às intervenções dos enfermeiros neste domínio, aumentando a visibilidade da profissão.

PALAVRAS-CHAVES: enfermagem; *patient handoff*; perioperatório; segurança do doente

KEYWORDS: nursing; *patient handoff*; perioperative care; patient safety

PALABRAS CLAVES: enfermería; *patient handoff*; perioperatorio; seguridad del paciente

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



**APÊNDICE IX Póster “Dupla Luva: Porque não um
procedimento padrão?”**

Dupla Luva: Porque não um procedimento padrão?

Autores: Sousa, Ana Catarina*; Lopes, Sérgio**; Teixeira, Filipa**; Regadas, Susana***
Mestranda do Curso Mestrado Médico-Cirúrgico, Área Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNCVP*;
Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgico do Centro Hospitalar de Entre Douro e Vouga**
Docente na ESSNCVP***



ENQUADRAMENTO

No bloco operatório, o uso de luvas estéreis em cirurgia é uma prática comum, no entanto, a literatura demonstra a existência de perfurações em diversas cirurgias, com ocorrência entre os 8% e os 61%. O contexto complexo dos cuidados perioperatórios, promove a ocorrência de eventos adversos. É reconhecido o papel dos enfermeiros na melhoria da qualidade e segurança dos cuidados de saúde. Sendo que as luvas cirúrgicas são uma barreira protetora, as perfurações destas têm especial relevância, não só pela infeção do local cirúrgico (ILC), como pelo risco de picada acidental. O uso da dupla luva cirúrgica é indicado como um dos principais métodos de prevenção. Várias organizações internacionais prestigiadas na área da saúde recomendam a sua utilização, assente na premissa da proteção e segurança dos profissionais e do paciente: Association Of Perioperative Registered Nurses (AORN), Australian College Of Operating Room Nurses (ACORN), American College Of Surgeons (ACS), American academy Of Orthopedic Surgeons (AAOS), The International College Of Surgeons (ICS), The Centers For Disease Control And Prevention's (CDC), The European Center For Disease Prevention And Control (ECDC) e The World Health organization (WHO) (Murphy, 2015).

OBJETIVOS

Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao uso da dupla luva na prevenção da ILC e na redução das perfurações da mesma;
Identificar possíveis lacunas de conhecimento relativamente à problemática em estudo.

METODOLOGIA

Scoping Review (ScR), tendo por base as recomendações de Joanna Briggs Institute (JBI) e a pesquisa em bases de dados eletrónicas, designadamente, PubMed, CINAHL Complete e MEDLINE via EBSCO, e Cochrane Library. Os artigos a incluir no estudo, todos aqueles publicados entre 2006 e 2022, com texto integral e acesso livre, em que os descritores, são: double gloving, surgical glove perforation, surgical wound infection, e nos idiomas de português, inglês e espanhol.

QUESTÃO DE INVESTIGAÇÃO (PCC)

"O uso da dupla luva pela equipa cirúrgica contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração?"

P (População)	Equipa Cirúrgica
C (Conceito)	Dupla Luva
C (Contexto)	Perioperatório

FRASE BOOLEANA : (Double gloving) AND (surgical glove perforation) AND (surgical wound perforation)

RESULTADOS

Fluxograma PRISMA ScR (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.), segundo recomendações da JBI

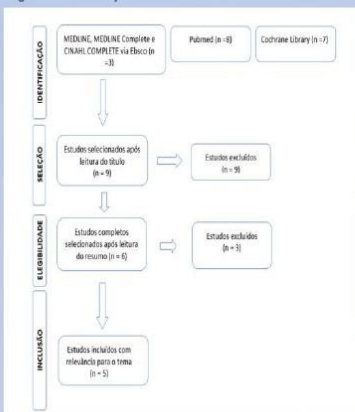


Tabela Síntese de evidências, segundo recomendações da JBI

PUBLICAÇÃO, ANO	METODOLOGIA	OBJETIVO	RESULTADOS	NÍVEL DE EVIDÊNCIA
Gloves, extra gloves or special types of gloves for preventing percutaneous exposure/injuries in healthcare personnel (Review), 2014	Revisão Sistemática	Determinar os benefícios e malefícios do uso de luvas extra para prevenir incidentes de exposição percutânea entre profissionais de saúde sem nenhuma intervenção ou intervenções alternativas.	Evidência de qualidade moderada de que a dupla luva reduziu o risco de incidentes de exposição percutânea em comparação com a luva única para prevenir incidentes de exposição percutânea entre profissionais de saúde sem nenhuma intervenção ou intervenções alternativas. Redução do risco de perfuração com o uso de 3 pares de luvas: Redução de 70% do risco de perfuração com a dupla luva, não sendo estatisticamente significativa para o uso de luvas multi-luvas convencionais. Aumento do risco prevenido com a dupla luva. Evidência excessiva para o momento cirúrgico.	Nível I
Perforation of Surgical Gloves during Lower Extremity Fracture Surgery and Hip Joint Replacement Surgery, 2015	Prospetivo, observacional	Analisar a frequência e locais de perfuração de luvas cirúrgicas em cirurgias de fraturas de membros inferiores e em artroplastia de anca.	Prevalência de 26,2% de perfuração de luvas na artroplastia da anca e de 24,2% em cirurgia de fratura de membros inferiores. Perfuração mais frequente na cirurgia principal (27%). O tempo médio entre a deteção da perfuração pelo profissional e auditor foi de 20,6 segundos. Considerando a perfuração de luvas um fator crítico para a ILC, recomenda-se o uso da dupla luva.	Nível III
Prevention and control of surgical site infections review of the Best Cohort Study, 2012	Prospetivo, observacional	Analisar fatores de risco para ILC e validar medidas preventivas atuais, estudar as implicações para a prática e futura investigação.	Verificada uma prevalência de 16,3% de perfuração de luvas (de um total de 677) e validadas medidas preventivas recomendadas a troca de luvas de forma rotineira e uso de dupla luva.	Nível III
Retrospective, Demographic, and Clinical Investigation of the Cause of Postoperative Infection in Patients With Lumbar Spinal Stenosis Who Underwent Posterior Stabilization, 2015	Retrospectivo	Examinar os parâmetros que se pensam serem efetivos na prevenção ou diminuição da ILC.	As taxas de ILC detetadas após cirurgia com uso de luva única foram significativamente superiores em comparação com o uso da dupla luva. O estudo demonstrou que a utilização de dupla luva reduziu a possibilidade de desenvolvimento de infeções causadas por perfuração de luvas desconhecidas.	Nível III
Surgical glove bacterial contamination and perforation during total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed, 2011	Prospetivo, observacional	Estimar a contaminação bacteriana de superfícies estéril e sua taxa de perfuração durante total hip arthroplasty implantation: When gloves should be changed, 2011	A renovação mais frequente das luvas exteriores, nomeadamente em momentos de maior risco de contaminação ou perfurações resultam na diminuição da contaminação e sua taxa de perfuração. A renovação mais frequente das luvas exteriores, nomeadamente em momentos de maior risco de contaminação ou perfurações resultam na diminuição da contaminação e sua taxa de perfuração.	Nível III

CONCLUSÃO

Devido não só ao aumento das ILC, como à proteção da equipa cirúrgica é necessário implementar métodos que reduzam o risco de transmissão de microrganismos. Com o estudo realizado podemos inferir que o uso da dupla luva contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração das mesmas. O hábito de usar dupla luva deve ser implementado mesmo em cirurgias em que o risco de perfuração é baixo, assim como a mudança de luvas externas nas cirurgias com maior risco de infeção ou perfurações.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE X Póster “Dupla Luva, qual o contributo na prevenção da infeção do local cirúrgico: Scoping Review”



Dupla luva, qual o contributo na prevenção da infeção do local cirúrgico: *Scoping Review*

Autores: Sousa, Ana Catarina* ; Brandão, Rita*; Lopes, Sérgio; Regadas, Susana*****

Enfermeira Bloco Operatório CHEDV; Mestranda do Curso Mestrado Médico-cirúrgica, Área Pessoa em Situação Perioperatória da ESSNorteCVP *
 Enfermeiro Especialista Médico-Cirúrgica do Bloco Operatório do CHEDV**
 Professora Doutora na ESSNorteCVP***

Dupla luva, qual o contributo na prevenção da infeção do local cirúrgico: *Scoping Review*

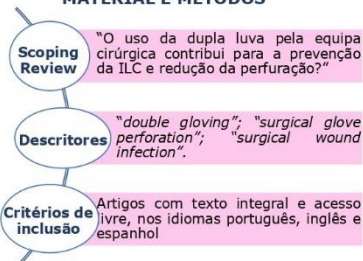
INTRODUÇÃO

O contexto complexo dos cuidados perioperatórios, promove a ocorrência de eventos adversos relacionados com a integridade da luva cirúrgica (LC) (Moss, 2016). Sendo que a LC é uma barreira protetora, as perfurações destas têm especial relevância, não só pela infeção do local cirúrgico (ILC), como pelo risco de picada accidental. O **uso da dupla LC** é indicado como um dos **principais métodos de prevenção**, sendo recomendada por várias organizações prestigiadas na área da saúde (Moss, 2016).

OBJETIVOS

Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao uso da dupla LC na prevenção da ILC e na redução das perfurações da mesma; identificar possíveis lacunas de conhecimento relativamente à problemática em estudo.

MATERIAL E MÉTODOS



RESULTADOS/ DISCUSSÃO



Considerando a **PERFURAÇÃO DE LUVAS** um fator crítico para a **PREVENÇÃO DA ILC**, recomenda-se o **USO DA DUPLA LC** e troca rotineira das mesmas.

CONCLUSÕES

O hábito de usar dupla LC deve ser implementado mesmo em cirurgias em que o risco de perfuração é baixo, assim como a mudança de luvas externas nas cirurgias com maior risco de infeção ou perfuração. Com o estudo realizado podemos inferir que o uso da **dupla luva contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração** das mesmas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



APÊNDICE XI Comunicação Livre: “Contributo da dupla luva na prevenção da infeção do local cirúrgico”



Contributo da dupla luva na prevenção da infeção do local cirúrgico: *Scoping Review*

III CICLO DE
WEBINARS
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023

ordem dos
enfermeiros



#ninguém está
sozinho

SIGENF
BALCÃO ÚNICO

III CICLO DE WEBINARS

Investigação em Enfermagem 2023

III CICLO DE
WEBINARS
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023

ordem dos
enfermeiros

Enquadramento teórico

A literatura demonstra a existência de **perfurações de luvas** em diversas cirurgias, com ocorrência entre os 8% e os 61% (Lee, 2015).

Sendo que as luvas cirúrgicas são uma barreira protetora, as perfurações destas têm especial relevância, não só pela **infecção do local cirúrgico (ILC)**, como pelo risco de perfuração accidental e transmissão de doenças (Chan, 2006).

O ambiente complexo que caracteriza o Bloco Operatório contribui para o risco aumentado de **eventos adversos** relacionados com a integridade da luva cirúrgica (Moss, 2016).

Um estudo randomizado e controlado (cirurgia tireóide) relatou que cerca de 90% das perfurações passam despercebidas durante um procedimento cirúrgico (Timler, 2015).

Várias **organizações internacionais** prestigiadas na área da saúde **recomendam a utilização da dupla luva cirúrgica** (LC), assente na premissa da **proteção e segurança** dos profissionais e do paciente (Moss, 2016).

Objetivo

- Mapear a melhor evidência científica disponível, no que concerne ao uso da dupla luva na prevenção da ILC e na redução das perfurações da mesma;
- Identificar possíveis lacunas de conhecimento relativamente à problemática em estudo.

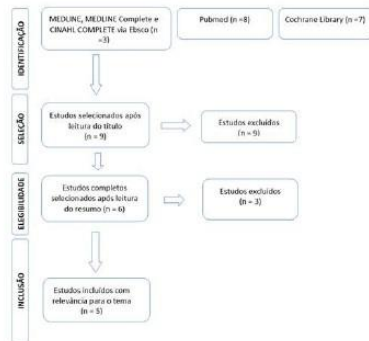
Metodologia

- **Scoping Review (ScR)**, segundo recomendações do *Joanna Briggs Institute* (JBI).
- **Bases de dados eletrónicas:** PubMed, CINAHL Complete e MEDLINE via ESBSCO, e Cochrane Library.
- **Critérios de inclusão:** estudo publicados em texto integral e acesso livre; idiomas: português, inglês e espanhol.
- **Descritores:** *double gloving, surgical glove perforation, surgical wound infection.*

Questão de Investigação

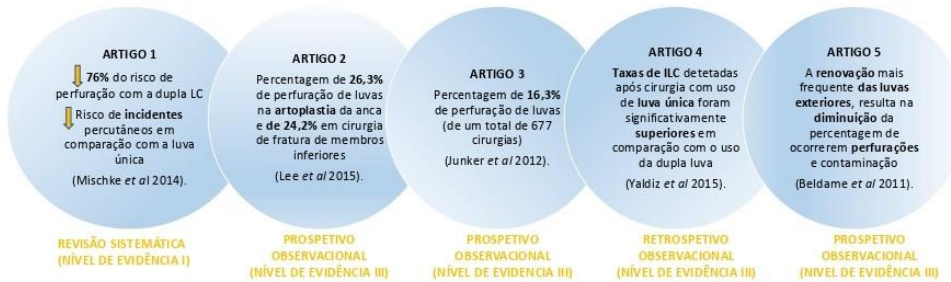
"O uso da dupla luva pela equipa cirúrgica contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração?"

Resultados



Fluxograma PRISMA ScR (*Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses extension for Scoping Reviews.*), segundo recomendações da Joanna Briggs Institute (JBI)

Resultados/Discussão



Considerando a PERFURAÇÃO DE LUVAS um fator crítico para a PREVENÇÃO DA ILC, recomenda-se o USO DA DUPLA LC e troca rotineira das mesmas.

Conclusão

Devido, não só ao **aumento da ILC** como à **proteção da equipa cirúrgica**, é necessário implementar métodos que reduzam o risco de transmissão de microrganismos.

Com o estudo realizado podemos inferir que **o uso da dupla LC contribui para a prevenção da ILC e redução da perfuração das mesmas.**

O hábito de usar dupla luva deve ser implementado mesmo em cirurgias em que o risco de perfuração é baixo, assim como a mudança de luvas externas nas cirurgias com maior risco de infeção ou perfurações.

Referências bibliográficas



Scan me

Obrigada pela atenção



III CICLO DE
WEBINARS
INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM 2023

www.ordemenfermeiros.pt



#ninguém está sozinho

SIGENF
BALCÃO ÚNICO

ANEXOS

**ANEXO I: Certificado 2º Congresso Internacional de
Enfermagem Especializada – Desafios à Prática Especializada
em Enfermagem na Contemporaneidade**



Certificado

Certifica-se que:

Ana Catarina Jesus Sousa e
Susana Carla Ribeiro de Sousa Regadas

apresentaram o Póster “Impacte da operacionalização do *handover* na segurança da pessoa em situação perioperatória”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESS Norte CVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



www.essnortecvp.pt



Certificado

Certifica-se que:

Ana Catarina Jesus Sousa, Sérgio da Silva Lopes,
Fílipa Vanessa Moreira Teixeira e Susana Regadas

apresentaram o Póster “Dupla Luva: Porque não um procedimento padrão?”, no 2º Congresso Internacional de Enfermagem Especializada - Desafios à Prática Especializada em Enfermagem na Contemporaneidade, nos dias 02 e 03 de fevereiro de 2023, na Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Oliveira de Azeméis, 03 de fevereiro de 2023

A Vice-Presidente da ESS Norte CVP

(Prof.ª Doutora Fernanda Príncipe)

A Comissão Organizadora

(Prof.ª Doutora Maribel Carvalhais)



www.essnortecvp.pt

**ANEXO II: Certificado Congresso Internacional de Controlo de
Infeção, CICI2023**

Congresso Internacional de Controlo de Infeção

30 e 31 de março

2023

ORGANIZAÇÃO
ixus
formação e consultadoria, lda.

Certificado

Para os devidos efeitos, certifica-se que o(a) Ex.mo(a) Senhor(a)

Ana Catarina Jesus Sousa

Participou no Congresso Internacional de Controlo de Infeção 2023

Que se realizou via On-Line, ZOOM, nos dias 30 e 31 de Março de 2023,

com a duração total de 16 horas.

Porto, 03 de abril de 2023



A Presidente do Congresso
Margarida Ferreira



O Diretor da Entidade Formadora
Josué Morais



**ANEXO III: Certificado III Ciclo de Webinars de Investigação
em Enfermagem – Encontro de Investigadores | 5ª Sessão |
Edição 2**



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

ANA CATARINA DE JESUS SOUSA

membro nº **53197** participou no **III Ciclo de Webinars de Investigação em Enfermagem - Encontro de Investigadores | 5.ª Sessão | Edição 2**, realizado no dia **17 de Abril de 2023**, através da Plataforma digital "Cisco Webex Events", enquanto **Autor(a) e Apresentador(a) da Comunicação Livre**:

CONTRIBUTO DA DUPLA LUVA NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO: SCOPING REVIEW

Coautores(as):

SUSANA CARLA RIBEIRO DE SOUSA REGADAS | 8433

Lisboa, 17 de Abril de 2023.

Plª Bastonária

Luís Filipe Barreira
Vice-Presidente do Conselho Directivo¹

¹ Conforme Despacho de Delegação de Competências de 21 de Janeiro de 2020 e ao abrigo do artº30 nº2 do Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, na redacção da Lei nº 156/2015, de 16 de Setembro.

PROGRAMA - 5ª SESSÃO | EDIÇÃO 2
17/ABR (14h00 - 18h45)

COMUNICAÇÕES ORAIS

MODERADORES

Helena Maria Guerreiro José
Nuno Cristóvão Alves Ferreira

1. **A GESTÃO DA DOR EM EMERGÊNCIA EXTRA-HOSPITALAR: UMA REVISÃO DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO À PESSOA EM SITUAÇÃO CRÍTICA**
Apresentação: Álvaro Miguel Gonçalves Sales Gomes
2. **VALIDAÇÃO DA ESCALA DE AVALIAÇÃO DA DOR CRITICAL-CARE PAIN OBSERVATION TOLL PARA A POPULAÇÃO PORTUGUESA**
Apresentação: José Sebastião Ramos Freitas
3. **CONTRIBUTO DA DUPLA LUVAS NA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO DO LOCAL CIRÚRGICO: SCOPING REVIEW**
Apresentação: Ana Catarina de Jesus Sousa
4. **COMUNICAÇÃO PERIOPERATÓRIA E CIRURGIA DE CATARATA: SCOPING REVIEW**
Apresentação: Carla Alexandra Gonçalves da Costa

MODERADORES

José Manuel da Silva Vilelas
Leonel Lusquinhos de Sousa Oliveira

5. **PROTOCOLO DE REVISÃO SCOPING: TÉCNICAS DE IMOBILIZAÇÃO PRÉ-HOSPITALAR EM TRAUMA PEDIÁTRICO**
Apresentação: Sónia Maria de Matos Figueira
6. **IMPACTO DA AMAMENTAÇÃO O PADRÃO DE SONO DA CRIANÇA**
Apresentação: Milene Andreia Fernandes Rosa Diogo
7. **SATISFAÇÃO DOS UTILIZADORES/ACOMPANHANTES DO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO CENTRO HOSPITALAR DE TRÁS-OS-MONTES E ALTO DOURO, EPE**
Apresentação: Marlene de Fátima Alves dos Santos
8. **COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: UTILIZAÇÃO DA FERRAMENTA ISBAR NA URGÊNCIA PEDIÁTRICA**
Apresentação: Ana Isabel Farinha Lopes

MODERADORES

Noélia Cristina Rodrigues Pimenta Gomes
Sónia Amaral Rabaça Gouveia Afonso

9. **FATORES RELACIONADOS COM OS CONHECIMENTOS DOS ENFERMEIROS DO SERVIÇO DE URGÊNCIA SOBRE A VIA VERDE SÉPSIS**
Apresentação: Marlene Isabel da Silva Caulino

10. **O VALOR E O IMPACTO DOS ESPECIALISTAS EM ENFERMAGEM NAS EQUIPAS MULTIDISCIPLINARES**
Apresentação: Carla Marisa de Oliveira Reis

11. **CUSTO EFETIVIDADE DA HOSPITALIZAÇÃO DOMICILIÁRIA FACE À HOSPITALIZAÇÃO CONVENCIONAL: REVISÃO SISTEMÁTICA DE ESTUDOS**
Apresentação: Hilária Florência Maciel Viveiros

MODERADORES

Luís Jorge Rodrigues Gaspar
Zélia de Fátima Lima Martins

12. **ESTUDO DE INTERVENÇÃO PARA O TABAGISMO: PROGRAMA INTENSIVO DE CESSAÇÃO TABÁGICA**
Apresentação: Lucia Mendez Gonzalez
13. **TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: ESTUDO QUALITATIVO ACERCA DA PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS NUM SERVIÇO DE URGÊNCIA**
Apresentação: Pedro Miguel das Neves Lounet Costa
14. **OTIMIZAÇÃO DA PREVENÇÃO DA INFEÇÃO URINÁRIA EM SERVIÇO DE URGÊNCIA, DE UM HOSPITAL DO NORTE DO PAÍS**
Apresentação: Elisabete Cristina Ribeiro da Mota
15. **VENTILAÇÃO NÃO INVASIVA NO SERVIÇO DE URGÊNCIA GERAL: PROMOVER A MELHORIA DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM**
Apresentação: Sandra Isabel Carvalho de Oliveira

MODERADORES

Irene da Conceição da Silva Cerejeira Azevedo
Alexandrina Maria Ramos Cardoso

16. **INTERVENÇÕES DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM SAÚDE MATERNA E OBSTÉTRICA NO INÍCIO DE TRABALHO DE PARTO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA**
Apresentação: Marta Cristiana Malheiro Alegria Felgueiras Lepage
17. **DIVERSIDADE SEXUAL E DE GÉNERO NA FORMAÇÃO EM ENFERMAGEM**
Apresentação: Fernando Alexandre Silva Gomes
18. **O IMPACTO DOS APLICATIVOS MÓVEIS NA ADEÇÃO AO ALEITAMENTO MATERNO: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA**
Apresentação: Carina Joana de Sousa Pinto