



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

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

Dilsa Susana Alves Bastos

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS SOBRE O *STRESS*
OCUPACIONAL NO BLOCO OPERATÓRIO
DE URGÊNCIA

OLIVEIRA DE AZEMÉIS, 2024

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE NORTE DA CRUZ VERMELHA
PORTUGUESA

PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS
SOBRE O *STRESS* OCUPACIONAL NO BLOCO
OPERATÓRIO DE URGÊNCIA

Relatório Final de Estágio

Dilsa Susana Alves Bastos

Relatório Final de Estágio apresentado com vista à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, sob orientação da Professora Especialista Isabel Maria de Sousa Miranda.

Oliveira de Azeméis | 2024

“A educação é a arma mais poderosa que você pode usar para mudar o mundo.”

Nelson Mandela

AGRADECIMENTOS

À orientadora Professora Especialista Isabel Miranda pelo seu compromisso, sabedoria, acompanhamento, disponibilidade e partilha de conhecimento, pilares neste percurso.

Aos docentes da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa pelo compromisso com a excelência do ensino académico e por proporcionarem um ambiente de aprendizagem motivador e inovador.

A todos os elementos da equipa do serviço onde realizei o Ensino Clínico II pela partilha de conhecimentos, pelo apoio e pela disponibilidade na colaboração no meu estágio.

Aos participantes que colaboraram neste estudo de investigação, contribuindo para a produção científica de conhecimento.

À minha equipa, pelo apoio e colaboração na gestão do meu horário sempre que necessitei.

À Ana Luísa, pelo apoio, motivação e amizade.

Ao Pedro, à Bruna e ao Francisco pelo companheirismo e partilha de conhecimento.

À família e amigos que demonstraram amizade e apoio.

A todos, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

AORN – Association of periOperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

CI – Consentimento Informado

COREQ – *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research*

CP – Consentimento Presumido

DGS – Direção-Geral da Saúde

dp – Desvio Padrão

ELPO - Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico

ELPO-PT – Escala de Avaliação de Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico – Versão Portuguesa

EMC – Enfermagem Médico-Cirúrgica

EPSP – Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

Es – Especialista

ESSNorteCVP – Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa

HER + – Health Event & Risk management

IACS – Infecções Associadas a Cuidados de Saúde

ICN – International Council of Nurses

ILC – Infecção do local cirúrgico

ISBAR – Identificação, Situação atual, Background/Anamnese, Avaliação e Recomendações

LASA – Look-Alike, Sound-Alike

LVSC – Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica

NPAUP – National Pressure Ulcer Advisory Panel

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

PNSD – Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

Po – Perito

Pr – Proficiente

RAM – Resistência dos Microrganismos aos Antimicrobianos

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

RISI – Recursos, Ideias e Soluções Informáticas

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UL – PPCIRA – Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos

ULS – Unidade Local de Saúde

UPP – Úlceras por pressão

WHO – World Health Organization

RESUMO

A enfermagem perioperatória procura promover cuidados perioperatórios de qualidade e a segurança dos cuidados à pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa, a vivenciarem a experiência cirúrgica/anestésica. Este relatório encontra-se dividido em duas partes e reflete as competências de enfermagem avançada adquiridas pela aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória no âmbito do estágio clínico e do estudo de investigação realizados.

A parte 1, relativa à componente de estágio, tem como principal finalidade descrever e refletir criticamente sobre as aprendizagens adquiridas num Bloco Operatório de urgência. Recorreu-se a uma metodologia descritiva e crítico-reflexiva, considerando como referencial as competências comuns do enfermeiro especialista, as competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, assim como os objetivos específicos de estágio.

A parte 2, componente de investigação, tem como principal finalidade o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades de investigação científica. O objetivo do estudo foi compreender a perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no bloco operatório de urgência. Realizou-se um estudo qualitativo de natureza descritiva, transversal com características fenomenológicas, com recurso a uma entrevista semiestruturada aplicada a uma amostra de 15 enfermeiros a exercerem funções num bloco operatório de urgência no Serviço Nacional de Saúde: 5 enfermeiros proficientes, 5 enfermeiros peritos e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Os resultados permitiram cumprir os objetivos específicos delineados. Os principais fatores de *stress* ocupacional percecionados pelos enfermeiros perioperatórios de urgência relacionam-se com a indisponibilidade ou o mau estado do material, as relações interpessoais e a exigência do trabalho no bloco operatório de urgência. Foi descrita a perceção do impacto na vida pessoal, na vida profissional e nos cuidados prestados. Os enfermeiros percecionam falhas de comunicação na relação empática com a pessoa em situação perioperatória e risco de erros e incidentes, decorrentes das vivências de *stress*. Estratégias de suporte social e técnicas de autocontrolo e gestão emocional são as mais utilizadas. Várias sugestões de melhoria foram propostas. As conclusões abrem caminho a

investigações futuras e à implementação de estratégias de intervenção para minimizar o *stress* ocupacional neste contexto e melhorar a qualidade dos cuidados.

Palavas chave: Período Perioperatório; Enfermagem Perioperatória; Estresse Ocupacional; Enfermagem em Emergência.

ABSTRACT

Perioperative nursing aims to promote high-quality perioperative care and to ensure the safety of individuals and their families/significant others experiencing the surgical/anesthetic process.

This report is divided into two sections, reflecting the advanced nursing skills acquired by the student in the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing with a specialization in perioperative nursing as part of clinical training and scientific research.

Part 1, the clinical placement component, primarily aims to describe and critically reflect on the learning experiences in an emergency Operating Room. A descriptive and critical-reflective methodology was employed, using as a reference the common competencies of specialist nurses, the specific competencies of Medical-Surgical Nursing specialist nurses in the perioperative nursing area, and the specific objectives of the clinical placement.

Part 2, the research component, primarily aims to develop scientific research knowledge and skills. The study's objective was to understand perioperative nurses' perceptions of occupational stress in an emergency Operating Room. A qualitative, descriptive, cross-sectional study with phenomenological characteristics was conducted using a semi-structured interview applied to a sample of 15 nurses working in an emergency operating room within the National Health Service: 5 proficient nurses, 5 expert nurses, and 5 specialist nurses in Medical-Surgical Nursing or in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Perioperative Nursing.

The results allowed the specific objectives to be met. The main occupational stress factors perceived by perioperative nurses in emergency settings were related to material unavailability or poor condition, interpersonal relationships, and the demands of emergency Operating Room work. Perceptions of impact on personal life, professional life, and patient care were described. Nurses reported communication breakdowns in empathetic relationships with perioperative patients and a risk of errors and incidents due to stress experiences. Social support strategies, self-control techniques, and emotional management were the most commonly used coping strategies. Various improvement suggestions were proposed. The conclusions pave the way for future research and the implementation of intervention strategies to minimize stress in this context and improve care quality.

Keywords: Perioperative Period; Perioperative Nursing; Occupational Stress; Emergency Nursing

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes	103
Tabela 2: Dados sociodemográficos: idade, tempo de exercício profissional.....	104
Tabela 3: Formação (especialidade/pós-graduação)	104
Tabela 4: Funções desempenhadas no BO de Urgência.....	105
Tabela 5: Análise de conteúdo: categorias e subcategorias.....	106
Tabela 6: Percepção sobre a preocupação da equipa e do enfermeiro gestor na promoção do bem-estar mental.....	108
Tabela 7: Sentimentos vivenciados.	110
Tabela 8: Propostas de Melhoria.....	116
Tabela 9: Frequência de palavras	117

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Ilustração do <i>Perioperative Patient Focused Model</i>	32
Figura 2: Desenho de estudo	100
Figura 3: Nuvem de palavras	118

ÍNDICE GERAL

INTRODUÇÃO.....	23
PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO	27
1. Enquadramento dos contextos de estágio	29
1.1. Estágio em contexto de BO de urgência	29
2. Competências comuns do enfermeiro especialista	35
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal.....	36
2.2. Melhoria contínua da qualidade	39
2.3. Gestão dos cuidados	41
2.4. Desenvolvimento das aprendizagens profissionais	44
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	49
3.2. Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.....	61
4. Considerações finais.....	73
PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO.....	75
1. Resumo	77
2. Abstract	79
3. Fundamentação/enquadramento teórico	81
3.1. Stress - conceito	81
3.2. Stress ocupacional	82
3.3. Stress ocupacional na área da Saúde.....	83
3.4. Stress ocupacional na Enfermagem.....	84
3.5. Stress ocupacional na Enfermagem Perioperatória	85
4. Finalidade e objetivos.....	89

5.	Metodologia	91
5.1.	Desenho do estudo.....	91
5.2.	Considerações éticas	101
6.	Resultados	103
6.1.	<i>Dados sociodemográficos</i>	103
6.2.	<i>Análise de conteúdo - categorias e subcategorias</i>	105
6.3.	<i>Fatores geradores de stress ocupacional</i>	107
6.4.	<i>Sentimentos vivenciados e implicações</i>	110
6.5.	<i>Estratégias de coping que o profissional utiliza</i>	114
6.6.	<i>Propostas de melhoria</i>	116
6.7.	<i>Frequência de palavras</i>	117
7.	Discussão	119
7.1.	<i>Dados sociodemográficos</i>	119
7.2.	<i>Fatores geradores de stress ocupacional</i>	120
7.3.	<i>Sentimentos vivenciados e implicações</i>	123
7.4.	<i>Estratégias de coping que o profissional utiliza</i>	127
7.5.	<i>Propostas de melhoria</i>	128
7.6.	<i>Outras considerações</i>	130
7.7.	<i>Limitações</i>	131
8.	Conclusão	133
	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	137
	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	139
	ANEXOS	155
	ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO "I JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA DO IPO-PORTO - DIFERENCIAÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA: REALIDADE, FUTURO E DESAFIOS?"	157
	ANEXO II: ANEXO II: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE POSTER "STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS?"	159

ANEXO III: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”	161
ANEXO IV: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE “CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO”	163
ANEXO V: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “AMBIENTE DE PRÁTICA E SEGURANÇA DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO: RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA”	165
ANEXO VI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “BLOCO VERDE”	167
ANEXO VII: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR "ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - AMBIENTES FAVORÁVEIS A PROCESSOS FORMATIVOS DE QUALIDADE"	169
ANEXO VIII: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO: DA FORMAÇÃO À INOVAÇÃO”	171
ANEXO IX: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR “ÉTICA E DEONTOLOGIA PROFSSIONAL”	173
ANEXO X: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR "CICLO DE WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS SESSÃO 4”	175
ANEXO XI: PROJETO DE MELHORIA “SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA ISBAR”	177
ANEXO XII: FORMAÇÃO “PROJETO DE MELHORIA: SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA ISBAR”	211
ANEXO XIII: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “PROJETO DE MELHORIA: SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA ISBAR”	219
ANEXO XIV: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA TEMÁTICA: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI	221
ANEXO XV: FORMAÇÃO EM SERVIÇO “NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI”	225
ANEXO XVI: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO.....	235
ANEXO XVII: TABELA COREQ.....	237
ANEXO XVIII: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.....	239

ANEXO XIX: CONSENTIMENTO INFORMADO	243
ANEXO XX: PARECER UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA ESSNORTECV	247
ANEXO XXI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA ESSNORTECV	249
ANEXO XXII: ANÁLISE DE CONTEÚDO	251

INTRODUÇÃO

Ao longo das últimas décadas testemunhamos uma notável evolução na área da saúde e da enfermagem. Avanços tecnológicos e científicos, mudanças nas práticas clínicas e uma compreensão mais ampla das necessidades em saúde moldaram significativamente o panorama da prestação de cuidados. Nesse contexto dinâmico, de forma a dar resposta à constante evolução da ciência da Enfermagem e à necessidade da excelência dos cuidados, torna-se cada vez mais evidente a pertinência dos enfermeiros desenvolverem a sua prática baseada na evidência através de formação contínua e da sua diferenciação e especialização. O Enfermeiro Especialista “é um enfermeiro de prática avançada que fornece aconselhamento clínico especializado e cuidados com base em diagnósticos estabelecidos em campos de prática clínica especializados, juntamente com uma abordagem sistémica na prática como membro da equipa de saúde” (*International Council of Nurses [ICN], 2020, p.6*). O ICN (2020) refere que o objetivo do programa educacional do enfermeiro especialista é “preparar o enfermeiro para pensar de forma crítica e abstrata num nível avançado para avaliar e tratar a pessoa/famílias/populações, bem como ensinar e apoiar outros enfermeiros e profissionais de saúde em situações clínicas complexas” (p.14).

A intervenção do enfermeiro especialista na área de EPSP desenvolve-se num contexto de constante evolução e complexidade pelo rápido desenvolvimento tecnológico, na área da saúde em geral e na área do perioperatório em particular e do aumento da complexidade e risco associados aos procedimentos invasivos realizados no Bloco Operatório (BO). A vulnerabilidade física e emocional que a pessoa em situação perioperatória experiencia, a garantia da segurança e a consciência cirúrgica como princípio ético e moral são fatores específicos da prestação de cuidados de enfermagem perioperatória que fazem emergir a necessidade de uma intervenção especializada com mobilização de conhecimentos e habilidades que garantam a prática de enfermagem avançada (Regulamento nº 429/2018, 2018).

Considerando a necessidade e pertinência descritas, o presente relatório espelha o percurso de especialização da aluna, nomeadamente no âmbito da unidade curricular (UC) “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II”, do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EPSP) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP) e tem como principais objetivos: descrever e refletir criticamente sobre as

competências específicas desenvolvidas e a realizar um estudo de investigação, por forma a dar resposta ao momento de avaliação para obtenção da classificação à UC.

A Ordem dos Enfermeiros (OE) reconhece que o estágio em contexto profissional e o relatório final são as modalidades que melhor permitem a consecução dos objetivos de aprendizagem e aquisição de competências exigidas ao enfermeiro especialista (OE, 2021). O relatório final de estágio é um instrumento essencial na avaliação do processo de aprendizagem e de desenvolvimento de competências, pois requer uma reflexão crítica, objetiva e contextualizada do trabalho realizado, analisando detalhadamente todos os elementos do estágio (OE, 2021). Este relatório reflete, assim, em amplo espectro, as aprendizagens adquiridas e contempla duas componentes: a componente de estágio e a componente de investigação. Fundamentamos a nossa prática clínica e a elaboração de ambas as componentes do relatório no referencial teórico *Perioperative Patient Focused Model*, um modelo que assume a pessoa em situação perioperatória no centro dos cuidados (Rothorck & Smith, 2000).

A componente de estágio tem como principal finalidade descrever e refletir criticamente sobre as aprendizagens adquiridas num BO de urgência no âmbito das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de especialização em EPSP. Para a sua execução recorreu-se à metodologia descritivo-reflexiva, tendo por base a descrição de atividades desenvolvidas, dificuldades sentidas e a reflexão sobre as competências adquiridas, com fundamentação realizada através de pesquisa em bases de dados científicas, livros, documentos governamentais e páginas *web*.

A componente de investigação tem como principal finalidade o desenvolvimento de conhecimentos e capacidades em contexto de investigação científica, dando resposta a uma das características que confere o grau de mestre, segundo o Decreto-Lei n.º 74/2006, e à necessidade inerente ao Enfermeiro Especialista em desenvolver uma prática baseada nas mais recentes evidências, sendo também um líder para projetos de investigação (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O *stress* ocupacional pode colocar em perigo a saúde física e mental dos enfermeiros, diminuir a eficiência do trabalho e levar ao o risco de deixar de prestar cuidados de enfermagem adequados, o que, por sua vez, tem um impacto negativo direto na segurança das pessoas (Babapour et al., 2022). Um estudo realizado em enfermeiros perioperatórios concluiu que o *stress* ocupacional influencia as suas capacidades afetivas, sensoriais e cognitivas e que, para proteger a saúde dos enfermeiros e das pessoas em situação perioperatória, são necessárias medidas de prevenção de *stress* e fadiga (Akansel et al.,

2019). O BO é um contexto de prestação de cuidados exigente, sendo que a prestação de cuidados em BO de urgência é ainda mais desafiante e propensa a fatores de *stress* pela necessária atuação rápida e eficaz em urgências/emergências cirúrgicas e anestésicas. A segurança da pessoa em situação perioperatória e a qualidade dos cuidados deve ser uma preocupação constante e a possibilidade do *stress* ocupacional vivenciado pelos enfermeiros perioperatórios de urgência ter impacto na qualidade dos cuidados e na sua própria saúde foi o ponto de partida para o nosso estudo de investigação desenvolvido.

A questão de investigação que delineamos foi “Qual a percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no BO de urgência?” sendo o nosso objetivo compreender a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no BO de urgência. Para lhe dar resposta, realizámos um estudo qualitativo de natureza descritiva, transversal com características fenomenológicas, com recurso a uma entrevista semiestruturada aplicada a uma amostra de 15 enfermeiros a exercer funções num BO de urgência do Sistema Nacional de Saúde (SNS): 5 enfermeiros proficientes segundo Benner (2001); 5 enfermeiros peritos segundo Benner (2001); e 5 enfermeiros especialistas em EMC ou em EMC na área de especialização em EPSP. Para o tratamento e análise de dados realizou-se a técnica de análise de conteúdo segundo Bardin (2016), com recurso ao software NVivo 14. Recorreu-se ainda ao SPSS Versão 29.0.2.0 (20) para análise estatística dos dados sociodemográficos e perguntas fechadas.

Com este trabalho de investigação procurámos a valorização das experiências de gestão de *stress* ocupacional dos enfermeiros perioperatórios de urgência, contribuindo para minimizar o impacto do *stress* ocupacional nos mesmos, tanto a nível pessoal como a nível profissional, incluindo o impacto nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

Após a introdução, o relatório está dividido em 2 partes. A Parte I, denominada “Componente de estágio”, é constituída pelo enquadramento do contexto de estágio, seguido da descrição das competências comuns do enfermeiro especialista e posteriormente das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP adquiridas na experiência em estágio. Este capítulo termina com breves considerações finais.

A parte II, designada “Componente de investigação”, contempla um resumo (em português e inglês), o enquadramento teórico, finalidade e objetivos, metodologia, desenho do estudo, considerações éticas, resultados, discussão e a conclusão. O relatório terminará com considerações finais, as referências bibliográficas e, por fim, os anexos.

PARTE I – COMPONENTE DE ESTÁGIO

1. Enquadramento dos contextos de estágio

O estágio em contexto profissional desempenha um papel crucial no desenvolvimento de competências e na consecução dos objetivos gerais e específicos do aluno. No âmbito da especialidade de enfermagem permite a aquisição de competências avançadas e específicas no cuidado à pessoa e família/pessoa significativa, proporcionando a aplicação e o desenvolvimento de conhecimentos da área de especialidade, primando pela prática baseada na evidência.

Benner (2001) argumenta que a formação em enfermagem deve proporcionar uma base sólida de conhecimentos teóricos e habilidades técnicas, mas que o verdadeiro desenvolvimento das competências de um enfermeiro ocorre através da prática clínica. O estágio em contexto profissional permite uma compreensão das dinâmicas próprias da intervenção especializada em enfermagem, facilitando o processo de aprendizagem e a consolidação de conhecimentos (OE, 2021). É nesse contexto da prática clínica que, sob tutoria, o aluno tem a oportunidade de aplicar na prática os conhecimentos teóricos e teórico-práticos adquiridos no percurso formativo e no estudo autónomo, de desenvolver competências específicas preconizadas pelos regulamentos da especialidade e de aprender com enfermeiros especialistas, peritos, proficientes e competentes (Benner, 2001) e outros profissionais de saúde com os quais estabelece relação para a prestação de cuidados.

De seguida iremos realizar uma breve contextualização do local de estágio.

1.1. Estágio em contexto de BO de urgência

O presente relatório de Estágio de EPSP II enquadra-se no plano de estudos do Mestrado em EMC na área de especialização em EPSP, regulado na ESSNorteCVP pelo Despacho n.º 11688/2020, 2020.

O estágio decorreu no BO de Urgência de um hospital. Este hospital presta cuidados de saúde diferenciados e, no seu código de conduta, contempla o dever de incentivar a procura ativa de formação por parte dos seus colaboradores de modo a fomentar o aperfeiçoamento e a atualização dos seus conhecimentos, tendo em vista a manutenção ou melhoria das suas capacidades profissionais, a prestação de melhores serviços à população e, ao mesmo tempo, criar condições de desenvolvimento profissional e pessoal.

O BO é “uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, a doentes total ou parcialmente dependentes, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a sua qualidade de vida” (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012, p. 20). O BO de urgência onde ocorreu o estágio insere-se no BO Central, um serviço transversal à instituição, de utilização partilhada por todos os serviços cirúrgicos e de anestesiologia ou outros cuja atividade clínica exija especiais condições de assepsia controlada. Tem como missão possibilitar a realização de procedimentos cirúrgicos (programados ou urgentes) desenvolvendo critérios de eficiência e eficácia, de satisfação da pessoa em situação perioperatória e dos profissionais. É constituído por 5 salas operatórias nas quais se desenvolve atividade cirúrgica programada das seguintes especialidades: Ginecologia/Obstetrícia, Urologia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia, Cirurgia Geral e Ortopedia/Traumatologia. Uma das salas operatórias está destinada a cirurgia de urgência ou emergência, onde a aluna realizou o estágio.

A nível físico, o BO é também constituído por uma sala de Recobro com capacidade para 5 unidades, uma área de admissão com *transfer*, três salas de indução anestésica, uma sala de relatórios médicos, uma sala de armazenamento de farmácia, um gabinete de enfermagem, duas salas de armazenamento de material e dispositivos médicos, uma copa e dois vestiários com instalações sanitárias. Fora do BO, mas fisicamente próximo, localiza-se o gabinete administrativo do serviço.

A atividade cirúrgica eletiva realiza-se em 4 salas operatórias de segunda a sexta-feira, das 08h00 às 20h00. A sala de urgência funciona 24 horas por dia, todos os dias.

Constituem recursos humanos do BO uma enfermeira gestora, cinquenta enfermeiros, dos quais seis especialistas em EMC, um especialista em enfermagem comunitária, 15 assistentes operacionais e duas assistentes técnicas. Nenhum enfermeiro possui a especialidade em EMC na área de especialização à EPSP, realidade muito díspar às recomendações do Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019) que refere que “considera-se adequado que os enfermeiros que assumem estes postos de trabalho [enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia] sejam enfermeiros especialistas em EMC na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória” (p.142). O relatório de Lopes et al. (2018) apresenta evidência empírica sobre o impacto da especialização dos cuidados de enfermagem. No que concerne aos resultados da especialização nas pessoas recetoras de cuidados e na população a evidência demonstrou que “cuidados prestados por enfermeiros especialistas ajudam a reduzir as taxas de mortalidade” e “a especialização contribui para uma melhor prestação de

cuidados de saúde” (Lopes et al., 2018, p. 30-31). Considerando o descrito, refletimos que o local de estágio e as pessoas em situação perioperatória e família/pessoa significativa a quem este presta cuidados beneficiariam consideravelmente com a presença de enfermeiros especialistas em EMC na área de especialização em EPSP.

No início de cada semana de trabalho, às segundas-feiras, é realizado um *briefing* com a equipa de enfermagem presente onde inicialmente a enfermeira gestora transmite os dados estatísticos relativos a indicadores de qualidade do BO da semana anterior e, posteriormente, se debatem assuntos considerandos pertinentes para a gestão e prestação de cuidados.

No início do turno da manhã, na sala de BO de urgência, é realizada a verificação diária da sala relativamente a condições técnicas, ambientais e de materiais. Nos turnos em que a enfermeira gestora não se encontra presente no serviço (turnos da tarde, turnos da noite e fins de semana), é nomeado um enfermeiro responsável de turno que assume o papel de gestão e liderança sempre que necessário. Esse enfermeiro é, sempre que possível, especialista em EMC ou enfermeiro perito que, segundo Benner (2001), “tem uma enorme experiência, compreende, agora, de maneira intuitiva cada situação e apreende diretamente o problema, sem se perder num largo leque de soluções e de diagnósticos estéreis” (Benner, 2001, p. 58).

A AESOP (2012) define a enfermagem perioperatória como:

“o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si) pelo qual o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado” (p. 107).

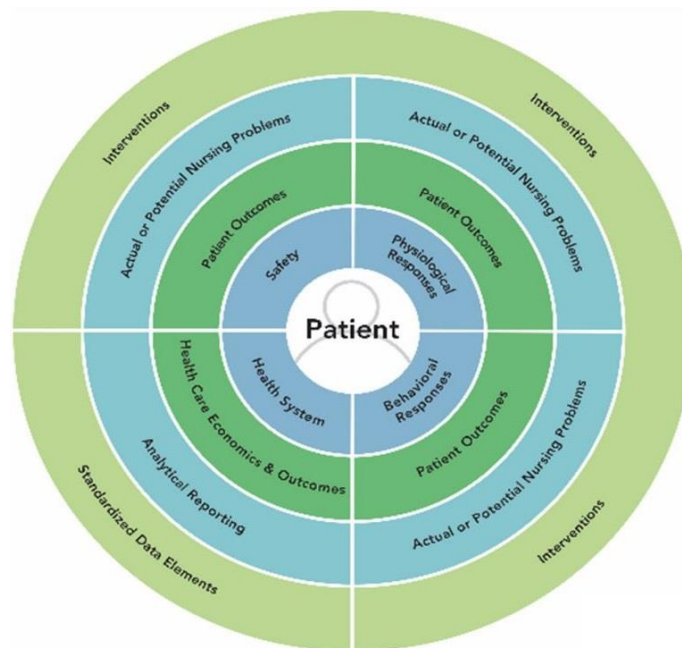
Espera-se que exerça o cuidar com qualidade, competência e experiência em cooperação com a equipa transdisciplinar.

O ambiente perioperatório é complexo, com necessidade de controlo ambiental rigoroso onde os cuidados de enfermagem perioperatória se devem desenvolver “num processo padronizado de boas práticas que configuram cuidados seguros e de qualidade à pessoa e família/pessoa significativa num contínuo antes, durante e após o procedimento cirúrgico e anestésico” (OE, 2017, p.26).

O quadro conceptual que guiou a prática em estágio e o presente relatório foi o *Perioperative Patient Focused Model* (modelo perioperatório centrado na pessoa). Este modelo conceptual

que estrutura para a prática de enfermagem perioperatória foi estabelecido em 2000, pelo o Conselho de Administração da *Association of periOperative Registered Nurses (AORN)* (Rothorck & Smith, 2000). Em 2016, a AORN realizou uma revisão e atualizou alguma da sua terminologia (Wicklin, 2020). A ilustração atualizada do modelo é apresentada na Figura 1.

Figura 1: Ilustração do *Perioperative Patient Focused Model*



(AORN, 2021, p.7)

Esta estrutura conceptual é centrada na pessoa em situação perioperatória e é focado nos resultados de alta qualidade, sendo as funções principais dos enfermeiros perioperatórios prestar cuidados perioperatórios eficazes e agir como defensores da pessoa (Wicklin, 2020). Existem quatro domínios neste modelo. Três deles são centrados na pessoa e integram elementos essenciais de cuidado perioperatório: “segurança”, “respostas fisiológicas” e “respostas comportamentais”; o quarto domínio “sistema de saúde” foca-se nos elementos estruturais que descrevem o ambiente da prática no qual os enfermeiros perioperatórios prestam cuidados à pessoa (Rothorck & Smith, 2000; Wicklin, 2020).

No domínio da “Segurança” o enfermeiro presta cuidados que protejam a pessoa de lesões físicas em todas as fases perioperatórias; no domínio das “Respostas Fisiológicas” o enfermeiro mantém as respostas fisiológicas da pessoa considerando a sua individualidade; no domínio das “Respostas Comportamentais” o enfermeiro ajuda a pessoa no seu processo de transição na garantia da satisfação das suas necessidades psicológicas, sociológicas e

espirituais, assim como da sua família/pessoa significativa; no domínio do “Sistema de Saúde” incluem-se as preocupações administrativas e de elementos estruturais para a garantia de cuidados de excelência (Rothorck & Smith, 2000; Wicklin, 2020). O modelo foca-se nos resultados e engloba os elementos do processo de enfermagem: diagnósticos e intervenções.

A orientação da prática de enfermagem por uma estrutura concetual revela-se fundamental uma vez que fornece uma base teórica sólida e fundamentada que guia a tomada de decisões para o processo de enfermagem, ajudando a organizar conhecimentos, identificar necessidades e a planear intervenções adequadas com o objetivo de primar pela qualidade dos cuidados.

Os 5 pilares dos cuidados de enfermagem perioperatória reconhecidos pelo colégio da especialidade de EMC nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC na área de EPSP: o reconhecimento do outro e a capacitação, a vulnerabilidade da pessoa, a responsabilidade de cuidados, a prudência e a gestão de risco, e a consciência cirúrgica (OE, 2017) foram também norteadores para a prática de cuidados avançados.

2. Competências comuns do enfermeiro especialista

A OE (2015), no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) define a Enfermagem como:

“a profissão que, na área da saúde, tem como objectivo prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital, e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível” (p.99).

Esta descrição espelha-se na definição considerada pelo ICN que acrescenta que a promoção de um ambiente seguro, a investigação, a participação na formulação das políticas de saúde, no tratamento das pessoas e nos sistemas de gestão da saúde e educação são, também, papéis fundamentais da enfermagem (ICN, 2023).

Esta disciplina tem vivenciado uma crescente evolução nos últimos anos, impulsionada por diversos fatores como avanços tecnológicos, novas descobertas científicas e mudanças demográficas, socioculturais, económicas e políticas. O contexto de pandemia vivenciado recentemente e os desafios a ela inerentes atestaram mais uma vez o papel de liderança dos enfermeiros na garantia de que todas as pessoas recebam cuidados centrados na pessoa e de alta qualidade. As organizações de enfermagem em todo o mundo têm desempenhado um papel crítico ao destacar essas questões, defendendo a mudança junto dos líderes dos sistemas de saúde e dos líderes políticos, de forma a investir na Enfermagem para a garantia de que os enfermeiros tenham um papel ativo nas tomadas de decisão e tenham a possibilidade de melhorar a educação e a evolução da profissão (Stewart, 2021).

Em Portugal, a necessidade e a valorização dos cuidados especializados de enfermagem espelha-se, entre outras iniciativas, na criação de cursos que habilitam a atribuição do Título Profissional de Enfermeiro Especialista sendo que a OE e as instituições de ensino superior têm-se mostrado ativas na regulamentação, criação e atualização dos mesmos. No REPE, a OE (2015) define o Enfermeiro Especialista como:

“enfermeiro habilitado com um curso de especialização em enfermagem ou com um curso de estudos superiores especializados em enfermagem, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana

para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade” (p. 99).

Independente da sua área de especialidade, o enfermeiro especialista detém competências comuns, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas. De seguida segue-se um breve enquadramento da experiência e desenvolvimento de competências em estágio da aluna da especialidade em EMC na área de especialização de EPSP à luz dos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista regulados no Regulamento n.º 140/2019 (2019):

- Responsabilidade profissional, ética e legal;
- Melhoria contínua da qualidade;
- Gestão dos cuidados;
- Desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

A responsabilidade profissional, ética e legal é um domínio de competências transversal ao perfil de competências do enfermeiro de cuidados gerais (Regulamento n.º 190/2015, 2015) e ao perfil de competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140/2019, 2019). Uma conduta baseada nestes princípios é fundamental ao exercício da profissão para a garantia da segurança e qualidade dos cuidados, da confiança das pessoas recetoras de cuidados e da integridade da profissão.

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) regulamenta que o enfermeiro especialista “desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional” e “garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (p. 4746). Os princípios da bioética (autonomia, beneficência, não maleficência e justiça) norteiam a conduta humana perante conflitos morais, contribuindo para uma decisão e atuação alicerçada no respeito e na dignidade humana. Para além destes princípios, o enfermeiro deve considerar os valores universais a observar na relação profissional que constam enunciados no código deontológico dos enfermeiros, sendo eles: “a igualdade; a liberdade responsável, com a capacidade de escolha, tendo em atenção o bem comum; a verdade e a justiça; o altruísmo e a solidariedade; a competência e o aperfeiçoamento profissional” (OE, 2005, p.62).

O contexto perioperatório exige um alto nível de competências e habilidades especializadas sensíveis às questões éticas (como as relacionadas com a autonomia, a dignidade, a privacidade da pessoa, o consentimento informado (CI) e o consentimento presumido (CP)), e sensíveis aos aspetos legais que exigem do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP um exercício de conduta segura, profissional, ética e deontológica com a sua prática sustentada no respeito pelos direitos humanos e na gestão de situações potencialmente comprometedoras para a pessoa em situação perioperatória (Regulamento nº 429/2018, 2018).

A responsabilidade profissional é essencial para um exercício seguro, responsável e profissional e assenta “num corpo de conhecimento e na avaliação sistemática das melhores práticas, permitindo uma tomada de decisão fundamentada” (Regulamento nº 190/2015, 2015, p.10088). Para a AORN (2017), a comunicação aberta e honesta é essencial para manter e estabelecer a confiança entre a equipa perioperatória e, quando ocorrem erros, o enfermeiro perioperatório deve seguir as diretrizes institucionais e reportar no sentido de se estabelecerem processos de investigação para a segurança da pessoa. Durante a prática da aluna em estágio, procurámos mobilizar os conhecimentos adquiridos, especialmente inerentes ao plano de estudos do Mestrado em EMC, para uma prática baseada na evidência, com conduta ética e moral. Uma vez que se encontrava em contexto de aprendizagem, procurou partilhar sempre as dúvidas e questionar sobre condutas ou problemas na procura de um cuidar com responsabilidade profissional.

À responsabilidade profissional está inerente o exercício seguro e responsável que vise a prevenção de erros e ocorrências de eventos adversos. Vries et al. (2008) estimaram que cerca de 40% dos eventos adversos a nível hospitalar ocorrem nas salas operatórias e que muitos destes resultam de erros evitáveis. Durante o percurso em estágio concluímos que se pratica pouco a cultura de notificação de eventos adversos. O reporte limita-se a maioria das vezes aos responsáveis de sala e à enfermeira gestora, sendo raras as notificações no sistema do hospital destinado para o efeito. Lima et al. (2018) no seu estudo exploratório sobre a percepção dos profissionais de saúde das limitações à notificação do erro/evento adverso concluíram que a falta de cultura de reporte, o conhecimento insuficiente sobre o sistema de notificação, a sobrecarga e pressão no trabalho e a ausência de feedback na resolução dos motivos que levaram à ocorrência do evento são as principais razões para a subnotificação. De facto, conseguimos transpor estes resultados para a realidade do campo de estágio e identificar esta área de intervenção como prioritária na qual o enfermeiro especialista tem um papel fundamental como agente facilitador na implementação de uma cultura de mudança para a segurança da pessoa, que foi alvo de intervenção da aluna em estágio e será desenvolvido mais à frente neste relatório na unidade de competência específica do

enfermeiro especialista em EMC na área de EPSP “Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.” Segundo o artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro, o enfermeiro deve garantir uma conduta pelo respeito da intimidade na qual assume o dever de salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa (OE, 2005). No BO, a intimidade da pessoa pode ser comprometida devido à natureza invasiva de procedimentos e ao ambiente altamente técnico e controlado. A exposição física, a presença de vários profissionais, o ambiente desconhecido e técnicas anestésicas que levam a alterações de consciência são fatores que identificámos como ameaçadores à privacidade. Evitar a exposição desnecessária do corpo, manter as portas da sala operatória ou sala de indução anestésica fechadas aquando da realização de procedimentos que exigiam alguma exposição corporal; manter o conforto e a temperatura; manter a confidencialidade das informações dentro do intuito da prática clínica são exemplos de aspetos que a aluna procurou praticar e alertar a equipa e que constam em recomendações da AORN (2017).

Esta capacidade de advocacia, característica diferenciadora do enfermeiro especialista, através da educação e orientação da equipa no sentido de se cumprirem estas orientações, é crucial para a promoção de uma cultura de respeito pela privacidade e dignidade da pessoa. O sigilo é outro dever que consideramos pertinente destacar neste relatório. Durante o estágio a aluna prestou cuidados a uma pessoa em situação perioperatória que ia ser submetida a uma cirurgia de ortopedia-traumatologia em que o risco de perdas sanguíneas era elevado e, como medida antecipatória de complicações, foi considerada e proposta a possibilidade de transfusão de concentrado de eritrócitos e solicitado o respetivo CI. Inicialmente a pessoa, devido a crenças espirituais/religiosas, negou o procedimento. Após receber todas as informações e ficar consciente dos riscos, autorizou a intervenção para sua segurança tendo solicitado junto da equipa o sigilo dessa informação. O dever de sigilo está inerente a toda a prática de enfermagem e restantes profissionais de saúde e, nesta situação específica, a validação dessa competência e dever por parte da equipa junto da pessoa foi um fator facilitador para a prestação de cuidados seguros, preventivos de complicações, para a redução da ansiedade e para o fortalecimento da confiança entre a mesma e a equipa, sem nunca ir contra as crenças da pessoa. Além de adotar a conduta do código deontológico, validá-la junto das pessoas a quem prestamos cuidados revela-se fundamental para que se sintam seguras e confiem na nossa responsabilidade profissional e no respeito pelas questões éticas e legais.

O respeito pela dignidade humana requer o reconhecimento de direitos específicos da pessoa, em particular, o direito à autodeterminação. A pessoa alvo de cuidados tem o direito moral e legal de determinar os cuidados que irá receber, assim como o direito de receber

informações precisas, completas e compreensíveis que facilitem uma decisão informada (AORN, 2017). O artigo 84.º do Código Deontológico do Enfermeiro contempla o “dever de informar” no qual prevê, entre outros, que o enfermeiro, “no respeito pelo direito à autodeterminação, assume o dever de: informar o indivíduo e a família, no que respeita aos cuidados de enfermagem e respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2005, p.111). Consideramos que, especialmente no BO de urgência, por ser uma área de cuidados destinada à realização de procedimentos e técnicas invasivas com muitos benefícios para o seu processo de saúde, mas também com muitos riscos associados e possíveis complicações, o CI assume um papel de extrema importância. O enfermeiro especialista tem um papel ativo no empoderamento da pessoa e na sua compreensão da informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão e será abordado neste relatório na unidade de competência específica do enfermeiro especialista em EMC na área de EPSP “Capacita a pessoa e família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica”.

2.2. *Melhoria contínua da qualidade*

A OE reconhece a criação de sistemas de qualidade em saúde como uma ação prioritária e, em 2001, publica os “Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem”, com diretrizes para a prática profissional para garantir a prestação de cuidados seguros, eficazes e de alta qualidade (OE, 2001). Em 2017 o Colégio da Especialidade de EMC elabora os Padrões de Qualidade da respetiva especialidade como referência norteadora para a prática especializada do enfermeiro especialista em EMC (OE, 2017).

Dentro desta competência comum, é esperado que o enfermeiro especialista desempenhe um “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”, a garantia de “um ambiente terapêutico e seguro” e o desenvolvimento de “práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4747).

A aluna procurou desenvolver competências para a promoção de um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção da pessoa em situação perioperatória, como as relacionadas com a verificação de condições ambientais e técnicas da sala operatória, condições dos equipamentos, supervisão da limpeza e desinfeção de superfícies, a manutenção da técnica asséptica, o posicionamento cirúrgico, a comunicação eficaz, entre outros.

Com formação avançada e competência técnica, o enfermeiro especialista assegura que as boas práticas e os protocolos sejam rigorosamente aplicados, por ele e pela equipa, para a

promoção de um ambiente seguro e centrado na pessoa em situação perioperatória, premissa do *Perioperative Patient Focused Model*.

Durante o período de estágio ocorreu uma auditoria clínica à implementação das precauções básicas de controlo de infeção e adesão à higiene das mãos inserida num projeto de melhoria contínua liderada pela Unidade Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (UL-PPCIRA). Esta foi realizada por uma enfermeira especialista em EMC que é elo de ligação do BO com a UL-PPCIRA e com a qual a aluna teve a oportunidade de colocar questões e perceber alguns aspetos da sua ação dinamizadora no desenvolvimento e suporte destas iniciativas estratégicas de melhoria da qualidade. Após auditar, a enfermeira partilhou junto da equipa os resultados obtidos e estratégias de atuação perante os mesmos. Uma atitude de liderança e de motivação foi fundamental para incentivar a equipa a aderir às práticas recomendadas e sentirem-se envolvidas no processo. A qualidade dos cuidados traduz-se em ganhos na eficiência e efetividade da sua prestação e, por sua vez, estes ganhos só serão significativos se proporcionarem melhorias na segurança dos cuidados (Despacho n.º 9390/2021, 2021). Neste âmbito, o Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 contempla 5 pilares (cultura de segurança; liderança e governança; comunicação; prevenção e gestão de incidentes de segurança do doente; e práticas seguras em ambientes seguros) com a definição de vários objetivos estratégicos (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

O enfermeiro especialista, através das suas competências avançadas atua como elo de ligação entre a prática clínica, a gestão de cuidados e a implementação de políticas de qualidade, sendo um agente fundamental para promover uma prática de cuidados segura e eficaz. Assim, procurámos ter sempre presente os objetivos do PNSD 2021-2026 na prática em estágio, por forma a contribuir ativamente na criação de ambientes seguros, onde o foco é a pessoa em situação perioperatória, conforme o modelo *Perioperative Patient Focused Model* impera.

No âmbito desta temática, importa também destacar o papel dos indicadores de qualidade como ferramentas fundamentais para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados de saúde. Para Donabedian, avaliar a qualidade dos cuidados exige critérios, normas e padrões (Donabedian, 1981) devendo ser analisada através de três componentes: estrutura, processo e resultado (Donabedian, 2005). Os indicadores de qualidade “são entendidos como medidas que podem ser usadas como guias orientadores na monitorização, avaliação e promoção da qualidade dos cuidados de saúde” (Pereira, 2009, p.72). A OE apresentou o Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem com o objetivo de “definir linhas gerais do modelo, dos conteúdos e dos requisitos de comparabilidade para o Resumo Mínimo de Dado

de Enfermagem (RMDE) portugueses, que viabilizem a produção automática de um conjunto de indicadores de enfermagem, para diferentes níveis e utilizadores” (OE, 2007, p. 1). Nesse documento, apresenta os indicadores estruturados em: estrutura, processo, resultado e do tipo epidemiológico.

Durante o estágio, percecionamos nas reuniões semanais que a enfermeira gestora apenas partilhava com a equipa indicadores de qualidade semanais focados no desempenho, nomeadamente relacionados com a produtividade cirúrgica e utilização de BO (taxa de ocupação de salas operatórias, taxas de cancelamento de cirurgias programadas, tempos de *turnover*).

Consideramos que, no local de estágio, deveriam ser realizados projetos para a avaliação de indicadores de qualidade relacionados com a segurança e a satisfação da pessoa em situação perioperatória, de forma a garantir não só a eficiência da produtividade, mas também a qualidade e segurança dos cuidados prestados. Desta forma, o foco não seria apenas operacional, mas também no impacto direto na experiência e no bem-estar da pessoa, alinhando-se com *Perioperative Patient Focused Model*.

Casto (2018) elaborou uma lista de indicadores de qualidade para o BO, muitos deles sensíveis aos cuidados de enfermagem, tais como: erros de medicação, lesões pós-operatórias pelo posicionamento, úlceras por pressão (UPP), queimaduras entre doentes cirúrgicos, satisfação da pessoa, entre outras. Consideramos que o enfermeiro especialista, assumindo o seu papel na liderança e advocacia, deve ter uma intervenção ativa na monitorização dos indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem e deve promover uma cultura de partilha e reflexão dos dados com toda a equipa, para assegurar que o impacto desses indicadores seja analisado de forma holística para que sejam aplicadas as alterações necessárias com vista à melhoria da qualidade dos cuidados. Ao garantir a avaliação e análise de indicadores de qualidade relacionados com a segurança e a satisfação da pessoa perioperatória, o enfermeiro especialista torna-se um verdadeiro propulsor de mudança e melhoria contínua, contribuindo para a evolução dos cuidados perioperatórios.

2.3. *Gestão dos cuidados*

Nesta competência comum, o Enfermeiro Especialista faz a “gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipa de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas” e “na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de

cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4748).

O enfermeiro tutor, especialista em EMC, tem muitos anos de experiência nesta área de cuidados e como especialista. Alguns dos seus turnos de trabalho são destacados para a gestão, numa estreita parceria com a enfermeira gestora. Em conjunto com ele, a aluna teve a oportunidade de observar e participar na otimização do trabalho da equipa, adequando os recursos às necessidades de cuidados.

Uma das principais competências que destacamos é a coordenação de todas as atividades do BO, através da garantia da disponibilidade adequada e em tempo útil de recursos, como equipamentos, materiais e recursos humanos. Avaliámos os planos cirúrgicos para confirmar a presença do material necessário no BO e realizar os respetivos pedidos de material. A parceria com a enfermeira responsável pela unidade de reprocessamento de dispositivos médicos foi fundamental para a garantia da disponibilidade do material estéril reprocessado nessa unidade para o BO.

A aluna observou a realização de pedidos para que fossem efetuadas as reparações de avarias de equipamentos. A exigência de uma resolução imediata nestas situações impõe-se para o correto funcionamento do BO e cumprimento dos planos cirúrgicos. No entanto, percebemos que, por vezes, se torna difícil dar resposta no tempo esperado pelos profissionais, porque se depende da intervenção de terceiros. Competências de gestão de conflitos e liderança mostraram-se emergentes nestas situações pelo contributo para a eficiência operacional e o bem-estar da equipa.

A gestão de recursos humanos é parte integrante de uma gestão eficaz. Neste contexto percebemos a importância de conhecer as características, as habilidades, as competências e as necessidades individuais dos membros da equipa. O enfermeiro tutor é responsável pela elaboração do mapa de trabalho com a distribuição dos profissionais pelas funções de anestesia, circulação e instrumentação de cada sala operatória do BO. Conhecer as competências individuais dos profissionais é essencial para que se atribuam tarefas e responsabilidades de forma ajustada, quer para a garantia da resposta dos profissionais às necessidades na sala operatória, quer para a segurança da pessoa em situação perioperatória. Os turnos em que a aluna teve a oportunidade de acompanhar o enfermeiro tutor no desempenho destas funções sensibilizou-a para o papel essencial que o enfermeiro gestor, ou a quem ele delega funções de gestão, desempenha no BO para a garantia de uma gestão eficaz, da coordenação das atividades, da segurança da pessoa em situação perioperatória, da colaboração interdisciplinar e da melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

Perante o ambiente altamente dinâmico e crítico na prestação de cuidados na sala operatória de urgência percebemos a importância do enfermeiro especialista em enfermagem

perioperatória na gestão de cuidados. Competências de gestão de cuidados tornam-se fulcrais ao lidar com situações complexas que frequentemente podem resultar num ambiente desorganizado e com ruído e são essenciais para garantir a coordenação eficaz da equipa multidisciplinar e a manutenção de um ambiente seguro para a minimização de riscos. O enfermeiro especialista atua como um líder, priorizando tarefas críticas e assegurando a comunicação clara entre todos os elementos. As suas competências acrescidas em gestão de cuidados permitem uma rápida tomada de decisões, uma alocação eficiente de recursos e uma intervenção imediata em situações de emergência, contribuindo significativamente para a qualidade dos cuidados e para a segurança da pessoa em situação perioperatória.

Esta complexidade da competência de gestão do enfermeiro perioperatório é destacada por Pailaha (2023) que concluiu que, inerente a ela, estão competências de coordenação, de colaboração, de comunicação, de tomada de decisão, de liderança, de enfermagem e de recrutamento. Na prestação de cuidados, a mesma autora destaca algumas funções de gestão, como a gestão dos cuidados centrados na pessoa, a gestão diária do ambiente perioperatório, o desenvolvimento dos cuidados perioperatórios, a gestão financeira, a gestão de recursos humanos e a gestão da qualidade dos cuidados (Pailaha, 2023).

Na literatura, a liderança é uma competência fortemente associada à competência de gestão. Líderes de enfermagem que estão comprometidos com o desenvolvimento profissional através da obtenção de graus de formação académica mais elevados, da prática baseada na evidência e da colaboração com os pares, mostram um forte comprometimento com a sua profissão e são reconhecidos como modelos de referência para os restantes elementos da equipa (Whiteside, 2016). Da experiência em estágio e da pesquisa bibliográfica realizada consideramos pertinente destacar a inteligência emocional como uma competência central para uma liderança eficaz. A inteligência emocional é a “capacidade de influenciar e motivar as pessoas considerando as suas necessidades, fazendo uma gestão eficaz de conflitos e proporcionando um ambiente no qual todos possam trabalhar no seu máximo potencial de desempenho” (Beydler, 2017, p. 317). Os atributos chave para o desenvolvimento desta competência são a autoconsciência, a autogestão, a empatia e as habilidades sociais (Rhodes & Foran, 2022). Os benefícios da inteligência emocional na liderança em enfermagem perioperatória passam pela satisfação da equipa, pelo impacto positivo no ambiente de trabalho e pela melhoria dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (Beydler, 2017). Consideramos que a inteligência emocional é, assim, crucial para o sucesso da liderança da enfermagem perioperatória, onde as interações humanas e a gestão da equipa desempenham um papel central para a eficiência dos cuidados e para a promoção de um ambiente de trabalho colaborativo e empático.

A prática de uma enfermagem especializada contribuiu significativamente para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências de liderança da aluna ao proporcionar

uma maior compreensão das capacidades e responsabilidades do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP. Esta percepção vai de encontro às conclusões de um estudo realizado com 311 Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica portugueses que concluiu que a prática de uma enfermagem especializada aumenta a percepção das competências de liderança do enfermeiro sobre si próprio (Pires et al., 2023).

2.4. *Desenvolvimento das aprendizagens profissionais*

Os avanços técnicos e científicos na área da saúde e o maior e fácil acesso à informação por parte dos indivíduos apelam a um aumento da qualidade dos cuidados recebidos (Ortega et al., 2015). O desenvolvimento profissional contínuo em enfermagem é definido como um “processo vitalício de participação ativa em atividades de aprendizagem que permitem o desenvolvimento e manutenção de competências contínuas, aprimorando a prática profissional” (Pool, 2015, p.14), através da melhoria da qualidade dos cuidados, da segurança das pessoas recetoras de cuidados, da satisfação dos enfermeiros e os custos dos cuidados de saúde (Vázquez-Calatayud et al., 2021).

A prática baseada na evidência é reconhecida como um elemento fundamental da educação do profissional de saúde (Lehane et al., 2019) e imperativa na garantia da segurança dos indivíduos (Hornrtvedt et al., 2018) e na promoção da segurança, eficácia e qualidade dos cuidados de saúde, pelo que a sua incorporação na prática dos enfermeiros é obrigatória (Pinto & Mota, 2023).

Nesta linha de pensamento, o enfermeiro especialista “desenvolve o autoconhecimento e a assertividade” e “baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento n.º 140/2019, 2019, p. 4749).

Estas premissas e a motivação de evoluir e querer praticar cuidados de excelência levaram a aluna ao percurso em que se encontra atualmente como mestranda em EMC na área de especialização em EPSP. No curso de Mestrado, os alunos são dotados de conhecimentos e habilidades técnicas, científicas e relacionais fundamentais ao crescimento profissional. São desde o início incentivados à prática baseada na evidência, à investigação contínua das atualizações da disciplina de Enfermagem e à produção de conhecimento científico.

No local de estágio existe um plano anual de formação elaborado por duas enfermeiras com especialidade em EMC que são o elo de ligação do serviço com o Gabinete de Formação do hospital. Estas assumem as funções de avaliar e recolher junto da equipa necessidades de formação em serviço, de motivar os profissionais a realizarem formação, de serem preletoras em formações, de dar apoio aos preletores sempre que necessário e pela elaboração do

relatório anual de formação. Durante o período de estágio a aluna esteve presentes nas seguintes sessões formativas:

– “Traqueostomia - cuidados de enfermagem e adenoamigdalectomia – pós operatório imediato” com principais objetivos: identificar complicações relacionadas com traqueostomia; reconhecer e identificar os instrumentos cirúrgicos que compõem a caixa de traqueostomia; reconhecer o material clínico que compõe a caixa de apoio à traqueostomia; conhecer o procedimento cirúrgico para a realização da traqueostomia; reconhecer a importância do papel do enfermeiro e do seu contributo para a prática de cuidados; identificar complicações relacionadas com a hemorragia pós-operatória da adenoamigdalectomia; e conhecer as abordagens anestésicas do pós operatório imediato na cirurgia de adenoamigdalectomia”.

– “Emergências pediátricas no BO”, com principais objetivos: preparar a equipa de enfermagem para a atuação em alguns cenários possíveis de emergência pediátrica no BO; conhecer e manusear os equipamentos disponíveis para atuação; treinar e simular alguns casos práticos.

– “Stop Infeção 2.0”, com principais objetivos: apresentar o programa STOP Infeção 2.0; apresentar os resultados do ano 2022 e 2023 (até outubro); motivar a equipa para a participação e cumprir os objetivos do projeto.

Durante o semestre onde se enquadra este ensino clínico, a aluna participou nas "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios?" que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, com 10 horas de duração (certificado de participação em ANEXO I). O mesmo teve como principais temas a “Transição do conhecimento da academia à prática clínica”, “Enfermagem perioperatória em oncologia: Que diferenciação?”, “Inovação em Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade e perspetivas”, “Qualidade e segurança em ambiente perioperatório”, e “Gestão e Liderança na Humanização dos Cuidados de enfermagem perioperatória”. Nestas jornadas deram o seu contributo enfermeiros portugueses de reconhecido percurso profissional. Em colaboração com colegas do 3º curso de mestrado em EMC na área de especialização em EPSP, a aluna apresentou um poster com o tema "*Stress* Ocupacional nos Enfermeiros Perioperatórios: quais os fatores desencadeantes, que consequências e que desafios?" (certificado em ANEXO II), e duas comunicações livres com os temas "*Debriefing* da equipa em contexto perioperatório: uma prática a implementar" (certificado em ANEXO III) e "Controlo e prevenção da hipotermia inadvertida no adulto durante o período perioperatório" (certificado em ANEXO IV).

Durante este semestre letivo a aluna participou ainda nas seguintes sessões:

– *Webinar* “Ambiente de prática e segurança do doente no Bloco Operatório: resultados sensíveis aos cuidados em Enfermagem Perioperatória” organizado pela Unidade Local de Saúde Alentejo Central (certificado de participação em ANEXO V);

– 1ª *Webinar* 2024 “Bloco Verde” organizado pelo Núcleo de EMC da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco sobre (certificado de participação em ANEXO VI);

– *Webinar* “Enfermagem às Quintas - Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade” da OE (certificado de participação em ANEXO VII);

– *Webinar* “Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infeção: da formação à inovação” (certificado de participação em ANEXO VIII);

– *Webinar* “Ética e Deontologia Profissional” da OE (certificado de participação em ANEXO IX);

– *Webinar* “Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 4” da OE (certificado de participação em ANEXO X).

A experiência nestes eventos formativos foi relevante na aquisição de novos conhecimentos, pela natureza pertinente e atualizada das temáticas e da perícia de saberes dos interlocutores. A enfermagem especializada constrói-se de conhecimentos atualizados, com evidência científica e de um pensamento crítico-reflexivo que só é possível atingir com a procura contínua de novo conhecimento.

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

O enfermeiro especialista em EMC é uma referência no cuidar da pessoa a vivenciar processos médicos e/ou cirúrgicos complexos, com a finalidade de melhorar a sua qualidade de vida através de cuidados especializados sustentados no avanço contínuo do conhecimento, tendo por base a prática baseada na evidência orientada para resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem (OE, 2017; Regulamento nº 429/2018, 2018).

A OE no Regulamento n.º 429/2018 (2018) refere que:

“A área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória tem como alvo de intervenção a pessoa e família/pessoa significativa, a vivenciarem experiência cirúrgica/anestésica. Os cuidados de enfermagem nesta área de especialização são dirigidos aos projetos de saúde da pessoa e família/pessoa significativa a vivenciarem processos de saúde/doença que necessitam de procedimentos cirúrgicos e anestésicos, em ambiente perioperatório, à promoção da saúde, à prevenção de eventos adversos e ao tratamento da doença” (p. 19366).

A pessoa em situação perioperatória experiencia um momento de grande vulnerabilidade muitas vezes expressa na impossibilidade de responder de forma autónoma aos riscos a que está sujeita. Neste contexto, espera-se do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP, a mobilização de conhecimentos e habilidades que garantam a prática de enfermagem avançada, especificamente através das ações inerentes às suas competências específicas de: cuidar da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa e de maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

O estágio de natureza profissional em EPSP II com relatório final pressupõe que o estudante desenvolva competências avançadas de tomada de decisão. Os seus objetivos são explanados no Guia de Orientação de Estágio (ESSNorteCVP, 2023) e baseiam-se na aquisição de competências específicas do Enfermeiro Especialista em EMC na área de especialização à Pessoa em Situação Perioperatória:

- “– Aplicar conhecimentos no processo de tomada de decisão na resolução de situações complexas, em contextos alargados e multidisciplinares, na área científica de enfermagem;
- Refletir sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultam do processo de tomada de decisão na área da enfermagem especializada;
- Conceber, formular e desenvolver um relatório de estágio que inclui a componente de investigação científica na área de especialização em enfermagem à pessoa em situação perioperatória;
- Analisar criticamente, argumentar e sistematizar ideias complexas e de inovação na área científica;
- Disseminar os conhecimentos emergentes dos resultados da investigação em enfermagem;
- Desenvolver competências que permitam uma aprendizagem ao longo da vida de forma auto-orientada ou autónoma.” (p. 3)

Tendo em consideração estes objetivos gerais, definimos ainda, em parceria com o enfermeiro tutor, os seguintes objetivos específicos:

- Desenvolver competências específicas de enfermagem na área da circulação em contexto de BO de Urgência;
- Desenvolver, pelo menos, um projeto de melhoria contínua após auscultação das necessidades e apresentar à equipa;
- Perceber a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória em contexto de Bloco de Urgência;
- Perceber como é realizada a gestão de recursos materiais no BO.

De seguida, iremos descrever e refletir sobre as competências adquiridas em estágio considerando as duas unidades de competência do regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP: “Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa” e “Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica” (Regulamento nº 429/2018, 2018).

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

O reconhecimento do outro e a capacitação como base da intervenção e do processo de enfermagem é um dos pilares dos cuidados de enfermagem perioperatória (OE, 2017). Espera-se que o enfermeiro perioperatório realize um plano de cuidados em parceria com a pessoa em situação perioperatória, reconhecendo a liberdade de escolha da mesma, fomentando a sua autonomia e promovendo a sua capacitação.

Considerando esta premissa, dentro da unidade de competência **“Capacita a pessoa e família/pessoa significativa, para a gestão da experiência cirúrgica”**, destacamos das principais atividades desenvolvidas em estágio: a identificação das necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória; a elaboração de plano de intervenção em estreita relação de ajuda com a pessoa; e a garantia de que a pessoa compreendeu a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão em estreita relação com a garantia do CI.

O enfermeiro especialista em EPSP desempenha um papel crucial na identificação das necessidades da pessoa e da família ou pessoa significativa para a elaboração do processo de enfermagem. Este profissional tem as competências avançadas para realizar uma avaliação abrangente que considera tanto os aspetos físicos como os psicológicos, sociais e culturais. Através de uma comunicação eficaz e sensível, o enfermeiro consegue captar preocupações, medos e expectativas da pessoa e sua família/pessoa significativa, permitindo uma abordagem holística da situação.

A vulnerabilidade física e emocional que a pessoa em situação perioperatória experiencia é um impulsor de ansiedade. De acordo com a Classificação para a Prática de Enfermagem versão 2015, a ansiedade é uma: “Emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (Conselho Internacional de Enfermeiros, 2016, p.40). Na sua revisão sistemática da literatura com meta-análise, Abate et al. (2020) concluíram que 48% das pessoas em situação perioperatória experienciam ansiedade pré-operatória. Esta vulnerabilidade apresenta-se como uma oportunidade de atuação por parte do enfermeiro especialista para o empoderamento da pessoa com o intuito de combater o *stress* desencadeado pela resposta fisiológica à ansiedade e com potencial de afetar significativa e negativamente o período perioperatório.

Os resultados do estudo randomizado controlado de Dias et al. (2022) mostraram que a educação pré-operatória sobre o ambiente das salas operatórias e os processos intraoperatórios reduziram significativamente os medos das pessoas em situação perioperatória relativamente à experiência cirúrgica. Nesta perspetiva, a aluna procurou identificar e avaliar o potencial para melhoria do conhecimento das pessoas em situação perioperatória, explicar todos os procedimentos realizados e empoderá-la com informação e conhecimento pertinente. A AESOP (2012) refere que a intervenção de enfermagem realizada no pré-operatório deve focar-se na preparação psicológica e no apoio emocional da pessoa em situação perioperatória, exigindo competências interpessoais e humanas. Ao receber a pessoa na zona de *transfer* do BO, a aluna primou sempre por se apresentar. Um ato simples, mas tão importante para a relação de ajuda e de proximidade com a pessoa. Foi encorajador verificar que, após esta ação, os restantes elementos da equipa que se encontravam na área de admissão com a aluna também se apresentavam e com isso se conseguiu criar um ambiente de empatia facilitador para a restante intervenção, centrada na pessoa.

Desmistificar o ambiente intraoperatório através da explicação de questões como o vestuário usado por todos, sons, temperatura e procedimentos a realizar revelou-se um mecanismo facilitador de combate ao medo do desconhecido sentido pelas pessoas em situação perioperatória. Como aluna de especialidade, procurou compreender a forma como a pessoa se vê e se sente na experiência perioperatória de forma a ajudá-la a compreender o ambiente envolvente e assim contribuir para uma melhor adaptação ao mesmo. Esta intervenção humanizada, centrada na pessoa, como reitera o *Perioperative Patient Focused Model*, mostrou-se positiva no seu processo de transição.

Consideramos, no entanto, que a implementação da visita pré-operatória de enfermagem no local de estágio ampliaria largamente o impacto desta abordagem pré-operatória orientada para a pessoa com a possibilidade de esclarecimento de dúvidas, desmistificação do ambiente pré-operatório, educação da pessoa, planeamento de cuidados e gestão da ansiedade. A AESOP (2012) destaca a sua importância para a garantia dos cuidados prestados e promoção de um clima de maior confiança e segurança no período pré-operatório. São diversos os estudos recentes que demonstram que a visita pré-operatória de enfermagem tem um impacto significativo na redução da ansiedade das pessoas em situação perioperatória, como o realizado por Aydal et al. (2023), que evidenciou que visitas pré-operatórias realizadas por enfermeiros perioperatórios reduziram consideravelmente os níveis de ansiedade das pessoas que iriam ser submetidas a cirurgia laparoscópica. Esta foi uma proposta de melhoria que a aluna lembrou e discutiu com o tutor e alguns elementos

da equipa com o objetivo de os incentivar a implementar futuramente no local de estágio, para a melhoria da qualidade dos cuidados e da experiência cirúrgica da pessoa.

No REPE é preconizado que: “No exercício das suas funções, os enfermeiros deverão adoptar uma conduta responsável e ética e actuar no respeito pelos direitos e interesses, legalmente protegidos, dos cidadãos” (OE, 2015, p. 101-102). Nos termos do artigo 7.º da Lei n.º 15/2014 (2014):

“1 – O utente dos serviços de saúde tem o direito a ser informado pelo prestador dos cuidados de saúde sobre a sua situação, as alternativas possíveis de tratamento e a evolução provável do seu estado.

2 – A informação deve ser transmitida de forma acessível, objetiva, completa e inteligível.” (p.2128)

O CI para tratamentos em saúde surge como ferramenta para a garantia de que a pessoa compreendeu a informação para o exercício da sua autodeterminação e tomada de decisão e é considerado um requisito ético e jurídico fundamental sendo que representa uma manifestação de respeito pela pessoa enquanto ser humano e reflete o direito moral da mesma à “integridade corporal e à participação nas decisões conducentes à manutenção da sua saúde” (Entidade Reguladora da Saúde, 2009, p.2).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) (2015) refere que o CI, esclarecido e livre, dado por escrito, é obrigatório em situações de “Administração de sangue, seus componentes e derivados” e na “Realização de atos cirúrgicos e/ou anestésicos” (p. 2-3). No artigo 105.º do “dever de informação” do REPE consta que, no respeito pelo direito à autodeterminação, o enfermeiro assume o dever de: “informar o indivíduo e a família no que respeita aos cuidados de enfermagem” e “respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado” (OE, 2015, p. 84).

Considerando esta contextualização, podemos refletir que em estágio a aluna primou pela garantia do cumprimento das recomendações legais e éticas relacionadas com o CI. É parte integrante do processo de admissão da pessoa em situação perioperatória no BO a verificação de uma *checklist* de verificação pré-operatória que contempla a verificação da assinatura do CI por escrito para os atos anestésicos e para os atos cirúrgicos. Mais do que verificar a assinatura, a aluna procurou validar junto da pessoa, sempre que possível, se a mesma compreendeu a informação que consta no CI e se tinha alguma dúvida. Embora a aluna tivesse a consciência de que o seu dever como enfermeira de informar a pessoa respeita apenas aos cuidados de enfermagem, percebemos que podemos ter uma

intervenção ativa em alertar os cirurgiões e anestesiológicos para alguma necessidade de esclarecimento, primando pela garantia do respeito pela dignidade da pessoa e pela sua autonomia. Em contexto de urgência a pessoa em situação perioperatória encontra-se fragilizada e todo o processo acontece numa janela temporal muito reduzida pela urgência do tratamento, sendo que nestas situações emerge ainda mais a necessidade de uma boa comunicação e relação de ajuda facilitadoras ao processo de compreensão da informação sobre o seu processo de saúde/doença e procedimentos a realizar.

Relativamente às intervenções de enfermagem, a aluna cumpriu o dever de informar e de obter consentimento para a sua realização de acordo com o artigo 84º do Código Deontológico (OE, 2005). Para isso, atentou à necessidade de transmitir a informação utilizando uma linguagem clara e adequada considerando a situação particular da pessoa e atendendo à sua capacidade de percepção, de acordo com o seu grau de instrução e estado físico, emocional e intelectual. Mais importante do que transmitir a informação foi perceber se a pessoa a compreendeu com clareza e solicitar, por fim, o seu consentimento.

O enfermeiro tem o papel diferenciador de adaptar a informação ao estado emocional e cognitivo da pessoa, respeitando a sua fragilidade e a ansiedade, e de orientar e apoiar a equipa para assegurar que a interação com a pessoa seja clara, empática e centrada nas suas necessidades imediatas.

No contexto de BO de urgência foram algumas as situações em que a pessoa em situação perioperatória careceria de capacidades para consentir, se encontrava inconsciente ou não se encontrava legalmente representada. Nestas situações agimos considerando o CP uma vez que havia risco para a saúde/vida dessas pessoas em se adiar os cuidados para a obtenção do seu consentimento expresso. O CP assume que uma pessoa consente um procedimento ou ação médica na ausência de uma declaração explícita, geralmente utilizada em situações de urgência/emergência onde a pessoa não pode expressar a sua vontade e não há tempo para obter consentimento formal. Assim, nestas situações e conforme refere a DGS na norma 015/2013 atualizada a 04/11/2015 (2015), agimos segundo o princípio da beneficência consagrado na ética da saúde (DGS, 2015).

O enfermeiro especialista em EPSP tem como alvo de cuidados não só a pessoa que vivencia a experiência cirúrgica/anestésica, mas também a família e pessoa significativa. Consideramos que o desenvolvimento de competências acrescidas neste âmbito foi uma dificuldade sentida em estágio. Como referido anteriormente, no local de estágio não está implementada a realização da visita pré-operatória, um dos momentos em que o enfermeiro tem a oportunidade de direcionar o seu cuidado também à família/pessoa significativa. À exceção dos pais ou representante legal de menores, no local de estágio, os familiares não

têm acesso ao BO. Além disso, o local de estágio não dispõe de programas de comunicação com familiares/pessoa significativa no período perioperatório. É no internamento cirúrgico que, após a alta do recobro, os familiares recebem informações da equipa de enfermagem. Essa realidade dificultou a prática de comunicação e cuidado aos familiares e, conseqüentemente, de desenvolver competências neste âmbito.

Durante a cirurgia, a família experimenta preocupações que estão fortemente relacionadas com a escassa informação fornecida em relação ao que irá acontecer no ambiente intraoperatório, o que desencadeia ansiedade e medo (Ramirez & Contreras, 2021), traduzindo-se numa experiência stressante (Croke, 2028). Herd e Rieben (2014) referem que “uma comunicação clara com os familiares da pessoa em situação perioperatória diminui a ansiedade e aumenta a satisfação da pessoa e dos familiares” (p. 594). No mesmo sentido, Poulsen (2019) refere que “as famílias que se mantêm informadas podem experienciar um aumento do seu sentido de controlo e satisfação e uma diminuição da sua ansiedade”, sendo que “a satisfação da família durante o período perioperatório pode influenciar a satisfação da pessoa em situação perioperatória” (p.372).

Soares (2023), no seu estudo com o objetivo de compreender a percepção da família da pessoa submetida a cirurgia eletiva sobre a comunicação no perioperatório com os enfermeiros, concluiu que “necessidade de informação por parte da família, durante o período de espera revelou-se a maior das suas necessidades” (p.93). Os resultados do seu estudo corroboram que o *stress* e a ansiedade são as principais emoções vivenciadas pela família. A receção de uma SMS sobre o *status* cirúrgico foi destacada pelos participantes do estudo como “pertinente, bastante importante e que permitiu reduzir a ansiedade” (Soares, 2023, p. 93). Os participantes “ressalvaram que gostariam de ter obtido mais informações, nomeadamente quando o seu familiar tinha alta da UCPA [Unidade de Cuidados Pós-Anestésica] para o internamento e o estado clínico, mais concretamente se tinha corrido bem a cirurgia” (Soares, 2023, p. 93). No estudo de Vestal (2021), a avaliação da satisfação da pessoa em situação perioperatória aumentou após a implementação do envio de mensagens de texto para a família.

Assim, a implementação de estratégias simples, como o envio de mensagens de texto ou atualizações por meio de um canal específico durante o período perioperatório parecem representar um avanço na humanização dos cuidados, ao integrar a família de forma segura e controlada no processo perioperatório.

Investir em práticas de comunicação com os familiares no contexto perioperatório é um passo importante para promover uma experiência positiva e humanizada para todos os envolvidos. O enfermeiro especialista, com o seu papel diferenciado, pode liderar e

implementar essas mudanças, trazendo benefícios para a pessoa em situação perioperatória e sua família, aumentando a qualidade dos cuidados. Isto foi uma temática que a aluna expôs à equipa como sugestão de melhoria contínua dos cuidados, dando o exemplo da implementação de um programa de envio de mensagens de texto ou a realização de uma chamada telefónica no final da cirurgia com breves informações tranquilizadoras para a família.

A responsabilidade de cuidados é outro dos pilares dos cuidados de enfermagem perioperatória que consta nos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC.

“O enfermeiro especialista na área da enfermagem perioperatória (...) Assegura um padrão de excelência no cuidar antes, durante e após os procedimentos cirúrgicos e anestésicos de acordo com as necessidades da pessoa, atua com prudência face aos riscos e incertezas, respondendo pelas suas decisões, atos e consequências e influenciando positivamente a equipa, em benefício da pessoa em situação perioperatória” (OE, 2017, p. 27).

As pessoas valorizam altamente a sua independência, conforto, integridade e privacidade. Na experiência perioperatória estas condições são ameaçadas pelos procedimentos anestésicos e cirúrgicos a que as pessoas necessitam ser submetidas e o papel do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP revela-se essencial na garantia da segurança, congruente com a consciência cirúrgica.

Das principais atividades desenvolvidas em estágio relacionadas com a unidade de competência **promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória**, destacamos a promoção do conforto, da integridade e da privacidade; o posicionamento cirúrgico; e o agir com pertinência na área de atuação: circulação, instrumentação e anestesia.

Como já referido, a pessoa em situação perioperatória experiencia um período de grande vulnerabilidade com desconforto físico e psicológico. A AESOP aponta a advocacia da pessoa em situação perioperatória como uma das competências do enfermeiro perioperatório em que este se responsabiliza “pelo doente, resolvendo as suas necessidades físicas e psíquicas até que ele seja capaz de tomar decisões próprias, e protegendo-o contra qualquer dano ou prejuízo” (AESOP, 2012, p. 181). Durante os cuidados prestados em estágio, a aluna primou por assegurar o conforto da pessoa tanto quanto possível através da relação empática estabelecida e da promoção do conforto físico com o posicionamento, a manutenção da temperatura e da privacidade.

As pessoas em situação perioperatória são submetidas a atos anestésicos que levam à dependência total das mesmas para o posicionamento. Na sala de BO de urgência, os posicionamentos cirúrgicos são variados, muitas vezes complexos e exigem conhecimentos das alterações anatómicas e fisiológicas provocadas pela anestesia, pelo posicionamento e pelo procedimento cirúrgico. A aluna procurou pôr em prática os objetivos do posicionamento cirúrgico, dos quais destacamos: permitir a exposição adequada ao local da cirurgia; manter o alinhamento corporal; não comprometer as estruturas neuromusculares, vasculares e a integridade cutânea; permitir a função respiratória e circulatória; garantir acesso à administração de fluidos e fármacos; e garantir o conforto (AESOP, 2012). Além disso, procurou considerar indicações que a AORN (2017a) reuniu numa *guideline* para o posicionamento seguro da pessoa em situação perioperatória que contempla várias recomendações, que incluem: a privacidade da pessoa; a identificação e disponibilidade de equipamentos e dispositivos de posicionamento necessários; a manutenção da limpeza, da integridade e da funcionalidade dos dispositivos; a adoção de práticas seguras durante o posicionamento; o uso de superfícies que reduzam o potencial de UPP; as práticas de posicionamento seguro; as práticas seguras ao posicionar a pessoa em situação perioperatória nos diferentes posicionamentos; e a avaliação pós-operatória da pessoa para identificação de lesões causadas pelo posicionamento no intraoperatório.

A AORN (2022) defende que todas as pessoas em situação perioperatória devem ser avaliadas no período pré-operatório para fatores de risco que são conhecidos por aumentar a suscetibilidade para o desenvolvimento de UPP. A *National Pressure Ulcer Advisory Panel* (NPUAP) et al. (2014) reconhecem as pessoas em contexto cirúrgico como uma população específica, inserida num ambiente clínico singular, onde ocorre um risco acrescido de UPP, apontando para a necessidade de especial atenção a dar às considerações específicas para a sua prevenção. Os mesmos autores referem que a taxa de incidência atribuível ao período intraoperatório varia entre 4% a 45% (NPUAP et al., 2014). Davis (2018), a então presidente da AORN, redigiu um artigo onde defende que a chave para a segurança revela-se na prevenção proativa, destacando três principais áreas de intervenção dos enfermeiros perioperatórios para a prevenção de UPP: a avaliação do risco, o posicionando correto da pessoa em situação perioperatória durante o procedimento cirúrgico (com atenção especial às áreas de alto risco do corpo da pessoa como sacro, calcanhares ou proeminências ósseas) e a documentação completa e precisa.

Para a estratificação do risco de UPP está implementada no hospital do local de estágio a Escala de Braden. Não existe outra escala ou ferramenta de avaliação de risco que permita obter dados sensíveis ao período perioperatório.

A AORN (2022) refere que no período pré-operatório devem ser avaliados fatores de risco a todas as pessoas em situação perioperatória através de uma ferramenta padronizada de avaliação de risco, que deve ser validada ou ter confiabilidade demonstrada. He et al. (2012) realizaram uma metanálise com o objetivo de avaliar a validade preditiva da Escala de Braden para o desenvolvimento de UPP em pessoas em situação perioperatória e os resultados sugerem que a mesma tem uma baixa validade preditiva e que não pode ser usada de forma isolada para avaliar o risco de UPP neste contexto. Um estudo posterior corrobora esses resultados, uma vez que concluiu que a Escala de Braden não é sensível o suficiente para prever UPP no período perioperatório (Celik et al., 2019).

Esta problemática conduziu ao desenvolvimento de instrumentos sensíveis à realidade perioperatória tendo sido a Escala de Munro a primeira escala desenvolvida para a avaliação de risco de UPP neste contexto (Munro, 2010). A sua eficácia é comprovada em estudos, como no realizado por Lei et al. (2022), que indicam que a sua pontuação na avaliação intraoperatória é altamente eficaz para prever o risco de UPP pós-operatórias no grupo de pessoas em situação perioperatória estudadas.

Outra ferramenta descrita na literatura é a *Scott Triggers tool*, que inclui 4 itens de avaliação (idade, nível de albumina sérica ou índice de massa corporal, tempo estimado de cirurgia e pontuação da Sociedade Americana de Anestesiologistas) (Scott, 2015) e tem sido também aplicada com obtenção de resultados comprovativos da sua eficácia. Park et al. (2019) recomendam o seu uso comparativamente à Escala de Braden para prever o risco de desenvolver UPP em pessoas em contexto cirúrgico. Dai et al. (2021) referem que esta ferramenta demonstrou boa confiabilidade, validade e validade preditiva no seu estudo realizado em pessoas submetidas a cirurgia gastrointestinal e que pode ser usada para avaliar o risco de UPP em pessoas em situação perioperatória.

Importa ainda referenciar a Escala de Avaliação do Risco para o Desenvolvimento de Lesões Decorrentes do Posicionamento Cirúrgico (ELPO), desenvolvida por Lopes (2014) e validada para a população portuguesa (ELPO-PT) por Guimarães (2022). Esta contempla sete itens de avaliação: posição cirúrgica, tempo de cirurgia, tipo de anestesia, superfície de suporte, posição dos membros, comorbilidades e idade da pessoa. Cada parâmetro é classificado numa escala de 1 a 5 (Guimarães, 2022). Lopes et al. (2016) concluíram que a escala ELPO é válida e confiável para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões devido ao posicionamento cirúrgico na pessoa em situação perioperatória adulta. Guimarães (2022) considera que:

“a implementação da ELPO-PT representa uma mais-valia na prevenção de UPP, dor e lesões nervosas, já que permite reconhecer os pacientes de alto risco de desenvolvimento de lesões, abrindo portas para a implementação de cuidados diferenciados durante procedimentos anestésico-cirúrgicos, elaboração de protocolos de cuidados e implementação de estratégias de prevenção, caminhando para a diminuição da incidência de UPP neste contexto e prevenindo os eventos adversos decorrentes do posicionamento da pessoa em situação perioperatória” (p.70).

Pereira (2023) concluiu que a escala ELPO-PT:

“demonstrou ser preditiva do risco de desenvolver lesões associadas ao posicionamento, uma vez que os doentes em que se obteve scores mais elevados, indicativos de maior risco para o desenvolvimento de lesões foram os doentes que efetivamente desenvolveram algum tipo de lesão” (p.100).

A aplicação de ferramentas validadas e sensíveis ao contexto específico dos cuidados perioperatórios representa um passo importante na melhoria da qualidade dos cuidados de saúde e na segurança da pessoa, conforme nos remete o *Perioperative Patient Focused Model*, que enfatiza o cuidado centrado na pessoa e a adoção de estratégias preventivas e individualizadas para garantir a segurança e o bem-estar da pessoa em todos os momentos do processo perioperatório.

A possibilidade do local de estágio poder evoluir dando resposta às mais recentes evidências na área da prevenção de lesões associadas ao posicionamento cirúrgico permitiu um diálogo construtivo entre a aluna, o enfermeiro tutor e alguns elementos da equipa com perspetivas para no futuro se trabalhar no desenvolvimento de projetos de melhoria que visem colmatar esta lacuna.

Durante o estágio no BO de urgência, a aluna teve a oportunidade de agir com pertinência nas diferentes áreas de atuação: anestesia, circulação e instrumentação focando a sua intervenção nos quatro domínios do *Perioperative Patient Focused Model* já anteriormente descritos: segurança, respostas fisiológicas, respostas comportamentais e sistema de saúde. Iremos destacar neste relatório a atuação na área de circulação uma vez que o primeiro objetivo específico deste estágio foi desenvolver competências específicas de enfermagem na área da circulação em contexto de BO de Urgência. O enfermeiro circulante cuida da

pessoa em situação perioperatória de uma forma holística, responsabiliza-se pelo seu acolhimento e dá resposta às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança. Tem um papel fulcral em “dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica, competindo-lhe: organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o ato cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e equipa cirúrgica” (AESOP, 2012, p.128).

Durante o estágio a aluna procurou integrar-se das técnicas cirúrgicas mais realizadas no BO de urgência e dos respetivos materiais e equipamentos utilizados. Nos períodos prévios às cirurgias colaborou na verificação de condições ambientais da sala operatória e na preparação do material necessário para as mesmas, realizou a admissão da pessoa e respetivas atividades associadas a este processo, garantiu a verificação da lista de verificação de segurança cirúrgica (LVSC) - Cirurgia Segura Salva-Vidas; colaborou com o enfermeiro de anestesia; verificou o funcionamento dos equipamentos necessários; e colaborou no posicionamento cirúrgico como já descrito.

Durante a cirurgia destacamos as atividades de colocação das mesas cirúrgicas respeitando a assepsia cirúrgica, de providenciar novos dispositivos no decorrer da cirurgia sempre que necessário, colaborar com o enfermeiro instrumentista na contagem de compressas e instrumentos cirúrgicos, acondicionar e registar as peças para anatomia patológica e microbiologia e documentar a utilização de dispositivos médicos implantáveis.

Por fim, no final da cirurgia, colaborar na elaboração do penso cirúrgico e no transporte da pessoa ao Recobro, supervisionar o protocolo de higienização da sala e dos equipamentos e reorganizar a sala para a cirurgia de urgência seguinte. Muitas outras atividades poderiam ser descritas. Refletimos ao longo deste estágio a exigência do papel do enfermeiro circulante na sua função de manutenção da segurança da pessoa e do ambiente necessário ao ato cirúrgico. São necessários conhecimentos científicos e técnicos que permitem conhecer e compreender a complexidade do ambiente cirúrgico incluindo em situações de emergência ou de limite.

O enfermeiro especialista em Enfermagem Perioperatória, no papel de enfermeiro circulante, além de todas as competências inerentes a este papel, detém competências de gestão, supervisão e liderança essenciais ao cuidado especializado. A complexidade dos procedimentos cirúrgicos e de materiais usados na sala operatória de urgência representaram uma limitação à autonomia da aluna nesta função em alguns momentos mais exigentes, como os de resposta a situações complexas e de imprevisibilidade. Tentamos colmatar essa dificuldade através de estudo autónomo e da partilha de conhecimentos do tutor e restantes elementos da equipa. A perícia e autonomia do enfermeiro perioperatório

leva tempo a ser atingida. Não obstante, consideramos que a aluna demonstrou uma evolução muito favorável durante o estágio no desempenho desta função.

A terceira unidade desta competência específica é o **desenvolvimento da intervenção numa perspetiva interprofissional**. O trabalho do enfermeiro no BO implica uma estreita relação com várias pessoas de diferentes grupos profissionais de saúde. Durante o estágio, a aluna relacionou-se com vários profissionais, entre eles: enfermeiros do BO, enfermeiros dos serviços de urgência, internamento e unidade de cuidados intensivos, cirurgiões, anestesiológicos, assistentes operacionais, técnicos de diagnóstico e terapêutica, técnicos de farmácia e técnicos de análises laboratoriais. Uma abordagem interprofissional permitiu um trabalho conjunto, com partilha de informações, habilidades e experiências, culminando em cuidados abrangentes e de alta qualidade à pessoa.

A cooperação e colaboração interprofissional ajudaram a garantir que as necessidades da pessoa fossem abordadas de forma eficaz durante todo o processo cirúrgico. Deste processo destacamos as competências de comunicação efetiva visando a segurança cirúrgica, de tomada de decisão compartilhada e de gestão de *stress* e conflitos. Reconhecemos que uma abordagem colaborativa que reconhece a importância de integrar diferentes profissionais de saúde é essencial para oferecer cuidados perioperatórios seguros e de alta qualidade e que o enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória assume um papel de liderança na gestão das relações interprofissionais.

O enfermeiro especialista em EPSP deve adequar estratégias facilitadoras da comunicação que contribuem para o aumento da segurança dos procedimentos cirúrgicos, deve comunicar de forma eficaz visando a segurança cirúrgica e deve planear e implementar formação e treino da equipa (Regulamento n.º 429/2018, 2018). Este foi o ponto de partida para o segundo objetivo de estágio “desenvolver, pelo menos, um projeto de melhoria contínua após auscultação das necessidades e apresentar à equipa”. Realizámos um projeto de melhoria sobre a segurança da comunicação na transição de cuidados de enfermagem no BO – metodologia ISBAR (Identificação, Situação atual, Background/Anamnese, Avaliação e Recomendações).

Aumentar a segurança da comunicação na transição de cuidados representa um desafio para os sistemas de saúde e a sua relevância tem-se espelhado nas políticas nacionais tendo sido um dos objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2015-2020 (Despacho n.º 1400-A/2015, 2015) e integra o atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), que considera que a comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros. Neste plano em

vigor, um dos objetivos estratégicos do 3º Pilar “Comunicação” é “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados”.

A utilização de ferramentas de uniformização de comunicação é recomendada pela WHO (2007) e *Joint Commission* (2017) e, para a consecução desta recomendação, a DGS emitiu a Norma 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017) que normaliza que, para a segurança da pessoa, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados utilizando a técnica ISBAR que é uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.4).

A comunicação desempenha um papel crucial na segurança da pessoa em situação perioperatória, especialmente durante a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde. A AORN (2018) refere que falhas na comunicação e informações incompletas ou ausentes da pessoa em situação perioperatória são as causas mais comuns de eventos sentinela e representam uma ameaça significativa à segurança da pessoa, recomendando o uso de um processo de transferência de informação padronizado. Vários estudos em contexto perioperatório reconhecem os benefícios na implementação da ferramenta ISBAR. Halterman et al. (2019) constataram um aumento significativo de 13% para 82% no número de transmissões de informação completas do BO para a unidade de cuidados pós anestésicos com o uso desta ferramenta. Com o objetivo de investigar a transferência de informação do período intraoperatório para o pós-operatório com o uso do ISBAR como uma ferramenta de diálogo estruturado, Kaltoft et al. (2022) concluíram que o conhecimento e o foco na transmissão verbal influenciam a comunicação, a eficácia da equipa e a qualidade das transferências.

No local de estágio não estava implementado o uso de uma ferramenta estruturada para a transmissão de informação nos processos de transição de cuidados de enfermagem e a ferramenta de apoio escrito usada para registar a informação relevante da pessoa em situação perioperatória não respondia às necessidades. Os Sistemas de Informação em Enfermagem usados no hospital do local de estágio e a falta de interoperabilidade dos mesmos dificultam o processo de continuidade, acessibilidade e qualidade da informação sobre os cuidados prestados, resultando em fragmentação da informação e consequente dificuldade na obtenção de uma visão holística e precisa da situação clínica da pessoa.

Dada a problemática descrita e os consequentes riscos potenciais para a segurança da pessoa, realizámos um projeto de melhoria com o título “Segurança da Comunicação Na Transição de Cuidados de Enfermagem no BO – Metodologia ISBAR” que teve como objetivo implementar a metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO do local de estágio, de acordo com a norma preconizada pela DGS (2017). Além do documento escrito

do projeto de melhoria (ANEXO XI), as principais atividades desenvolvidas foram: a elaboração de um poster com o significado da mnemónica ISBAR a afixar nos principais locais de transição de cuidados (disponível no ANEXO XI); a elaboração de uma proposta de ferramenta de apoio escrito para a informação relevante da pessoa em situação perioperatória segundo a mnemónica ISBAR (disponível no ANEXO XI); a realização de uma formação à equipa de enfermagem sobre o projeto de melhoria (ANEXO XII); e a elaboração de um poster a afixar na área de comunicação do BO com um resumo da informação transmitida na formação para rápida consulta (disponível no ANEXO XI). Aplicámos um inquérito de avaliação da satisfação da ação de formação e obtivemos resultados muito satisfatórios (ANEXO XIII).

Perante a falta de utilização de uma ferramenta de uniformização de comunicação reconhecemos a pertinência do desenvolvimento deste projeto de melhoria contínua da qualidade para a garantia da melhoria dos processos de comunicação na transição de cuidados. Consideramos que o objetivo, a meta e as respetivas atividades do projeto de melhoria contínua desenvolvido permitem dar contributos significativos para a prática clínica no âmbito da segurança dos cuidados, uma vez que dá resposta a orientações da norma da DGS para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. A equipa mostrou-se recetiva e envolvida no projeto. Consideramos que será uma mudança com impacto muito significativo na qualidade da transição da informação de enfermagem e, conseqüentemente, na segurança da pessoa.

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

No BO, pela especificidade e complexidade ambiental e tecnológica, a necessidade de gestão de risco e de promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória emerge de forma particularmente crítica (AESOP, 2012). A OMS reconhece que as complicações dos cuidados cirúrgicos se tornaram uma das principais causas de morte e de incapacidade no mundo, sendo que uma grande percentagem das mesmas é evitável (DGS, 2010). Considerando esta problemática, espera-se do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP a mobilização de conhecimentos e habilidades que garantam a segurança dos cuidados, especificamente através das ações inerentes à sua competência específica de maximizar a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica (Regulamento nº 429/2018, 2018).

“A Consciência cirúrgica é um princípio ético e moral que orienta o enfermeiro na prática de cuidar a pessoa em situação perioperatória, agindo em seu benefício em qualquer situação independentemente do controlo externo efetuado” (OE, 2017, p.27). Das principais atividades desenvolvidas em estágio dentro da unidade de competência **“Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório”**, destacamos: a atuação como modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica; a garantia de condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos e anestésicos; o uso de estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos; o controlo da segurança perioperatória através da verificação da LVSC - Cirurgia Segura Salva-Vidas; e a gestão do risco e controlo de segurança perioperatória.

A atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória como modelo de referência, promovendo uma cultura de consciência cirúrgica, foi o ponto de partida para um dos objetivos específicos que definimos para este estágio de “Perceber a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória em contexto de BO de Urgência”.

Durante o estágio percebemos, junto do enfermeiro tutor e de outros enfermeiros especialistas em EMC o papel diferenciador do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória, que se destaca pela sua excelência técnica, conhecimento especializado e contínuo; pela maximização da segurança da pessoa em situação perioperatória; pelas competências de liderança e otimização do trabalho em equipa; pelo papel de tutoria e de modelo de referência; pela ética e humanização dos cuidados e pela implementação da prática baseada na evidência. Estas competências avançadas melhoram não só os cuidados à pessoa, como também o ambiente de trabalho positivo e colaborativo, essencial para a excelência dos cuidados de saúde.

O contexto de BO de urgência, pelo seu alto nível de complexidade, dinamismo e necessidade de respostas rápidas e precisas, apresenta exigências específicas que tornam o papel do enfermeiro especialista em EPSP ainda mais crítico e necessário. Perante situações de emergência que a aluna presenciou em estágio, destacamos, de entre as competências supracitadas, o papel de liderança e de gestão de prioridades. Quando o enfermeiro especialista recebia a comunicação da existência de uma pessoa na sala de emergência com necessidade emergente de cuidados cirúrgicos, a realização imediata de um *briefing* para avaliação e priorização das necessidades mais críticas mostrou-se essencial. A atitude de liderança durante todo o processo de cuidados promoveu uma comunicação eficaz, a

garantia da adesão aos protocolos de segurança, a otimização dos cuidados e um ambiente de trabalho focado na segurança da pessoa.

De facto, segundo Whiteside (2016), como líderes perioperatórios revela-se importante incentivar comportamentos éticos e profissionais, apoiar a equipa de enfermagem no seu compromisso com a segurança da pessoa perioperatória, partilhar conhecimentos atualizados para a prática baseada na evidência e incentivar o crescimento profissional.

Nesse sentido, o uso de *debriefing* é também uma ferramenta muito útil, que permite a reflexão em equipa sobre os eventos críticos e que promove uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados (Skegg et al., 2023). Deve ser realizado, idealmente, no imediato após a cirurgia e deve incluir toda a equipa cirúrgica (Bourget-Murray et al., 2022). A literatura aponta para várias vantagens do uso deste método. A reflexão em equipa permite aprender com a experiência dos outros elementos (Skegg et al., 2023). É um momento que proporciona a oportunidade de aprendizagem partilhada e aberta, que permite encontrar soluções para os erros evitáveis, melhorar comportamentos e, conseqüentemente, melhorar a segurança e a melhoria contínua dos cuidados (Bourget-Murray et al., 2022).

No local de estágio não verificamos uma implementação do *debriefing* de forma consistente. A aluna empenhou-se em introduzir este método na prática clínica, sobretudo após situações mais complexas, o que se revelou um grande desafio devido à resistência por parte de alguns membros da equipa em aderir a esta prática.

Perante situações com este nível de exigência a aluna sentiu dificuldades em atingir autonomia para se tornar líder na gestão das mesmas. No entanto, consideramos que atingimos o objetivo traçado. Percebemos a intervenção do Enfermeiro Especialista em EPSP como modelo de referência em contexto de Bloco de Urgência, sendo que esta percepção se tornou essencial e referenciadora na estruturação do conhecimento especializado da aluna como líder neste contexto.

A garantia de condições de boa prática e dotações seguras para o início e/ou continuidade dos procedimentos cirúrgicos foi assegurado conforme Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 743/2019, 2019) com a existência dos seguintes postos de trabalho: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia.

Práticas inseguras de medicação e erros de medicação são uma das principais causas de danos evitáveis nos sistemas de saúde em todo o mundo. Uma revisão com meta análise de 2021 concluiu que a percentagem média de mortes hospitalares evitáveis relacionadas ao uso de medicamentos foi de 45,2% (Patel et al., 2021). A relevância de aumentar a segurança

na utilização da medicação tem-se verificado nas políticas nacionais tendo sido um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015, 2015) e integra o atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), com a sua referência no 5º Pilar “Práticas Seguras em Ambientes Seguros”.

Relativamente ao armazenamento dos fármacos, a DGS recomenda: sinalizar os medicamentos de alerta máximo, para que se destaquem dos restantes (DGS, 2015a) e desenvolver estratégias e implementar medidas de diferenciação dos medicamentos *Look-Alike, Sound-Alike* (LASA) na sua identificação escrita através da alteração do grafismo na denominação, aplicando o método de inserção de letras maiúsculas e a utilização de cores, negrito ou outros (DGS, 2014). Estas Normas são referenciadas na Orientação 014/2015 da DGS “Processo de Gestão da Medicação” (DGS, 2015b).

Uma revisão sistemática da literatura de 2018 refere que os erros de medicação perioperatórios são uma causa comum de morbidade e mortalidade da pessoa em situação perioperatória (Boytim & Ulrich, 2018). Os autores obtiveram como principais conclusões do estudo: que o ambiente perioperatório, pela sua complexidade e fluxo de pessoas em situação perioperatória, pode contribuir para a ocorrência frequente de erros de medicação; que a frequência de erros de medicação é de 1 em 20 administrações e 1 em 1.285 cirurgias; e que as causas frequentes de erros de medicação são: desempenho, distração, comunicação, pressa, desatenção, má comunicação, *déficits* de conhecimento, erros de rotulagem e trocas de seringas (Boytim & Ulrich, 2018).

Considerando a evidência científica, a aluna procurou o uso de estratégias e medidas de segurança para evitar danos decorrentes da administração de terapêutica e procedimentos anestésicos tais como: discutir o plano anestésico com o anestesista sempre que possível antes de receber na sala a pessoa em situação perioperatória, concentrar-se e focar-se na preparação e administração de medicação, confirmar o nome e dosagem de fármacos em situações de dúvida ou ruído, rotular as seringas de medicamentos com etiquetas disponíveis no serviço para o efeito, entre outras. As gavetas do carro de anestesia das salas operatórias do BO destinadas ao armazenamento dos fármacos têm etiquetas de identificação que contribuem para a redução do erro: são de fácil leitura; para medicamentos LASA têm o método de inserção de letras maiúsculas (*Tall Man Lettering*) e a negrito segundo listagem da DGS da norma 020/2014 (DGS, 2014) e ainda um símbolo “STOP” para reforço de alerta; têm o símbolo “Perigo” para reforço de alerta para medicamentos da lista de medicamentos de alerta máximo da norma 014/2015 da DGS (DGS, 2015a); para medicamentos com mais do que uma dosagem disponível têm um símbolo de “semáforo” para reforço de alerta e evitar trocas acidentais.

A OMS (2009) fez representar o segundo desafio global para a segurança da pessoa pelo projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” com o objetivo principal de reduzir as complicações e mortalidade relacionadas à cirurgia em todo o mundo, através da implementação de um conjunto de diretrizes e práticas seguras. Esta ferramenta contempla três fases principais de verificação. A primeira fase, antes da indução anestésica, inclui a confirmação da identidade da pessoa, do local do procedimento cirúrgico e do seu consentimento, além da verificação de alergias e riscos específicos, assegurando que todos os equipamentos necessários estejam disponíveis e funcionais. A segunda fase ocorre antes da incisão cirúrgica, onde a equipa confirma novamente a identidade da pessoa, o procedimento a ser realizado e o local da cirurgia. Neste momento, o cirurgião, o anestesista e a equipa de enfermagem discutem aspetos críticos do procedimento, como a duração prevista e possíveis complicações, assegurando uma comunicação clara e eficiente entre todos os elementos. A terceira e última fase, realizada antes da pessoa sair da sala operatória, inclui a contagem dos instrumentos, compressas e corto-perfurantes, rotulagem de produtos biológicos e comunicação sobre principais preocupações e necessidades da pessoa.

Em 2013, a DGS emitiu a Norma 02/2013 (2013) “Cirurgia Segura, Salva Vidas” tornando obrigatório em todos os blocos operatórios do SNS e das entidades com ele contratadas a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva Vidas” de acordo com as orientações da OMS, sendo considerado padrão mínimo de qualidade clínica. A garantia da segurança cirúrgica é uma preocupação mundial que se tem refletido nas políticas nacionais, tendo sido um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020, objetivo 3, que previu a implementação do projeto “Cirurgia Segura, Salva-Vidas” estabelecendo como meta utilizar em 95% das cirurgias a LVSC (Despacho nº 1400-A/2015, 2015).

No decorrer do estágio, a aluna primou por implementar a LVSC a todas as pessoas em situação perioperatória e por incentivar a equipa a participar neste processo na garantia da segurança dos cuidados. Refletimos sobre a importância desta ferramenta que desempenha um papel fundamental na promoção da segurança da pessoa, na prevenção de erros, na padronização de práticas e na melhoria dos resultados cirúrgicos. O facto de nem todos os profissionais estarem sensibilizados para esta ferramenta representou uma dificuldade para o seu cumprimento efetivo. A sua implementação requer o comprometimento de toda a equipa em aderir às suas etapas e promover uma cultura de segurança. A estratégia que a aluna adotou para a sensibilização da equipa foi a fundamentação científica que sustenta os benefícios do seu uso e a exposição das recomendações mundiais e nacionais pelas entidades reguladoras da saúde. Uma comunicação clara e efetiva entre os profissionais permite a

partilha de informações relevantes, a discussão de preocupações e das etapas a serem seguidas. Isso promove um trabalho em equipa mais eficaz e eficiente.

A segurança da pessoa é reconhecida como um grande e crescente desafio à saúde pública global. Constitui um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde e um aspeto crucial para a confiança dos cidadãos no sistema de saúde (Despacho 1400-A/2015, 2015). A *World Alliance for Patient Safety* (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) foi uma iniciativa da OMS criada em 2004 com o objetivo principal de promover a segurança da pessoa em nível global, reconhecendo a importância de abordar questões de segurança numa escala internacional. Desde então, são várias as iniciativas e recomendações de entidades de referência para esta temática.

A OMS publicou, em 2009, a Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente, traduzida em 2011 para português (DGS, 2011), que estabelece uma linguagem de referência para a recolha de informação uniforme e comparável para a notificação e análise de incidentes. A DGS tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012. O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por “Notific@”, tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro (DGS, 2019), afirma que a segurança da pessoa constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais no âmbito do direito à proteção da saúde e reforça o papel do SNS enquanto promotor da mesma. A OMS publicou, em 2020, o relatório “*Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance*”, onde sublinha a relevância dos sistemas de notificação de incidentes para mitigar danos e prevenir a sua ocorrência no futuro, assim como, na aprendizagem com o erro ao longo de todo o processo e coloca o foco na cultura de segurança, uma vez que um incidente só existe a partir do momento em que é notificado. O 4º pilar do atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021) é a “Prevenção e gestão de incidentes de segurança” tendo como objetivo estratégico “Aumentar a cultura e transparência da notificação de incidentes de segurança do doente no Notifica”.

O ambiente perioperatório apresenta desafios específicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória comparativamente com outros ambientes hospitalares. Os incidentes associados à atividade cirúrgica são mais frequentemente evitáveis e têm consequências mais graves, comparativamente a eventos adversos que ocorrem noutra contexto (Zegers et al., 2011). Como já referimos, Vries et al. (2008) estimaram que cerca de

40% dos eventos adversos ocorrem nas salas operatórias e que muitos destes eventos são resultado de erros evitáveis.

Considerando esta problemática e a importância da gestão do risco e controlo da segurança perioperatória, a aluna em estágio percebeu que a equipa tinha uma baixa adesão à notificação de incidentes. Como já referido anteriormente, o *report* limitava-se a maioria das vezes aos responsáveis de sala e à enfermeira gestora sendo raras as notificações no sistema do hospital destinado para o efeito. Face a esta problemática, realizámos uma avaliação diagnóstica sobre o tema com recurso a um questionário com 5 questões fechadas e 2 questões abertas (ANEXO XIV). 92,9% dos enfermeiros que responderam ao questionário referiram que nos últimos 2 anos não receberam formação sobre a notificação de incidentes no BO. 82,1% referiram já ter presenciado ou ter conhecimento de incidentes no BO que não foram notificados. 67,9% referiram que nos últimos 12 meses não notificaram a ocorrência de incidentes.

Face aos resultados obtidos, consideramos pertinente a realização de uma ação de formação em serviço (ANEXO XV) sobre a temática, com os objetivos de: promover uma cultura de segurança juntos dos enfermeiros, particularmente no que diz respeito à notificação de incidentes no BO; contextualizar sobre a importância da notificação de incidentes para a segurança da pessoa em situação perioperatória; e promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências na utilização da plataforma adotada no hospital: RISI (Recursos, Ideias e Soluções Informáticas) – HER+ (Health Event & Risk management). Para a consecução do último objetivo, convidámos a enfermeira responsável pelo Gabinete de Gestão de Risco do hospital que informou a equipa sobre o processo de gestão de incidentes e mostrou a plataforma RISI–HER+, com simulação de notificação de incidentes e esclarecimentos de dúvidas. No final foi aplicado um inquérito de satisfação com a obtenção de resultados muito satisfatórios e que podem ser consultados em ANEXO XVI.

Consideramos que esta intervenção formativa junto da equipa contribuirá para a gestão do risco e aumento da segurança dos cuidados, uma vez que a notificação é essencial para a segurança da pessoa e para a melhoria contínua da qualidade dos serviços de saúde. Essa prática permite identificar falhas nos processos, promovendo a análise de causas e a implementação de medidas corretivas. Além disso, a notificação contribui para a criação de uma cultura de transparência e aprendizagem, onde os profissionais se sentem seguros para reportar, o que resulta numa maior consciencialização sobre os riscos e na promoção de práticas mais seguras. Com a notificação é possível identificar padrões e tendências, contribuindo para a prevenção de futuros incidentes e, conseqüentemente, melhorar os cuidados. Além dos contributos específicos desta sessão, foi gratificante sentir a envolvimento

da equipa com sugestões para novas temáticas de formação. A Pandemia Covid19 afetou a atividade formativa regular do serviço motivo pelo qual a realização desta sessão teve como nosso objetivo pessoal impulsionar a atividade formativa, uma vez que:

“A natureza da profissão de enfermagem e as características do seu exercício fazem com que se deva privilegiar a formação em serviço como forma de manter actualizados, aprofundar e desenvolver os conhecimentos adquiridos nos cursos básicos e pós-básicos de enfermagem, prevendo-se nesta carreira mecanismos que favoreçam e permitam concretizar este tipo de formação contínua” (Decreto-Lei nº 437/91, 1991, p. 5723).

O enfermeiro especialista é aquele que **lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios.**

"As Infeções Associadas a Cuidados de Saúde (IACS) e o aumento da resistência dos microrganismos aos antimicrobianos (RAM) são uma problemática de importância crescente à escala mundial que aumentam a morbilidade e a mortalidade, prolongam os internamentos e agravam os custos em saúde” (DGS, 2017a, p.5).

Esta preocupação verifica-se no Objetivo Estratégico “5.3. Reduzir as infeções associadas aos cuidados de saúde (IACS) e as resistências aos antimicrobianos (RAM)” do Pilar 5. “Práticas Seguras em Ambientes Seguros” do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

Nos cuidados perioperatórios, a Infeção do local cirúrgico (ILC) assume grande relevância e preocupação, esta “está relacionada com o procedimento cirúrgico, ocorre no local da incisão cirúrgica ou próximo dela (incisional ou órgão/espaco), nos primeiros trinta dias do pós-operatório, ou até um ano no caso de colocação de prótese ou implante/transplante” (DGS, 2013a, p. 5-6).

No decorrer do estágio, a aluna desempenhou um papel ativo nesta unidade de competência priorizando as indicações que constam na norma clínica da DGS (2022): “Feixe de Intervenções” para a Prevenção da ILC. No contexto de BO de urgência torna-se muitas vezes impossível a realização dos banhos pré-cirúrgicos com clorexidina (2 a 4%) na noite anterior ao dia da cirurgia e no dia da cirurgia com pelo menos 2 horas de antecedência, conforme indica a norma. No entanto, todas as restantes medidas possíveis de colocar em prática foram uma prioridade. A aluna cooperou no cumprimento dos princípios da gestão adequada

e oportuna da profilaxia antibiótica cirúrgica à luz das recomendações da Norma “Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto” (DGS, 2022a). Na admissão da pessoa, verificou sempre a prescrição de antibioterapia e garantiu, em parceria com o enfermeiro de anestesia, que a mesma era realizada nos 60 minutos que antecedem a incisão cirúrgica. Cooperou ainda no cumprimento da repicagem intra-operatória do antibiótico, consoante as recomendações da mesma norma. Outras intervenções relevantes realizadas e que constam no feixe de intervenções foram a garantia da antisepsia da pele da pessoa imediatamente antes da incisão, utilizando uma solução antisséptica de clorexidina a 2% em álcool a 70% (exceto quando contraindicado) e sempre de acordo com as instruções do fabricante; a garantia da homeostasia pré/intra-operatória da pessoa com intervenções para a manutenção da normotermia (temperatura $\geq 36^{\circ}\text{C}$) a manutenção da normoglicemia (≤ 180 mg/dl), a manutenção da saturação periférica de oxigénio igual ou superior a 95%; a perfusão adequada durante a cirurgia; e a colaboração na técnica assética na realização do penso (DGS, 2022).

No papel de enfermeira circulante, garantiu que cumprissem que se fizessem cumprir, por todos os elementos, as práticas recomendadas para a prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios, tais como: uso de vestuário próprio ao ambiente cirúrgico; uso de máscara cirúrgica nas áreas restritas do BO quando decorriam procedimentos cirúrgicos ou quando existiam materiais estéreis abertos; entre outros. Na preparação das mesas com a abertura do material cirúrgico, primou por cumprir sempre a técnica asséptica. Durante o estágio, teve a oportunidade de acompanhar enfermeiros instrumentistas na mesa cirúrgica e, para isso, assegurou o cumprimento dos princípios de preparação pré-cirúrgica das mãos cumprindo as indicações da Norma 007/2019 da DGS “Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde” (DGS, 2019) e de práticas recomendadas, como permanecer junto do campo estéril estabelecido, mover-se e comportar-se de forma a manter a integridade do campo estéril e a proporcionar um ambiente cirúrgico seguro e manter a esterilidade de todos os materiais cirúrgicos utilizados dentro do campo estéril. Todas estas experiências permitiram refletir sobre o papel crucial do enfermeiro na prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios e sobre a competência acrescida do enfermeiro especialista na gestão desta problemática para a segurança da pessoa.

A prática de enfermagem perioperatória é fortemente influenciada pelos avanços da tecnologia sendo fundamental o enfermeiro atualizar a prática clínica para um conhecimento especializado, fundamental para a prestação de cuidados seguros à pessoa em situação

perioperatória (Saletnik, 2018). Assim, é esperado do enfermeiro especialista em enfermagem perioperatória a promoção da **gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório**.

Na consecução de um dos objetivos específicos já aqui referido, o desenvolvimento de competências especializadas em enfermagem perioperatória na promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória na função de enfermeira circulante, a garantia de que os dispositivos médicos estavam disponíveis, íntegros e funcionais foi uma das atividades trabalhadas dentro desta unidade de competência. Na sala de BO de urgência a aluna teve a oportunidade de conhecer e atestar a funcionalidade de vários aparelhos. O aparelho de eletrocirurgia é muito utilizado na maioria dos procedimentos. Esta tecnologia representa alto risco para a pessoa em situação perioperatória, como queimaduras, lesões dos tecidos e/ou órgãos, interferências com dispositivos médicos (cardioversor desfibrilador implantável) e alterações sistémicas. Durante a prática, a aluna procurou cumprir recomendações previstas pela AESOP e AORN, entre elas: verificação prévia do funcionamento da unidade eletrocirúrgica, verificação de presença de metais em contacto com a pele da pessoa, cuidados no posicionamento (evitar contacto pele com pele, evitar contacto da pele com superfícies húmidas ou molhadas), cuidados na aplicação da placa dispersiva (íntegra, de tamanho adequado, colocado em área muscular bem perfundida em pele limpa, seca e intacta, do mesmo lado e o mais próximo possível do local da incisão, evitando proeminências ósseas, tecido cicatricial, pelos, superfícies de sustentação de peso, pontos de pressão potencial, tatuagens ou próteses metálicas) (AESOP, 2012; Spruce & Braswell, 2012)

No BO de urgência, são muitos os procedimentos cirúrgicos realizados, de várias especialidades cirúrgicas, por vezes com a utilização de dispositivos médicos implantáveis. Durante o estágio, a aluna colaborou na garantia da sua utilização de acordo com os protocolos e recomendações do fabricante, assegurando a documentação e rastreabilidade dos mesmos.

Para atingir o 4º objetivo específico de estágio de “Perceber como é realizada a gestão de recursos materiais no bloco de urgência” a aluna acompanhou o enfermeiro tutor em turnos de apoio à enfermeira gestora. A reposição de material clínico no BO é realizada por níveis, sendo da responsabilidade do armazém de aprovisionamento a organização de stock consoante as dotações que são estipuladas anualmente. Quando é necessária a alteração de dotação de determinado produto, é necessário o enfermeiro gestor ou enfermeiro especialista em EMC em turnos de apoio à gestão, realizar um pedido ao diretor do aprovisionamento. Para além do armazém de material clínico, existem outros quatro

armazéns. Um deles destinado a material do equipamento de gasometria, um de material hoteleiro, um de material de escritório e outro de material de serviço de instalações e equipamentos. A reposição de material destes quatro armazéns, assim como pedidos de manutenção de equipamentos, são feitos através requisição realizada no sistema informático GHAF (Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia). Por fim, existe ainda material à consignação que necessita de uma requisição nominal (em nome da pessoa em situação perioperatória). Relativamente ao material esterilizado proveniente da unidade de reprocessamento de dispositivos médicos, existe um pequeno *stock* dentro do BO com o material mais utilizado e, todos os dias, a enfermeira responsável da unidade de reprocessamento de dispositivos médicos realiza os pedidos para o dia seguinte que vêm para o BO no dia à noite, em carros próprios.

A gestão de medicação no BO é realizada com recurso ao sistema *Pyxis*, uma solução automatizada para o armazenamento, distribuição e controlo de medicamentos. Este sistema utiliza dispensadores eletrónicos com gavetas ou compartimentos que só pessoas autorizadas têm acesso através de identificações seguras, como senhas ou biometria. Cada transação de medicação é registada, permitindo o rastreamento detalhado e manutenção precisa do inventário que é da responsabilidade dos serviços farmacêuticos.

Uma gestão de materiais eficiente contribui diretamente para a prevenção de erros, evitando faltas de materiais essenciais e riscos durante as cirurgias. Uma boa organização facilita o fluxo de trabalho da equipa e contribui para a redução de desperdícios e otimização dos gastos económicos do hospital. Para isso, o enfermeiro gestor ou o enfermeiro especialista em EMC ou em EMC na área de especialização em EPSP têm um papel fundamental de gestão e revisão diária das necessidades em estreita parceria com a restante equipa que também deve ter o compromisso de comunicar as faltas ou baixos níveis de *stock*.

4. Considerações finais

A “Parte I – Componente de estágio” do presente relatório espelha o percurso de trabalho e de reflexão resultante da experiência da aluna em Estágio de EPSP II do Curso de Mestrado em EMC, com especialização na área de EPSP realizado num BO de urgência de um hospital da região centro do país.

O local de estágio foi apresentado considerando a sua contextualização dentro da instituição de saúde a que pertence, a sua estrutura física, a sua constituição em termos de recursos humanos e de atividades gerais realizadas em equipa.

Uma vez que, independente da sua área de especialidade, o enfermeiro especialista detém competências comuns partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, iniciámos a descrição e reflexão das competências adquiridas no contexto dos quatro domínios de competências comuns do enfermeiro especialista: responsabilidade profissional, ética e legal; melhoria contínua da qualidade; gestão dos cuidados; e desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

Os objetivos principais deste estágio baseiam-se na aquisição de competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização de EPSP. Assim, seguimos o relatório com a descrição e a reflexão das competências específicas adquiridas nos dois domínios: cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa; e maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica.

Considerando estas competências específicas e a reflexão sobre as necessidades do serviço, definimos, em parceria com o enfermeiro Tutor, quatro objetivos específicos de estágio que consideramos terem sido atingidos. A aluna desenvolveu competências especializadas em enfermagem perioperatória na promoção de cuidados à pessoa em situação perioperatória na função de enfermeira circulante, dando resposta às necessidades da equipa cirúrgica através da organização, gestão e controlo de todo o trabalho da sala operatória para que os atos cirúrgicos se realizassem nas melhores condições de segurança para a pessoa e para a equipa cirúrgica. Desenvolvemos um projeto de melhoria contínua sobre a segurança da comunicação na transição de cuidados de enfermagem no BO com a implementação da metodologia ISBAR que permitiu dar contributos significativos para a prática clínica no âmbito da segurança da comunicação e transição de cuidados, uma vez que deu resposta a orientações e normas recomendadas para a temática. Percebemos a intervenção do

Enfermeiro Especialista em Enfermagem Perioperatória em contexto de BO de Urgência, no qual destacamos os papéis de gestão de cuidados e de liderança da equipa. Por fim, com o último objetivo, percebemos como é realizada a gestão de recursos materiais no BO e principalmente a importância do enfermeiro especialista em EMC em assegurar que todos materiais e equipamentos necessários estejam disponíveis e em condições adequadas para o seu uso.

Além dos objetivos específicos de estágio, descrevemos e refletimos sobre questões chave dos cuidados de enfermagem perioperatórios. As principais dificuldades sentidas em estágio prenderam-se com a falta de autonomia em situações complexas ou emergentes que requeriam uma resposta rápida e eficaz. O apoio do enfermeiro tutor, o estudo autónomo e a experiência ao longo do tempo foram as principais ferramentas usadas para ultrapassar essa dificuldade. Temos consciência que não possível dominar completamente todas as competências avançadas com o culminar da experiência em estágio. Esse processo de aprendizagem e desenvolvimento exige tempo e prática constante. No entanto, o estágio sob tutoria e orientação de enfermeiros especialistas em EMC oferece os alicerces necessários para um *continuum* de desenvolvimento dessas competências.

Assim, a primeira parte do presente relatório deu resposta aos objetivos inicialmente estabelecidos. A sua realização representou um desafio de síntese de toda a experiência vivenciada tendo sido a maior dificuldade sentida.

Consideramos que este estágio, no percurso formativo da aluna como Enfermeira Especialista, permitiu desenvolver o pensamento crítico, conhecimento especializado, habilidades complexas de tomada de decisão e competências clínicas para a prática de enfermagem avançada. A estrutura conceptual que guiou a prática em estágio foi o *Perioperative Patient Focused Model*, através de uma intervenção centrada na pessoa em situação perioperatória orientada para resultados de alta qualidade. O ambiente formativo proporcionado em estágio facilitou este percurso na procura de novos conhecimentos assim como da aplicação de conceitos teóricos previamente adquiridos para a prática clínica.

Consideramos que o enfermeiro especialista em EMC na área de EPSP deve ser um agente de mudança na equipa e, na procura da melhoria dos cuidados, deve identificar de forma contínua as fragilidades e lacunas como ponto de partida para o aprimoramento das práticas na procura da qualidade e a segurança dos cuidados.

PARTE II – COMPONENTE DE INVESTIGAÇÃO

Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o *Stress* Ocupacional no Bloco Operatório de Urgência

1. Resumo

Enquadramento: A prestação de cuidados em bloco operatório de urgência é desafiante e propensa a fatores de *stress* pela necessária atuação rápida e eficaz em urgências/emergências cirúrgicas e anestésicas, que podem ter impacto na saúde física e mental dos enfermeiros e diminuir a eficiência dos cuidados de enfermagem.

Objetivo: Compreender a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no bloco operatório de urgência.

Metodologia: Realizou-se um estudo qualitativo de natureza descritiva, transversal com características fenomenológicas, com recurso a uma entrevista semiestruturada a uma amostra de 15 enfermeiros a exercerem funções num BO de urgência do Serviço Nacional de Saúde: 5 enfermeiros proficientes; 5 enfermeiros peritos; e 5 enfermeiros especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica ou em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

Resultados: A indisponibilidade ou o mau estado do material, as relações interpessoais e a exigência do trabalho no bloco operatório de urgência foram os principais fatores de *stress* descritos. Sentimentos de ansiedade, medo e frustração foram os mais percecionados. O impacto na vida pessoal resulta em cansaço com influência nas relações familiares. O impacto na vida profissional é percecionado na redução da aptidão para reagir adequadamente às situações sendo que, relativamente ao impacto direto na prestação de cuidados, os enfermeiros percecionam falhas de comunicação no estabelecimento da relação empática com a pessoa em situação perioperatória e risco de erros e incidentes. As estratégias de *coping* mais utilizadas incluem o suporte social entre pares e técnicas de autocontrolo e gestão emocional. Foram feitas várias sugestões de melhoria. Não se verificaram diferenças de percepção entre os grupos da amostra.

Conclusão: Este estudo permitiu uma compreensão sobre o *stress* ocupacional dos enfermeiros perioperatórios de urgência sendo um ponto de partida para se aprofundar o conhecimento nesta área e implementarem estratégias de intervenção para minimizar o *stress* e melhorar a qualidade dos cuidados.

Palavras chave: Estresse Ocupacional; Enfermagem Perioperatória; Enfermagem em Emergência.

2. Abstract

Background: Providing care in an emergency operating room is challenging and prone to stress factors due to the need for rapid and effective action in surgical and anesthetic emergencies, which can impact the physical and mental health of nurses and reduce the efficiency of nursing care.

Objective: To understand perioperative nurses' perceptions of occupational stress in the emergency operating room.

Methods: A qualitative, descriptive, cross-sectional study with phenomenological characteristics was conducted using a semi-structured interview with a sample of 15 nurses working in an emergency operating room within the National Health Service: 5 proficient nurses, 5 expert nurses, and 5 specialist nurses in Medical-Surgical Nursing or in Medical-Surgical Nursing with a specialization in Nursing for the Perioperative Patient.

Results: The main stress factors reported included material unavailability or poor condition, interpersonal relationships, and the demands of working in an emergency operating room. Feelings of anxiety, fear, and frustration were the most frequently perceived emotions. The impact on personal life manifested as fatigue, influencing family relationships. In professional life, stress was perceived to reduce the ability to respond adequately to situations. Regarding the direct impact on patient care, nurses reported communication breakdowns in establishing an empathetic relationship with perioperative patients, along with an increased risk of errors and incidents. The most commonly used coping strategies included peer social support and techniques for self-control and emotional management. Various suggestions for improvement were proposed. No perceptual differences were noted between the sample groups.

Conclusion: This study provided an understanding of occupational stress among perioperative nurses in emergency settings, serving as a starting point for deepening knowledge in this area and implementing intervention strategies to reduce stress and improve care quality.

Keywords: Occupational Stress; Perioperative Nursing; Emergency Nursing.

3. Fundamentação/Enquadramento teórico

Interessa fornecer uma base conceptual que sustente o presente estudo, contextualizando o problema dentro do conhecimento existente, pelo que consolidámos o enquadramento teórico, procurando justificar a relevância do tema, identificando lacunas no saber e credibilizando a investigação, estando ancorada em fundamentos sólidos e científicos.

3.1. *Stress - conceito*

Em termos biológicos, o conceito de *stress*, foi introduzido em 1936 na área da saúde pelo fisiologista Hans Selye como “uma resposta não específica do corpo a qualquer fator de mudança” (*International Labour Office* [ILO], 2016, p.2), sendo que os fatores de *stress* podem ser: biológicos, uma condição ambiental, um estímulo externo ou um evento que desencadeiam uma resposta fisiológica e psicológica do organismo. Selye é, assim, amplamente reconhecido como o "pai do conceito de *stress*". Além de introduzir este conceito no contexto da biologia e da medicina, desenvolveu a "Síndrome Geral de Adaptação" para descrever as respostas do corpo a qualquer desafio (Tan & Yip, 2018). Com a sua investigação, Selye concluiu que, quando confrontado com um agente causador de *stress*, o corpo desencadeia uma série de reações biológicas passando por três fases:

- Fase de Alarme: nesta fase inicial, o corpo identifica o agente causador de *stress* e ativa o sistema nervoso simpático que, por sua vez, leva à libertação de hormonas como a adrenalina, noradrenalina e o cortisol, pelas glândulas suprarrenais. Estas preparam o organismo para a "luta ou fuga", aumentando a frequência cardíaca, a pressão arterial e a energia muscular (Selye, 1950; Sharma, 2018; Tan & Yip, 2018).

- Fase de Resistência: se o agente desencadeante de *stress* persiste, o corpo entra num estado de resistência e utiliza todos os seus recursos para se adaptar à situação e manter a homeostasia. Daqui resultam vários tipos de problemas físicos (alterações no sono, cansaço, dores musculares, indigestão, obstipação, etc.), mentais (falta de concentração), emocionais (impaciência e irritabilidade) e comportamentais (tabagismo e ingestão de bebidas alcoólicas) (Selye, 1950; Sharma, 2018; Tan & Yip, 2018).

- Fase de Exaustão: ocorre quando o agente causador de *stress* é contínuo e o corpo não consegue sustentar a sua resposta adaptativa, levando a um comprometimento do sistema

imunológico, maior suscetibilidade a doenças e, conseqüentemente, a conseqüências físicas e psicológicas, sendo que este impacto varia dependendo de fatores como o genótipo, o sexo, a idade, as condições fisiológicas e as experiências passadas (Selye, 1950; Sharma, 2018; Tan & Yip, 2018).

As definições encontradas na literatura alinham-se com a descrita por Seley. A OMS define *stress* como “um estado de preocupação ou tensão mental causado por uma situação difícil” (WHO, 2023). Para a ILO, o *stress* é “a resposta física e emocional prejudicial causada por um desequilíbrio entre as exigências percebidas e os recursos e capacidades percebidos dos indivíduos para lidar com essas exigências” (ILO, 2016, p.2). É uma reação espectável do Ser Humano aos desafios e aos perigos que enfrenta ao longo da vida e é experienciada de uma forma universal até certo ponto na vida de cada indivíduo; no entanto, a forma como cada um reage a essa tensão desempenha um papel fundamental na saúde e no bem-estar (WHO, 2023).

O *stress* envolve mudanças que afetam quase todos os sistemas do corpo, influenciando a forma como as pessoas se sentem e se comportam, contribuindo diretamente para distúrbios e doenças psicológicas e fisiológicas que afetam a saúde física e mental, reduzindo a qualidade de vida (*American Psychological Association [APA], 2024*). Ansiedade, irritabilidade, falta de concentração, cefaleias, gastralgias, perda de apetite e alterações do padrão do sono são sintomas destacados pela OMS (WHO, 2023).

3.2. *Stress ocupacional*

Atualmente, no contexto laboral, os trabalhadores em todo o mundo experienciam uma exigência cada vez maior para dar resposta às necessidades impostas pelas entidades empregadoras. A globalização e o progresso tecnológico transformaram o mundo laboral, introduzindo novas formas de organização do trabalho e de relações e padrões de emprego, contribuindo para o aumento do *stress* ocupacional e das perturbações que lhe estão associadas (ILO, 2016). Cerca de metade dos trabalhadores europeus considera o *stress* uma situação comum no local de trabalho sendo, na União Europeia, o segundo problema de saúde mais comum relacionado com o trabalho, afetando 28% dos trabalhadores (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho [EU-OSHA], 2013).

O *stress* ocupacional é “a resposta que as pessoas podem ter quando confrontadas com exigências e pressões de trabalho que não correspondem aos seus conhecimentos e capacidades e que desafiam a sua capacidade de lidar com elas” (WHO, 2020).

Para a EU-OSHA (2013):

“O stresse no trabalho ocorre quando as exigências do emprego excedem a capacidade do trabalhador para lhes dar resposta. É uma das mais sérias consequências de um ambiente de trabalho negativo em termos psicossociais, até porque os trabalhadores que experimentam um período prolongado de stresse no trabalho podem vir a sofrer graves problemas de saúde mental e física” (p. 4).

Inerente à responsabilidade assumida nos contextos laborais, é inevitável a existência de focos de *stress* sendo aceitáveis apenas até os trabalhadores se conseguirem “manter alertas, motivados, capazes de trabalhar e aprender, dependendo dos recursos disponíveis e das características pessoais” (WHO, 2020). Quando essa pressão se torna excessiva ou incontrolável, conduz a *stress* com consequências na saúde dos trabalhadores e no desempenho das suas funções.

A ILO (2016) e a WHO (2020) identificam os fatores de *stress* no âmbito laboral como riscos psicossociais e apresentam-os divididos em duas categorias: conteúdo do trabalho e contexto de trabalho. Na categoria de conteúdo do trabalho são descritos os riscos psicossociais relacionados com as condições e organização do trabalho: ambiente e equipamentos de trabalho; tipo de tarefa; carga de trabalho/espço de trabalho; participação em tomada de decisões; e o horário de trabalho (ILO, 2016; WHO, 2020). A categoria de contexto de trabalho diz respeito aos riscos psicossociais na organização do trabalho e nas relações laborais: cultura e função organizacional; papel do trabalhador na organização; desenvolvimento de carreira; remuneração; relações interpessoais no trabalho; e relação casa/trabalho (ILO, 2016; WHO, 2020).

3.3. *Stress ocupacional na área da Saúde*

A exigência do trabalho na área da saúde é uma realidade incontestável e desempenha um papel fundamental no setor. A responsabilidade do impacto das ações (ou da falta delas) na vida das pessoas a quem prestam cuidados, leva a que os profissionais de saúde sejam uma classe profissional mais propensa ao *stress* (Perniciotti et al., 2020). Nesta área de trabalho, os profissionais enfrentam desafios únicos que exigem competências a vários níveis e todas as ações têm um impacto direto na saúde e bem-estar das pessoas recetoras de cuidados, exigindo muitas vezes a capacidade de tomar decisões sob pressão, algumas vezes em casos

de “vida ou morte”. O trabalho por turnos, a existência de turnos longos e rotativos, a carga emocional envolvida pela responsabilidade pela vida humana, a necessidade de constante atualização do conhecimento, as questões éticas, o trabalho em equipa e a relação com várias classes profissionais são alguns dos fatores que também caracterizam a exigência desta área de trabalho.

Este tema tem vindo a ser preocupação e alvo de estudo, havendo artigos com décadas sobre a temática. McIntyre (1994) no seu artigo de revisão referia que:

“Enquanto um pouco de stress pode motivar comportamentos e emoções produtivas, a realidade é que uma percentagem considerável dos profissionais de saúde evidencia reacções adversas ao stress, que afectam a sua saúde física e mental e põem em risco o seu bem-estar pessoal, e a sua capacidade de oferecer cuidados adequados” (p. 196).

Segundo o *National Institute for Occupational Safety and Health* (NIOSH) (2008) dos Estados Unidos da América, os profissionais de saúde apresentam taxas mais elevadas de abuso de substâncias e suicídio do que outras profissões, assim como taxas elevadas de depressão e ansiedade associadas ao *stress* no trabalho.

Relativamente à realidade europeia, a OMS, no seu relatório “*Health and care workforce in Europe: time to act*” (WHO, 2022) refere que todos os países europeus que são membros da OMS enfrentam graves problemas relacionados com a sua força de trabalho nos cuidados de saúde, sendo que o clima económico e o aumento do custo de vida em toda a Europa está a ter impacto nos salários, nas taxas de desgaste e no interesse em exercer a sua profissão de, pelo menos, algumas classes de profissionais de saúde. No mesmo relatório, a OMS destaca a ansiedade, a depressão e o esgotamento dos profissionais de saúde como fatores importantes nesta crise, agravada pela escassez contínua de profissionais, pelas más condições de trabalho e por ambientes stressantes (WHO, 2022).

Em Portugal, num estudo realizado com 155 profissionais de saúde, 15% tinham experiências significativas de *stress* e 6% tinham problemas de exaustão emocional (Silva & Gomes, 2009).

3.4. *Stress ocupacional na Enfermagem*

Os enfermeiros são uma classe na área da saúde particularmente vulnerável ao *stress* ocupacional. Um estudo que analisou o *stress* ocupacional em 286 enfermeiros de hospitais

e centros de saúde portugueses identificou 30% de enfermeiros com experiências significativas de *stress* e 15% com problemas de exaustão emocional (Gomes et al., 2009). Um estudo mais recente, com uma amostra de 340 enfermeiros portugueses, verificou que 73% dos mesmos considera o seu trabalho stressante e que os mesmos se encontraram com níveis moderados de *stress* no trabalho (Lima et al., 2019). Outro estudo realizado em 2019 numa amostra de 1264 enfermeiros portugueses com o objetivo de compreender as percepções dos enfermeiros portugueses sobre a sua saúde mental chegou aos seguintes resultados: dois terços revelaram uma percepção negativa da sua saúde mental, sendo que destes, 22,2% relataram sintomas de depressão grave; 71,6% indicaram sintomas somáticos significativos; 76% apresentaram ansiedade significativa; e 94,1% apresentaram algum tipo de disfunção social (Seabra et al., 2019).

O *stress* no trabalho pode colocar em perigo a saúde física e mental dos enfermeiros, diminuir a eficiência do trabalho e o risco de deixar de prestar cuidados de enfermagem adequados, o que, por sua vez, tem um impacto negativo na segurança das pessoas (Babapour et al., 2022).

3.5. *Stress ocupacional na Enfermagem Perioperatória*

O BO constitui-se como um contexto de prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória com alta especificidade e complexidade ambiental e tecnológica, evidenciada por vários fatores, tais como: a relação multidisciplinar para a garantia da segurança e eficácia dos cuidados; a tecnologia avançada com a utilização de equipamentos médicos e instrumentos cirúrgicos especializados que exigem domínio da sua utilização e manutenção; o uso de protocolos rígidos para a segurança dos cuidados; a necessidade de tomada de decisão rápida face à possibilidade de ocorrência de situações críticas e/ou inesperadas; a pressão do tempo no cumprimento de planos cirúrgicos; a comunicação eficaz em equipa pluriprofissional; o *stress* emocional; e a necessidade de formação contínua (AESOP, 2012). Segundo a AESOP (2012):

“talvez em nenhuma outra área da prestação de cuidados de saúde, o bem-estar do doente, o seu estado de consciência, os procedimentos terapêuticos de que necessita e, o meio ambiente que o rodeia, exijam tanto da enfermagem como na sala de operações” (p.7).

O conceito de enfermagem perioperatória foi descrito formalmente pela primeira vez em 1969 pela AORN como o conjunto de atividades de enfermagem desempenhadas pelo enfermeiro durante os períodos pré, intra e pós-operatório na experiência cirúrgica da pessoa em situação perioperatória (AORN, 1969). A AORN referiu ainda que o enfermeiro perioperatório identifica as necessidades físicas, psicológicas e sociológicas da pessoa, desenvolve e coloca em prática um plano de cuidados individualizado de intervenções de enfermagem, baseado no conhecimento das ciências naturais e do comportamento, a fim de restabelecer ou manter a saúde e o bem-estar da pessoa, antes, durante e após a cirurgia, proporcionando um padrão de excelência no atendimento (AORN, 1969).

A AESOP foi fundada em Portugal em 1986 e desempenha um papel importante na promoção e no avanço da enfermagem perioperatória, defendendo os interesses da pessoa em situação perioperatória através da promoção da qualidade e segurança no desempenho dos enfermeiros. Esta organização profissional promove a melhoria global da qualidade dos cuidados e defende que o enfermeiro perioperatório deve atuar como prestador de cuidados, como advogado da pessoa, como investigador, como educador e como gestor, sendo o seu trabalho orientado pela e para a pessoa em situação perioperatória, passando esta a ser o principal alvo dos cuidados, num cuidar orientado para a segurança física e emocional da pessoa, para a prevenção de infeção e para a prevenção de complicações (AESOP, 2012).

A Enfermagem Perioperatória é definida pela AESOP (2012) como:

"o conjunto de conhecimentos teóricos e práticos utilizados pelo enfermeiro de sala de operações através de um processo programado (ou de várias etapas integradas entre si), pelo qual, o enfermeiro reconhece as necessidades do doente a quem presta ou vai prestar cuidados, executa-os com destreza e segurança e avalia-os apreciando os resultados obtidos do trabalho realizado" (p. 107).

De forma a garantir a segurança e qualidade dos cuidados perioperatórios, é preconizado pela AESOP (2012), e pela Ordem dos Enfermeiros (OE) (2019) no Regulamento nº 743/2019 (2019) da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem, a existência de três enfermeiros por sala de operações de cirurgia programada ou urgente, aptos a assumir qualquer uma das funções: enfermeiro circulante, enfermeiro instrumentista e enfermeiro de anestesia.

O enfermeiro de anestesia assume responsabilidade pela pessoa em situação perioperatória numa fase de grande fragilidade e dependência exigindo do mesmo uma observação e

vigilância intensivas, o conhecimento e a capacidade de despistar sinais e sintomas de complicações e competências para a atuação imediata em situações de urgência e emergência, em estreita relação colaborativa com o anestesiológico nas várias fases anestésicas: pré-anestesia, indução anestésica, manutenção anestésica e reversão anestésica (AESOP, 2012).

O enfermeiro circulante assume responsabilidades específicas no que concerne à segurança da pessoa e da equipa cirúrgica, segurança do ambiente, controlo de infeção e gestão de riscos e, embora não faça parte da equipa estéril, desenvolve a sua função numa estreita relação com o enfermeiro instrumentista com uma atitude antecipatória às necessidades do mesmo (AESOP, 2012).

O enfermeiro instrumentista tem a “função de prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e equipa” (AESOP, 2012, p. 139). Instrumenta a cirurgia, o que exige conhecimentos avançados sobre o instrumental cirúrgico e as técnicas cirúrgicas, a par com um papel crucial com a manutenção e vigilância da técnica asséptica cirúrgica (AESOP, 2012).

No pós-operatório imediato emerge a necessidade de atuação do enfermeiro perioperatório na unidade de cuidados pós-anestésicos. Para a AESOP (2012):

“o seu trabalho desenvolve-se aos três níveis de prevenção, investindo toda a sua experiência e saber na prevenção de complicações anestésico-cirúrgicas, na detecção precoce e tratamento daquelas que não forem evitáveis e na preparação do doente para a reabilitação e recuperação do seu equilíbrio fisiológico e capacidades funcionais, de forma rápida e num ambiente de segurança e conforto” (p.160).

As várias funções do enfermeiro no BO evidenciam a necessidade de competências especializadas, de conhecimentos aprofundados, de um exigente compromisso com a segurança da pessoa e de uma eficaz capacidade de resposta a situações imprevistas com tomada de decisões rápidas e críticas. Neste contexto de cuidados a necessidade de gestão de risco e de promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória emerge de forma particularmente crítica (AESOP, 2012). A OMS reconhece que as complicações dos cuidados cirúrgicos se tornaram a das principais causas de morte e de incapacidade no mundo, sendo que uma grande percentagem das mesmas é evitável (DGS, 2010). Esta exigência faz do BO um dos dois serviços com mais causas de *stress*, a par com a unidade de cuidados intensivos (Salem & Ebrahim, 2018).

Um estudo realizado em enfermeiros perioperatórios concluiu que o *stress* influencia as suas capacidades afetivas, sensoriais e cognitivas e que, para proteger a saúde dos enfermeiros e das pessoas em situação perioperatória, são necessárias medidas de prevenção de *stress* e fadiga (Akansel et al., 2019).

A prestação de cuidados para os enfermeiros perioperatórios que atuam na sala de urgência do BO é ainda mais dinâmica, mais desafiante e mais exigente comparativamente à prestação de cuidados em sala de cirurgia programada pelo contexto de atuação em urgência/emergência, e conseqüente necessidade de responder rapidamente a emergências cirúrgicas e anestésicas críticas, com uma variedade de procedimentos de emergência possíveis, necessidade de tomada de decisões rápidas e precisas, entre outras.

4. Finalidade e objetivos

O interesse pelo tema em estudo surgiu no contexto profissional, dado o BO de urgência ser um ambiente altamente complexo e exigente, uma vez que os enfermeiros lidam diariamente com situações imprevisíveis, procedimentos críticos e decisões rápidas.

A segurança da pessoa em situação perioperatória e a qualidade dos cuidados deve ser uma preocupação constante. A possibilidade do *stress* vivenciado pelos enfermeiros perioperatórios de urgência ter impacto na qualidade dos cuidados e na sua própria saúde foi o ponto de partida para o tema da investigação. Após uma pesquisa da produção científica realizada nesta temática verificámos que existem alguns estudos sobre o *stress* ocupacional nos enfermeiros de BO, mas não especificamente sobre o *stress* ocupacional nos enfermeiros de BO de urgência. Assim, a investigação desenvolvida pretende dar resposta à questão de investigação: Qual a percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no BO de urgência?

Em concordância, o objetivo desta investigação é: compreender a percepção dos enfermeiros perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no BO de urgência.

Os objetivos específicos são:

- Descrever os fatores geradores de *stress* ocupacional nos enfermeiros perioperatórios de urgência;
- Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perioperatórios de urgência em situações de *stress*;
- Identificar as implicações das vivências de *stress* ocupacional nos enfermeiros perioperatórios de urgência a nível pessoal e a nível profissional, incluindo o impacto nos cuidados à pessoa em situação perioperatória;
- Perceber as estratégias que os enfermeiros perioperatórios de urgência usam para a gestão do *stress* a que são sujeitos;
- Identificar sugestões para minimizar as fontes de *stress* dos enfermeiros perioperatórios de urgência;
- Comparar a percepção entre enfermeiros proficientes, enfermeiros peritos e enfermeiros especialistas em EMC ou especialistas em EMC na área de EPSP a exercer funções num BO de urgência do SNS.

O *Perioperative Patient Focused Model* é a estrutura conceptual de enfermagem que guiou o estudo. É um modelo de cuidados de enfermagem perioperatória centrada na pessoa sendo, neste estudo, uma das inquietações o impacto do *stress* ocupacional dos enfermeiros de BO de urgência nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória. Além disso, nomeadamente no domínio "sistema de saúde", este modelo foca-se também nos elementos estruturais que descrevem o ambiente de prática em que os enfermeiros perioperatórios prestam cuidados, como carga de trabalho, organização, recursos e condições de trabalho (Rothrock & Smith, 2000; Wicklin, 2020), sendo o *stress* ocupacional dos enfermeiros de BO de urgência diretamente influenciado por esses fatores.

Este estudo tem como finalidade compreender como é que os enfermeiros perioperatórios de BO de urgência vivenciam o *stress* ocupacional no ambiente altamente exigente que é o BO de urgência, através da exploração das suas percepções e experiências subjetivas. Esperamos dar um contributo para a lacuna do conhecimento identificada e contribuir para minimizar o impacto do *stress* ocupacional dos enfermeiros perioperatórios de urgência a nível pessoal e a nível profissional, visando a segurança da pessoa em situação perioperatória.

A contribuição desta investigação para o conhecimento científico atual alinha-se ainda com a primeira das 4 áreas prioritárias de investigação estabelecidas pela *European Nursing Research Foundation* (ENRF) no seu Plano Estratégico e Operacional de Investigação para o período 2021-2024 - "Ambientes de prática positivos para enfermagem profissional". Nesse plano, a ENRF afirma que o estabelecimento de ambientes positivos é muito importante para garantir a segurança da pessoa, o bem-estar dos enfermeiros e, conseqüentemente, cuidados de saúde de qualidade sendo que a saúde ocupacional, a segurança e as políticas de bem-estar que abordem riscos no local de trabalho têm um impacto significativo (ENRF, s.d.).

5. Metodologia

A investigação científica é fundamental para o avanço do conhecimento e para o desenvolvimento de soluções e de práticas baseadas na evidência. Para Fortin: “É um método particular de aquisição de conhecimentos, uma forma ordenada e sistemática de encontrar respostas para questões que necessitam duma investigação” (Fortin, 1996, p. 15). Vilelas descreve-a como a “atividade que nos permite obter conhecimentos científicos, ou seja, conhecimentos objetivos, sistemáticos, claros, organizados e verificáveis” (Vilelas, 2022, p.41). Para a disciplina de enfermagem, a investigação científica contribui significativamente para o avanço do conhecimento, para o aperfeiçoamento da prática clínica e para o desenvolvimento da profissão. Néné e Sequeira (2022, p.1) descrevem bem esta percepção referindo que “a investigação é central para a prática de enfermagem e determinante para a afirmação e o reconhecimento social da enfermagem enquanto disciplina e profissão.

Para a obtenção do conhecimento recorre-se a um conjunto de procedimentos a que corresponde a metodologia que “é a explicação minuciosa, pormenorizada, rigorosa e exata de toda a ação desenvolvida no método (caminho) do trabalho de pesquisa” (Vilelas, 2022, p.95).

Neste capítulo apresentamos a metodologia adotada neste estudo de investigação considerando os objetivos geral e específicos anteriormente explanados. Procedemos a uma descrição do desenho do estudo e das considerações éticas.

5.1. *Desenho do estudo*

O desenho de investigação é “o plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas” (Fortin, 1996, p. 132). Deve ser apropriado à finalidade do estudo, por forma a responder às questões da investigação (Néné & Sequeira, 2022).

Em concordância com o exposto, realizou-se um estudo qualitativo de natureza descritiva, transversal com características fenomenológicas.

Quanto ao objetivo geral, o estudo é descritivo, uma vez que se pretende descrever uma realidade e o investigador tem o propósito de descrever e documentar os fenómenos que nela acontecem e avalia “diversos aspetos, dimensões ou componentes do fenómeno ou fenómenos a investigar” (Vilelas, 2022, p. 215). Relativamente aos procedimentos técnicos, é um estudo transversal uma vez que a colheita de dados foi realizada num momento único, não envolvendo a observação de mudanças ao longo do tempo (Vilelas, 2022).

Quanto ao método específico das ciências sociais, este estudo tem características fenomenológicas. Segundo Vilelas (2022, p.64) o método fenomenológico centra-se no estudo das realidades vivenciadas e “exalta a interpretação do mundo que surge intencionalmente à consciência, enfatizando a experiência pura do sujeito”.

Relativamente ao modo de abordagem, realizou-se um estudo qualitativo. O estudo qualitativo “é uma forma de estudo da sociedade que se centra no modo como as pessoas interpretam e dão sentido às suas experiências e ao mundo em que elas vivem” (Vilelas, 2022, p.199), e cuja força reside na riqueza dos dados e nas descrições e profundidade da exploração dos mesmos; conseqüentemente, este método é considerado a forma mais humana e centrada na pessoa de descobrir e revelar pensamentos e ações dos seres humanos (Renjith et al., 2021).

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas aos participantes, tendo sido efetuada análise qualitativa referente às questões abertas, e análise quantitativa aos dados sociodemográficos relevantes para a caracterização da amostra, bem como às questões fechadas, “[constituindo] um processo dedutivo pelo qual os dados numéricos fornecem conhecimentos objetivos no que concerne às variáveis em estudo” (Fortin, 1996, p. 322).

Após a exposição do método de abordagem, procederemos à caracterização do contexto, população e amostra, à descrição das técnicas e instrumentos de colheita de dados e, por fim, ao método de tratamento e análise de dados.

Uma vez que o estudo utiliza uma abordagem qualitativa, recorreremos ao *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ), uma lista de verificação composta por 32 itens, desenvolvida por Tong et al. (2007), com o objetivo de melhorar a transparência, rigor e replicabilidade da pesquisa qualitativa (especialmente aquela baseada em entrevistas e *focus group*), garantindo que os estudos sejam descritos de forma completa e compreensível. Usamos a tradução validada para a língua portuguesa por Souza et al. (2021) (ANEXO XVII). Esta ferramenta oferece um guia detalhado para descrever as diferentes etapas da investigação qualitativa, promovendo maior transparência e rigor científico (Tong et al., 2007).

Contexto, população e amostra

O contexto do presente estudo é o BO de urgência de vários hospitais do SNS, sendo os participantes enfermeiros perioperatórios de urgência.

“Uma população é uma colecção de elementos ou de sujeitos que partilham características comuns, definidas por um conjunto de critérios” (Fortin, 1996, p. 202) nos quais se desejam investigar algumas propriedades (Vilelas, 2022). A população alvo é constituída pelos elementos que cumprem os critérios de seleção previamente definidos e para os quais se pretende generalizar (Fortin, 1996).

A amostra é uma parte da população alvo. No seu processo de seleção, pretende-se, através da sua observação, que se obtenham conclusões semelhantes às que se chegariam se fosse estudada a totalidade da população definindo-se, assim, como amostra representativa (Vilelas, 2022).

Para a constituição da amostra foram definidos os seguintes critérios de inclusão: enfermeiros a exercer funções num BO de urgência do SNS, sendo 5 enfermeiros proficientes (segundo Benner (2001)) a exercer prestação de cuidados em BO de urgência entre 5 a 9 anos; 5 enfermeiros peritos (segundo Benner (2001)) a exercer a prestação de cuidados em BO de urgência há 10 anos ou mais; e 5 enfermeiros especialistas em EMC ou especialistas em EMC na área de EPSP a exercer a prestação de cuidados em BO de urgência.

Para a constituição da amostra recorreu-se, assim, ao método de amostragem intencional, por quotas, e não probabilístico. Intencional, uma vez que se usam critérios de inclusão considerados relevantes, não sendo assim os participantes escolhidos de um modo totalmente arbitrário (Vilelas, 2022). Por quotas, uma vez que é dividida em três grupos com base no nível de experiência ou formação. Este método de amostragem é utilizado “para assegurar uma representação adequada de subgrupos ou estratos da população” (Fortin, 1996, p. 209). Os participantes tiveram conhecimento do estudo e ofereceram-se para participar voluntariamente. É, assim, uma amostra não probabilística, uma vez que os elementos da população não possuem a mesma probabilidade de fazerem parte da mesma (Vilelas, 2022).

Entendeu-se no planeamento inicial do estudo que uma dimensão de quinze participantes seria adequada, uma vez que uma dimensão da amostra ($n = 12$) é normalmente adequada para responder à questão da investigação, atingindo-se critérios de saturação dos códigos e dos significados com $n = 12$ (Hennick et al., 2017), e de forma a esgotar a variabilidade dos significados e obter informação mais detalhada (Rego et al., 2018).

A definição de quotas para enfermeiros proficientes, peritos e especialistas em EMC permite assegurar que cada um desses grupos está devidamente representado na amostra, garantindo uma diversidade de perspetivas e experiências, permitindo comparações mais claras e equilibradas entre as percepções dos diferentes subgrupos.

Benner (2001) desenvolveu um modelo de aquisição de competências de enfermeiros onde descreve cinco níveis de desenvolvimento à medida que estes adquirem experiência e conhecimentos ao longo do tempo: iniciado, avançado, competente, proficiente e perito. Este processo dinâmico reflete mudanças em três aspetos principais: a transição de uma confiança em princípios teóricos abstratos para a aplicação prática desses princípios; a evolução na forma como o indivíduo percebe e interpreta situações; e a passagem de um papel de mero observador para um papel ativo e envolvido na execução das tarefas (Benner, 2001).

Para o primeiro subgrupo da amostra definiu-se como critério de inclusão ‘ser enfermeiro proficiente’ porque, segundo a autora, é neste nível que o enfermeiro se apercebe das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados, sendo a “percepção” a palavra-chave deste nível (Benner, 2001). É caracterizado pela capacidade de compreender e responder às situações de forma holística e intuitiva, resultado da experiência acumulada e da familiaridade com o contexto clínico específico. Benner (2001) observou que as enfermeiras alcançam o nível de proficiência quando trabalham com a mesma população de pessoas durante um período de aproximadamente 5 anos, motivo pelo qual definimos como critério de inclusão para o grupo de enfermeiros proficientes a prestação de cuidados em BO de urgência entre 5 a 9 anos.

O enfermeiro perito é o quinto e último estado, sendo aquele que atingiu o mais alto nível de competência na prática clínica (Benner, 2001). Este profissional possui uma vasta experiência e um profundo conhecimento que lhe permite agir de forma intuitiva e eficaz, sem necessidade de recorrer constantemente a regras ou diretrizes. É capaz de reconhecer padrões e interpretar situações complexas rapidamente, oferecendo cuidados altamente qualificados e adaptados às necessidades específicas das pessoas a quem presta cuidados. A sua prática é caracterizada pela habilidade de tomar decisões com base numa compreensão abrangente e contextualizada da situação clínica, resultante de anos de experiência e aperfeiçoamento contínuo. Esta perícia faz com que sejam recomendados pelos superiores hierárquicos e consultados pelos pares assumindo uma posição de modelos de referência (Benner, 2001). A autora não sugere um número de anos de experiência mínimo observado em enfermeiros que alcançaram o nível de peritos até porque um enfermeiro perito é definido não apenas pelo tempo de experiência, mas pela forma como utiliza essa

experiência para adquirir uma compreensão profunda, intuitiva e eficaz das situações clínicas, apoiada pela reflexão sistemática e pela capacidade de tomar decisões precisas. Apesar de muitos enfermeiros progredirem no nível de competência, muitos nunca se tornam peritos (Benner, 2001). A AESOP (2012) refere que o enfermeiro depois de trabalhar três anos num BO estará apto para realizar uma pós-graduação que lhe permita adquirir conhecimentos e aptidões para, posteriormente, e em contexto de trabalho, com pelo menos um total de seis anos de prática profissional, poder ser considerado especialista. No estudo de Shin e Kim (2021) sobre competências perioperatórias dos enfermeiros, os grupos com maior experiência clínica, especialmente aqueles com 7 a 9 anos e mais de 10 anos de experiência clínica, obtiveram maiores competências perioperatórias. Face ao exposto, definimos que o grupo da amostra de peritos teria como critério de inclusão 10 ou mais anos de experiência.

O terceiro e último subgrupo da amostra tem como critério de inclusão ‘ser enfermeiro especialista em EMC ou especialista em EMC na área de EPSP’ a exercer funções num BO de urgência, uma vez que possuem formação e conhecimento aprofundados que são diretamente relevantes para o contexto perioperatório. A sua especialização implica uma compreensão detalhada e avançada das complexidades e necessidades específicas do ambiente de prestação de cuidados perioperatórios, tornando-os habilitados a fornecer contributos valiosos sobre a temática em estudo.

Técnicas e Instrumentos de Colheita de Dados

A técnica mais utilizada no processo de trabalho qualitativo empírico é a entrevista que se constitui “uma conversa a dois ou entre vários interlocutores, realizada por iniciativa de um entrevistador e destinada a construir informações pertinentes a determinado objeto de investigação” (Minayo & Costa, 2018, p. 141).

O tipo de entrevista mais utilizada na investigação qualitativa é a semiestruturada para a qual se realiza um guião prévio que estrutura as questões a serem abordadas, sendo algumas delas fechadas e outras abertas, com a vantagem de permitir uma flexibilidade suficiente para explorar o mundo da pessoa entrevistada, dando espaço a uma reflexão livre e espontânea sobre os tópicos assinalados através de uma relação de conversação (Minayo & Costa, 2018; Resende, 2016; Vilelas, 2022).

Assim, o instrumento de recolha de dados aplicado foi um guião contendo um questionário constituído por questões de caracterização da amostra (idade, género, formação académica, tempo de experiência profissional em BO, tempo de experiência profissional em BO de

urgência, entre outras) e uma entrevista semiestruturada com questões delineadas com base nos objetivos geral e específicos do estudo e no enquadramento teórico realizado.

Com o objetivo de avaliar a compreensão das questões e se as mesmas davam resposta aos objetivos traçados, o guião da entrevista foi submetido a um teste piloto realizado a três enfermeiros, cada um deles com as mesmas características dos subgrupos da amostra, e que não fizeram parte da mesma para que, posteriormente, fossem efetuadas alterações necessárias para a sua melhoria, o que se verificou não ser necessário. Assim, obtivemos o guião final para as entrevistas (ANEXO XVII).

Foi elaborado um documento de CI, livre e esclarecido para participação em investigação de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo (ANEXO XVIII), que foi entregue a cada participante e solicitado o seu consentimento verbal e escrito. Neste documento continham as seguintes informações: título do estudo, explicação do estudo, condições e financiamento e informações sobre confidencialidade e anonimato. Na explicação do estudo incluiu-se a solicitação da autorização para efetuar a gravação áudio e/ou vídeo das entrevistas, sendo garantida a confidencialidade das mesmas.

As entrevistas foram realizadas entre maio e julho de 2024 por método presencial ou por método não-presencial, consoante a preferência do participante, e apenas na presença do participante e entrevistador. As entrevistas realizadas em método presencial realizaram-se num lugar resguardado e previamente combinado com cada um dos participantes que reunia todas as condições para realizar a gravação e manter o anonimato dos mesmos.

Para o registo dos dados obtidos foi utilizada a gravação de áudio nas entrevistas presenciais e a realização de chamada ou videochamada com gravação de áudio nas não presenciais.

Antes do início de cada gravação foi feito o reforço das informações contidas no CI. A entrevistadora expôs os objetivos do estudo e os seus objetivos pessoais com a pesquisa e foi aberto espaço para o esclarecimento de dúvidas aos participantes, caso existissem, sendo também esclarecidos que poderiam desistir a qualquer momento se fosse essa a sua vontade (o que não se verificou). A entrevistadora não expôs preconceitos ou suposições sobre o tema da pesquisa.

A duração média das entrevistas foi de 29 minutos. As mesmas foram realizadas na presença da investigadora principal e do participante, não tendo sido necessária a repetição de nenhuma entrevista. Depois de transcritas, as entrevistas foram devolvidas aos participantes tendo estes validado a transição realizada. Nenhum participante sugeriu alteração do conteúdo.

Não foram feitas notas de campo nem registo de linguagem não verbal uma vez que o foco principal do estudo foi compreender as perceções e experiências descritas pelos

participantes, pelo que foi dado ênfase à qualidade e profundidade das respostas verbais fornecidas durante as entrevistas, consideradas suficientes para alcançar os objetivos da pesquisa.

Não foi estabelecido um relacionamento com os participantes antes do início do estudo. As entrevistas foram todas conduzidas pela investigadora principal que exerce funções de enfermagem num BO de urgência há mais de três anos. A investigadora encontra-se em formação para obtenção do grau de mestre do mestrado em EMC na área de especialização de EPSP, tendo recebido formação sobre investigação neste âmbito académico. Para além disso, realizou este percurso de investigação com a orientação de uma investigadora mestre em EMC, enfermeira com 27 anos de experiência em BO de urgência. Esta orientação assegurou que a investigadora principal foi devidamente supervisionada e guiada ao longo de todo o percurso de investigação, garantindo a correta aplicação de métodos de investigação e a rigorosa colheita e análise de dados.

Tratamento e Análise de Dados

O tratamento e análise dos dados é “um processo que exige questionamento inteligente, uma procura de respostas, observação ativa e memória precisa” (Morse, 2007, p. 35) resultando num processo de conversão dos dados recolhidos em informação significativa (Taherdoost, 2020).

São várias as ferramentas ao dispor do investigador para o tratamento e análise de dados; no entanto, é necessário que se selecione o método mais indicado face à estratégia desenhada e aos objetivos do estudo.

A análise de dados quantitativos “efetua-se, naturalmente, com toda a informação numérica resultante da investigação” (Vilelas, 2022, p. 450), tendo a necessidade de fazer uma análise focada na procura de padrões de relacionamento entre variáveis, ou relações de causalidade entre uma variável dependente e variáveis independentes (Silvestre & Araújo, 2011). É um processo rigoroso, sistematizado e objetivo e centra-se na análise de dados numéricos recorrendo ao uso da estatística.

Para os dados que caracterizam a amostra e para as questões fechadas realizou-se análise estatística tendo sido seguidas as orientações de desenho de investigação sugeridas por Freixo (2013) e Hill e Hill (2016) com recurso ao *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) (Marôco, 2021) versão 29.0.2.0 (20).

Para o tratamento e análise das questões abertas das entrevistas semiestruturadas, realizou-se análise de conteúdo, “[sendo] o método mais comumente adotado no tratamento de dados das investigações qualitativas” e que “constitui um conjunto de técnicas de interpretação da comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção destas mensagens” (Vilelas, 2022, p. 432). A análise foi apoiada na metodologia de Bardin (2016) através da técnica de análise temática ou categorial, utilizando o *software* de análise de dados qualitativos NVivo 14 Release 14.23.3 (61).

A metodologia de Bardin (2016) visa compreender o conteúdo das comunicações de forma sistemática e objetiva, identificando temas, padrões e significados. Segundo a autora, entrevistas são indispensáveis para aplicar esta análise uma vez que fornecem material verbal rico e complexo. Elas permitem uma encenação livre daquilo que a pessoa viveu, sentiu e pensou, estando a subjetividade muito presente. A metodologia por ela proposta contempla três fases principais: pré-análise; exploração do material; e o tratamento dos resultados e interpretação.

A primeira fase, fase de pré-análise, considerada por Bardin (2016) como fase de organização, tem como finalidade a operacionalização e sistematização das ideias iniciais. Esta fase é subdividida em vários passos. Foi realizada uma leitura inicial, chamada leitura “flutuante”, para uma familiarização com os dados, sendo feita de forma livre, sem categorização formal, permitindo uma visão geral do conteúdo. O passo de escolha dos documentos foi determinado *à priori*, incidindo-se nas entrevistas realizadas, constituindo o *corpus* de análise que corresponde ao conjunto de documentos que serão submetidos aos processos analíticos, sendo o foco principal da pesquisa. Para a constituição do *corpus* seguiram-se regras recomendadas por Bardin (2016): a exaustividade (o tema em estudo foi abrangido de forma completa, sem deixar lacunas significativas e todos os elementos contidos nas entrevistas foram considerados para análise); a representatividade (através de uma amostra intencional não probabilística garantimos que os diferentes grupos, nomeadamente enfermeiros proficientes, peritos e especialistas em EMC ou especialistas em EMC na área de especialização em EPSP, estavam adequadamente representados de modo a que os resultados possam ser generalizáveis para o grupo em estudo); a homogeneidade (as questões da entrevista focaram-se num fenómeno particular e foram realizadas a participantes que trabalham no ambiente específico em estudo, evitando dados irrelevantes ou muito díspares); a pertinência (garantimos que o *corpus* está diretamente relacionado com os objetivos da investigação e responde adequadamente aos objetivos do estudo).

No passo de preparação do material, as entrevistas foram transcritas na íntegra. No passo de referenciação dos índices e a elaboração de indicadores, procedeu-se à determinação de operações de recorte do texto em unidades comparáveis de categorização para análise temática.

Na segunda fase, fase de exploração do material, foram aplicadas de forma sistemática as decisões tomadas na fase anterior. Corresponde a um processo longo de codificação dos dados que consiste na fragmentação e organização do conteúdo. A codificação é, assim, uma transformação (recorte, agregação e enumeração) dos dados brutos de forma sistemática, agregados em unidades. A organização da codificação regeu-se pelas três dimensões de escolha: no recorte (escolha das unidades); na enumeração (escolha das regras de contagem) e na classificação e agregação (escolha das categorias) (Bardin, 1016).

Para esta fase recorreu-se ao NVivo 14, um *software* de análise qualitativa de dados desenvolvido para ajudar investigadores a organizar, gerir e analisar grandes volumes de dados não estruturados, como entrevistas.

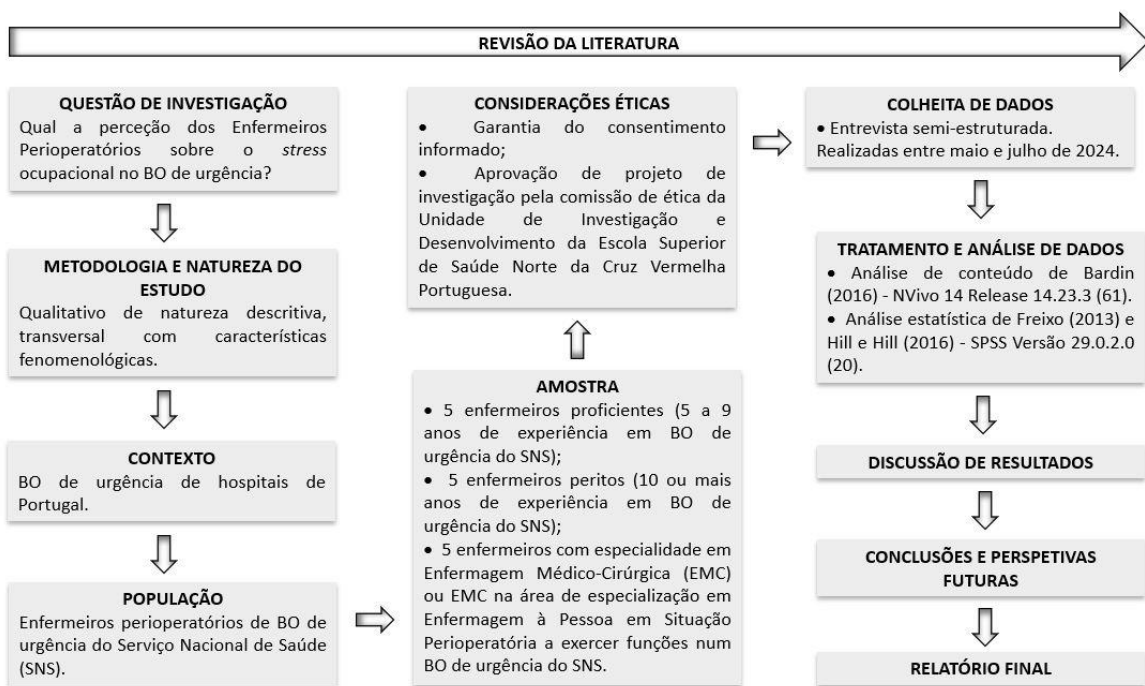
Para realizar o recorte do texto em elementos completos procedeu-se à seleção das unidades de registo e das unidades de contexto. A unidade de registo é o segmento do conteúdo que serve como unidade base, com o objetivo de realizar a categorização e a contagem frequencial dos dados. No presente estudo, a unidade de registo escolhida foi o “tema” que permitiu a identificação e análise dos tópicos centrais relacionados com o *stress* ocupacional nos enfermeiros perioperatórios de urgência. Esse foco temático possibilitou uma exploração mais detalhada dos conteúdos relevantes, orientando a codificação e a análise subsequente. A unidade de contexto refere-se ao ambiente textual mais amplo que envolve a unidade de registo, fornecendo o contexto necessário para entender o significado completo de um determinado segmento de texto. Ao contrário da unidade de registo, que o foco é específico (no caso, o tema), a unidade de contexto é maior e ajuda a garantir que se interprete corretamente o significado dos dados. Neste estudo, a unidade de contexto inclui parágrafos, respostas completas ou até partes mais extensas das entrevistas, que oferecem um quadro mais amplo para entender os temas que emergem. Isso permite que os temas sejam analisados com base no seu significado dentro do discurso total, evitando interpretações isoladas e fora do contexto.

Na terceira e última fase, fase de tratamento dos resultados obtidos e interpretação, os resultados brutos foram tratados de forma a serem significativos e válidos. Esta fase iniciou-se com a análise dos dados categorizados, onde, após a codificação e classificação dos dados em categorias e subcategorias, é feita uma leitura crítica, identificando padrões, recorrências e divergências. Avaliámos a frequência com que determinados temas surgiram e

identificámos padrões ou relações entre categorias. De seguida, os resultados foram comparados com o referencial teórico, verificando se confirmam, contradizem ou expandem o conhecimento existente. Na interpretação, procuramos compreender o significado dos resultados, explicando as suas implicações no contexto do estudo.

Considerando a descrição detalhada do desenho de estudo realizada, apresentamos na figura 1 de forma sucinta o desenho do estudo.

Figura 2: Desenho de estudo



5.3. *Considerações éticas*

As considerações éticas desempenham um papel crucial no processo de investigação para a garantia do respeito dos direitos, da dignidade e do bem-estar dos participantes. Para Nunes (2013) “O olhar da ética na investigação abrange todas as etapas do processo de investigação, enquanto preocupação com a qualidade ética dos procedimentos e com o respeito pelos princípios estabelecidos” (p.5).

Segundo Vilelas (2022) a investigação que envolve seres humanos deve respeitar o direito à autodeterminação, o direito à intimidade, o direito ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e o direito a um tratamento equitativo, princípios estes que procurámos respeitar.

Para o estudo realizado, não foram identificados custos para os participantes, e consideramos que apresentou um risco mínimo para os mesmos. Como benefícios para os participantes destacamos: a expressão e possível compreensão de experiências e vivências pessoais; o empoderamento e valorização das experiências de gestão de *stress*; a reflexão pessoal; o contributo para o autoconhecimento; e a oportunidade de contribuir para o avanço do conhecimento científico.

Antes de avançar para a fase de colheita de dados, este estudo foi submetido a aprovação pela Unidade de Investigação e Desenvolvimento da ESSNorteCVP e pela comissão de ética da ESSNorteCVP, obtendo parecer favorável (ANEXO XIX e ANEXO XX, respetivamente).

Como anteriormente referido, para a fase de colheita de dados, foi recolhido junto dos participantes o seu CI, livre e esclarecido de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo. Foi desenvolvida uma declaração por escrito considerando as informações essenciais indicadas por Vilelas (2022):

“(1) objetivos gerais do estudo, tempo estimado e características gerais da sua participação; (2) direito a recusar participar no estudo, e a interromper a participação em qualquer momento; (3) eventuais riscos, desconfortos ou outros efeitos adversos associados à participação; (4) eventuais benefícios associados à participação; (5) eventuais limites à confidencialidade; (6) incentivos à participação, quando houver; (7) quem contactar no caso de desejar fazer perguntas ou comentários sobre o estudo” (p. 472).

A informação recolhida junto dos participantes no contexto desta investigação é confidencial e, quando publicada, não será identificável. Para a garantia da confidencialidade, privacidade e anonimato dos participantes foram recolhidos apenas os dados pessoais estritamente necessários e a informação que identificou os participantes manteve-se apenas enquanto

necessário, sendo que se procedeu à conversão para códigos de identificação anónima assim que possível (Vilelas, 2022). Segundo Néné e Sequeira (2022), embora seja necessária a identificação da pessoa para a recolha de dados na entrevista, posteriormente quando estes forem transcritos podem sê-lo de um modo anonimizado, salvaguardando o direito à privacidade, não havendo risco da sua identificação. Os códigos adotados foram “Es1” a “Es5” para os enfermeiros especialistas, “Po1” a “Po5” para enfermeiros peritos e “Pr1” a Pr5” para enfermeiros proficientes.

Os dados recolhidos no âmbito da investigação serão armazenados e mantidos de forma segura e acessível por um período de 5 anos desde o final do estudo, conforme indica Vilelas (2022).

Não são identificados conflitos de interesses.

6. Resultados

Importa expor os resultados obtidos no presente trabalho científico, destacando os principais dados que apoiam a posterior análise e discussão.

6.1. *Dados sociodemográficos*

A análise sociodemográfica dos participantes é essencial para contextualizar e interpretar os restantes resultados, e ajudar a garantir que a amostra é representativa e diversificada. Na Tabela 1 apresentamos os dados sociodemográficos dos participantes após a análise descritiva do questionário aplicado nas entrevistas semiestruturadas.

Tabela 1: Dados sociodemográficos dos participantes

Participante	Idade (anos)	Sexo	Formação académica (além da licenciatura)	Tempo de serviço em BO (anos)	Tempo de serviço em BO de urgência (anos)	Funções que desempenha no BO de Urgência	Região do País do Hospital onde trabalha
Es1	41	F	Esp. EMC	19	17	A, C, I	Centro
Es2	43	F	Esp. EMC; 2 PG	19	19	A, C, I	Centro
Es3	39	F	Esp. EMC EPSP; 1 PG	15	5	A, C, I	Centro
Es4	44	F	Esp. EMC	20	18	A	Centro
Es5	40	F	Esp EMC EPSP; 1 PG	12	10	A	Centro
Po1	40	M	1 PG	14	12	A, C, I	Centro
Po2	38	F	1 PG	13	12	A, C, I	Centro
Po3	42	F	Não tem	12	10	A, C, I	Centro
Po4	39	F	1 PG	14	13	A	Centro
Po5	36	F	Não tem	11	11	C, I	Centro
Pr1	30	F	1 PG	7	6	A, C, I	Centro
Pr2	31	F	2 PG	6	6	A, C, I	Centro
Pr3	33	F	Não tem	6	6	A	Centro
Pr4	38	F	3 PG	8	7	C, I	Centro
Pr5	31	F	1 PG	8	7	A	Centro

Legenda: A – Anestesia; BO- Bloco Operatório; C – Circulação; Es – Especialista; Esp. EMC – Especialidade em Enfermagem Médico Cirúrgica; Esp. EMC EPSP – Especialidade em EMC na área de Especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória; F – Feminino; I – Instrumentação; M – Masculino; PG – Pós-Graduação; Po – Perito; Pr – Proficiente.

Todos os participantes trabalham num BO de urgência do SNS na região centro do País. A amostra é composta por 14 (93,3%) elementos do sexo feminino e 1 (6,7%) do sexo masculino.

Relativamente à análise estatística da idade, tempo de exercício profissional em BO e tempo de exercício profissional em BO de urgência, obtivemos os resultados da Tabela 2.

Tabela 2: Dados sociodemográficos: idade, tempo de exercício profissional.

	Idade	Tempo de exercício profissional em BO de Urgência (anos)	Tempo de exercício profissional em BO (anos)
Mínimo	30	5	6
Máximo	44	19	20
Média	37,67	10,60	12,27
Desvio Padrão	4,52	4,61	4,70

Os dados revelam que a idade média dos participantes foi de 37,67 anos, variando entre 30 e 44 anos. O desvio padrão (dp) foi de 4,52 o que sugere que a amostra apresenta uma leve diversidade etária, mantendo uma certa homogeneidade. O tempo de exercício profissional em BO foi, em média (dp) de 12,27 (4,70) anos, variando entre 6 e 20 anos sendo que em BO de urgência a média (dp) foi de 10,60 (4,61) anos, variando entre 5 e 19 anos.

Relativamente aos dados de formação (especialidade/pós-graduação) obtivemos os resultados detalhados na Tabela 3.

Tabela 3: Formação (especialidade/pós-graduação)

	n	%
Especialidade		
Sem especialidade	10	66,7
EMC Perioperatória	2	13,3
EMC	3	20,0
Total	15	100,0
Pós-Graduação		
Não	5	33,3
Sim	10	66,7
Total	15	100,0

De acordo com os critérios de inclusão estabelecidos, 5 (33,3%) enfermeiros têm a especialidade, sendo que 3 (20%) têm em EMC e 2 (13,3%) em EMC na área de especialização de EPSP. Relativamente à formação pós-graduada, 10 (66,7%) enfermeiros possuem uma ou mais pós-graduações, sendo que os restantes 5 (33,3%) não possuem formação pós-graduada.

No nosso estudo, os participantes foram inquiridos quando às funções que desempenham no BO de urgência. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Tabela 4: Funções desempenhadas no BO de Urgência.

Funções desempenhadas no BO de Urgência	n	%
Anestesia	5	33,3
Circulação e Instrumentação	2	13,3
Anestesia, Circulação e Instrumentação	8	53,3
Total	15	100,0

A análise da tabela 4 revela que 5 (33,3%) dos participantes desempenham funções exclusivamente na área de anestesia, 2 (13,3%) estão envolvidos nas áreas de circulação e instrumentação e 8 (53,3%) desempenham funções nas três áreas: anestesia, circulação e instrumentação.

6.2. *Análise de conteúdo - categorias e subcategorias*

Da análise de conteúdo segundo Bardin (2016), emergiram quatro categorias: “Fatores geradores de *stress* ocupacional”; “Sentimentos vivenciados e implicações”; “Estratégias de *coping* que o profissional utiliza” e “Propostas de melhoria”. Para cada uma das categorias identificámos subcategorias que apresentamos na tabela 5. Em cada subcategoria foram identificadas as unidades de registo e a sua frequência, que podem ser visualizadas no ANEXO XXI.

Tabela 5: Análise de conteúdo: categorias e subcategorias

Categorias	Subcategorias
Fatores geradores de stress ocupacional	Contextualização em ambiente de trabalho
	Programas/Políticas para promoção de Saúde Mental
	Fatores de Stress Ocupacional
Sentimentos vivenciados e implicações	Sentimentos vivenciados
	Implicações das experiências de stress na vida pessoal
	Implicações das experiências de stress na vida profissional
	Impacto nos cuidados prestados
Estratégias de coping que o profissional utiliza	Comunicação/suporte social
	Técnicas de autocontrolo e gestão emocional
	Organização e foco
	Lazer e autocuidado
Propostas de melhoria	Apoio da Gestão e Comunicação Aberta
	Formação e Desenvolvimento Profissional
	Melhoria do Ambiente de Trabalho
	Recursos Humanos, Materiais, Físicos e Condições de Trabalho
	Suporte Psicológico e Gestão do Stress
	Organização do Trabalho e Protocolos

De seguida apresentamos os resultados da análise de conteúdo de acordo com as categorias e subcategorias identificadas. Iremos expor unidades de registo ou unidades de contexto com os excertos das 'falas' dos participantes, de modo a ilustrar e a enriquecer a exposição dos resultados. Sempre que adequado, iremos recorrer ao uso de tabelas para facilitar a apresentação de alguns dados de forma mais clara e concisa. Além disso, associaremos ainda a análise estatística das questões fechadas sempre que considerarmos pertinente para a compreensão dos resultados apresentados.

6.3. *Fatores geradores de stress ocupacional*

A categoria "Fatores geradores de *stress* ocupacional" foi identificada com base na análise dos relatos dos enfermeiros que traduzem os elementos do ambiente de trabalho associados ao *stress*. A análise permitiu a identificação de subcategorias que ajudam a clarificar a origem do *stress* e os elementos específicos que o amplificam. Segue-se a descrição detalhada das suas subcategorias.

Na subcategoria "**Contextualização em ambiente de trabalho**", 10 (66,7%) enfermeiros descrevem o ambiente de trabalho como positivo, tendo-se expressado da seguinte forma:

"(...) ambiente agradável/o ambiente é bom" Es1, Po1, Po2, Po3, Po5, Pr2, Pr4

"(...) normalmente é tranquilo" Es2, Pr3

"(...) o ambiente não é mau" Es3

A clareza das funções dos membros da equipa foi outro elemento mencionado por como um fator que contribui para um ambiente de trabalho positivo:

"(...) Cada um acaba por saber a função que ocupa havendo diminuição do stress" Es5

"(...) É um bom trabalho de equipa, é um meio fechado" Pr5

Identificámos que 2 (13,3%) enfermeiros caracterizaram o ambiente como sendo intenso e desafiante:

"(...) Normalmente é um ambiente intenso, é um ambiente desafiante e é pouco rotineiro" Es4, Pr1

Foi enfatizado por 1 (6,7%) participante que a qualidade do ambiente de trabalho depende dos elementos da equipa cirúrgica:

"(...) o ambiente de trabalho depende da equipa cirúrgica" Es2

Por fim, 1 (6,7%) dos enfermeiros descreveu o ambiente como sendo muito variado:

"(...) é muito variado" Po4

A segunda subcategoria identificada foi "**Programas/Políticas para promoção de Saúde Mental**" que se refere às iniciativas, políticas e suportes institucionais existentes ou ausentes que têm como objetivo promover o bem-estar mental dos enfermeiros perioperatórios de urgência.

Relativamente à percepção da existência de preocupação por parte do enfermeiro gestor e da equipa sobre a temática em estudo, 8 (53,3%) enfermeiros responderam afirmativamente e os restantes 7 (46,7%) negativamente (Tabela 6).

Tabela 6: Percepção sobre a preocupação da equipa e do enfermeiro gestor na promoção do bem-estar mental.

Q4. Sente que esses temas são uma preocupação da equipa e do enfermeiro gestor?			
		n	%
	Não	7	46,7
	Sim	8	53,3
	Total	15	100,0

Todos os participantes (100%) referiram a inexistência de políticas ou programas formais especificamente orientados para a promoção da sua saúde mental; no entanto, identificaram algumas iniciativas e práticas informais que, de alguma forma, tentam colmatar essa lacuna. A prática de atividade física foi uma iniciativa referida por 4 (26,7%) enfermeiros através das unidades de registo:

“(...) período de exercício físico durante a semana” Es1, Es3, Po2, Pr2

A referência à realização de formações pontuais foi outra iniciativa que identificámos:

“(...) formações relacionadas com gestão de conflitos, ou mindfulness, ou yoga” Es4, Es5, Pr3

“(...) formação precisamente nisso, na gestão emocional, na gestão da comunicação, no trabalho em equipa” Es5

“(...) tentamos articular sessões de formação com os psicólogos do hospital” Es5, Pr3

Por fim, 2 (13,3%) enfermeiros indicaram que o Serviço de Psiquiatria criou uma consulta direcionada para o profissional de saúde:

“(...) serviço de Psiquiatria criou essa consulta do profissional” Po4, Pr3

A terceira e última subcategoria identificada na categoria “Fatores geradores de stress ocupacional” foi “**Fatores de stress**”. Esta foca-se nos elementos específicos que os enfermeiros perioperatórios de BO de urgência percecionam como geradores de stress ocupacional, destacando tanto os aspetos contextuais como as experiências diretas dos profissionais.

As relações interpessoais e comunicação foram relatadas como geradoras de stress evidenciadas nas seguintes expressões:

“(...) relações interpessoais; conflitos” Es1, Es5, Po1, Po3, Po4, Po5, Pr4

“(...) gerir pessoas é muito difícil; a gestão das equipas” Es5, Po5, Pr4

“(...) a comunicação não é eficaz” Pr2, Pr3, Pr4

“(...) estamos sempre dependentes do trabalho de outras pessoas” Es4

“(...) conflito com a equipa médica” Pr3

Fatores que causam *stress* por sobrecarga de trabalho, sobrecarga de responsabilidades, pressão para cumprir tarefas e questões emocionais devido à natureza do trabalho foram largamente identificadas conforme apresentamos nas seguintes unidades de registo:

“(...) situações de verdadeira emergência” Es3, Es4, Po1, Pr2, Pr4, Pr5

“(...) pressão que se sente [...]” E1, Po2, Po5, Pr2, Pr3

“(...) os horários que temos são maus/carga horária enorme” Po1, Po4, Po5, Pr3, Pr5

“(...) os horários - no início do mês, quando sai o horário” Es3, Pr5

“(...) a pressão dos registos” Es4

“(...) se há um processo no tribunal; se há uma investigação” Es4

“(...) termos muita urgência diferida, muito trauma” Pr3

“(...) quando acontece alguma intercorrência” Po2

“(...) a avaliação de desempenho no SIADAP” Po5

“(...) muitas vezes não há tempo para satisfazer as nossas próprias necessidades humanas básicas” Po5

Questões relacionadas com recursos humanos, materiais e organizacionais também foram apontados como geradores de *stress*:

“(...) A disponibilidade do material; o bom estado ou não do material; material que não esteja correto” Es1, Es2, Es4, Po2, Po3, Po4, Po5, Pr3, Pr5.

“(...) falta de organização” Es2.

“(...) falta de recursos humanos” Es5, Po5.

“(...) a distância física entre as salas de urgência e a arrecadação do aprovisionamento dos materiais” Po5.

O desconhecimento e a imprevisibilidade são aspetos inerentes ao serviço num BO de urgência e que foram relatados como impactantes na geração de *stress*:

“(...) desconhecimento; lidar com uma situação desconhecida” Es3, Po1, Po4

“(...) imprevisibilidade do trabalho” Es4, Po2, Po3, Po5, Pr5

Por fim, foram relatados aspetos específicos e contextuais que estão ligados a características específicas do ambiente de trabalho ou à experiência particular dos enfermeiros:

“(...) o fato de lidar com crianças” Es4, Pr3, Pr5

“(...) é sentirmos que a equipa com quem estamos não tem tanta experiência” Es5,

“(…) a proximidade, porque estamos na nossa área geográfica, podemos apanhar familiares e amigos” Es4

“(…) a necessidade de ter que abrir uma segunda sala” Es5

“(…) a gestão de prioridades” Po4

“(…) Quem não tem experiência…” Po4

“(…) Lidar com a pessoa em situação perioperatória e os seus familiares” Pr4

“(…) Medo de falhar” Pr5

6.4. Sentimentos vivenciados e implicações

A segunda categoria identificada, “Sentimentos Vivenciados e Implicações”, engloba as emoções experienciadas pelos enfermeiros perioperatórios de urgência e a percepção do impacto dessas emoções na vida pessoal, na vida profissional e nos cuidados prestados. Segue-se a descrição detalhada das suas subcategorias.

A primeira subcategoria que passamos a apresentar é “**Sentimentos Vivenciados**” que se refere às emoções e estados psicológicos que os enfermeiros perioperatórios de BO de urgência experienciam sob situações de *stress* ocupacional.

O sentimento mais referenciado, por 8 (53,3%) enfermeiros, foi a ansiedade, seguida do medo, que foi referenciado por 6 (40%) enfermeiros. A frustração, a revolta, o nervosismo e a tristeza também são frequentemente relatados. Apresentamos se seguida, na tabela 7, os sentimentos identificados, a frequência dos mesmos e os participantes que os referiram.

Tabela 7: Sentimentos vivenciados.

	n	%	Participantes
Ansiedade	8	53,3%	Es2; Es3; Es5; Po3; Pr1; Pr2; Pr4; Pr5
Medo	6	40%	Es2; Es4; Po3; Pr2; Pr3; Pr5
Frustração	4	26,7%	Es5; Po5; Pr1; Pr4
Revolta/raiva	3	20%	Es1; Es5; Pr3
Nervosismo	3	20%	Po2; Po3; Pr1
Tristeza	3	20%	Es1; Pr3; Pr4
Desanimo	2	13,3%	Es3; Es5
Desilusão	2	13,3%	Es1; Po5
Angústia	2	13,3%	Po2; Pr5
Irritação	2	13,3%	Po3; Pr2
Desmotivação	1	6,7%	Po3
Agressividade	1	6,7%	Pr3
Inferioridade [perante equipa médica]	1	6,7%	Es1
Impotência	1	6,7%	Es1
Culpa	1	6,7%	Es4
Vergonha	1	6,7%	Pr1

Para transmitir de forma mais clara os sentimentos vivenciados, apresentamos algumas unidades de contexto, excertos retirados das entrevistas realizadas, que oferecem uma visão mais profunda das emoções e estados psicológicos experienciados, complementando os dados apresentados na Tabela 8:

“(...) sinto ali uma superioridade da equipa médica perante nós (...) E... Fico triste, desiludida. E revoltada com isso. Porque estamos ali todos a tentar que corra pelo bem e... E há alguém sempre a pressionar. A chatear. E acontece algumas vezes” Es1

“(...) Sinto-me muito ansiosa, sinto-me com o coração disparado” Es3

“(...) Nervosa, nervosismo, aquela taquicardia, às vezes bloqueia o pensamento um bocadinho, (...) há ali uma parte, tu ficas assim um bocadinho, e agora? O que é que eu faço? Acho que é isso. Os sentimentos são esses, angústia, talvez, angústia”. Po2

“(...) Medo de não conseguir responder adequadamente à situação. Medo, sim. Frustração.” Po4

“(...) Receio, receio de falhar e não ter a melhor postura como profissional, não corresponder às expectativas (...) E alguma angústia. Porque quando estás stressada acabas por não conseguir lidar bem com esses sentimentos” Pr5

A subcategoria "**Implicações das Experiências de stress na Vida Pessoal**" refere-se à percepção do impacto que as vivências de *stress* dos enfermeiros perioperatórios no BO de urgência têm sobre a sua vida pessoal. O “cansaço” foi a implicação mais referenciada, tendo sido descrita por 6 (40%) enfermeiros (Es5, Po2, Po4, Pr2, Pr3, Pr4). De seguida, “alterações emocionais” foram relatadas por 5 (33,3%) enfermeiros (Es3, Es4, Po3, Pr3, Pr5), “menos paciência” por 4 (26,7%) enfermeiros (Es1, Es5, Po1, Pr5) e “alterações do sono/insónias” por 3 (20%) enfermeiros (Es1; Pr1; Pr4). O impacto direto na relação com os familiares/pessoas próximas também foi descrito, tendo 2 (13,3%) enfermeiros referido “descarregar” as suas frustrações nos mesmos (Po5, Pr2) e 2 (13,3%) enfermeiros ter menos tempo disponível para os familiares/pessoas próximas (Po1, Po4). Manifestações físicas, como tensões musculares foram referenciadas por 1 (6,7%) participante (Es1).

Apresentamos alguns excertos exemplificativos:

“(...) saio do serviço super cansada, muito cansada e tenho que encontrar estratégias pessoais para conseguir digerir tudo e não levar para casa, que às vezes é impossível (...) cansaço, acima de tudo com as filhas, às vezes o falar mais alto, a falta de paciência é mais um cansaço psicológico” Es5

“(...) E chateia-me muito não ter disponibilidade para as pessoas. E às vezes acontece isso, fico tão cansada que não tenho a disponibilidade” Po4

“(...) quando há uma situação stressante, é óbvio que a noite é afetada, afeta o sono e... e acaba por às vezes ter algumas manifestações físicas, como tensões musculares...” Esp1

“(...) Acredito que quando alguma coisa corre menos bem ou que vou mais chateada do turno por um ou outro motivo possa refletir-se um bocadinho em quem mora comigo” Es3

As **“Implicações das Experiências de stress na Vida Profissional”** foi uma subcategoria identificada que permite uma visão aprofundada dos efeitos que o stress tem sobre o desempenho profissional. A implicação mais referida, por 3 enfermeiros (20%), foi a seguinte unidade de registo:

“(...) não reagir tão bem às situações” Es1; Pr1; Pr4

Para ilustrar melhor o significado na percepção dos participantes, expomos um excerto que um enfermeiro afirmou:

“(...) quando estamos sob imenso stress acabamos por não reagir tão bem às situações, não é? E acabamos por estar, sei lá, um bocadinho mais suscetíveis, não sermos a pessoa que habitualmente somos quando estamos a trabalhar” Es3

Um dos enfermeiros entrevistados acrescentou:

“(...) eu acho que o stress nunca é bom a nível profissional. Porque uma pessoa stressada nunca vai corresponder bem, nunca vai ser uma pessoa que seja capaz de dar 100% e que esteja à vontade para fazer o trabalho” Po1

A desconcentração foi outra implicação referida por 2 (13,33%) enfermeiros, evidenciada nos seguintes excertos:

“(...) Acho que isso me influencia, eu fico mais desconcentrada, com o stress não fico tão focada. Há coisitas que passam...” Po2

“(...) olha, quando uma pessoa está a instrumentar sobre stress, tu perdes um bocado o fio à meada” Pr2

Enquanto a maioria relatou impactos negativos, é de notar que, em contrapartida, 1 (6,7%) enfermeiro referiu que, embora possa sentir algum nervosismo, o stress não prejudica o seu desempenho, como é evidenciado no seguinte excerto:

“(...) Eu sou uma pessoa calma e tenho alguns anos daquilo (...) Claro que às vezes posso ficar mais nervosa, mas não prejudica o meu desempenho.” Po5

Com uma percepção semelhante, 1 (6,7%) participante, embora também tenha referido que as experiências de *stress* não têm muito impacto na sua prestação, por outro lado reconhece sentimentos de frustração durante o trabalho:

“(...) lido bem com estas situações. Não tem muito impacto. Tem impacto se eu acho que poderia ter feito mais ou agir de outra forma, aí tem impacto. (...) A mim chateia-me por exemplo, não conseguir arranjar um acesso venoso à primeira. É uma coisa simples, mas a mim chateia-me. Lá está, vem a frustração.” Po4

A subcategoria **“Impacto nos Cuidados Prestados”** é a última da categoria que estamos a apresentar, e é fundamental para compreender a percepção sobre como o *stress* pode ou não afetar os cuidados prestados, uma das questões centrais deste estudo.

Foram duas as principais áreas mais percecionadas pelos enfermeiros com impacto na prestação dos cuidados decorrentes das situações de *stress* ocupacional. Questões de segurança com risco de erros e incidentes foram referenciadas por 6 (40%) enfermeiros (Es4, Po1, Po2, Po4, Pr1, Pr5). Realçamos alguns excertos:

“(...) Podem haver trocas de medicação, pode haver erros de verificação.” Es4

“(...) porque uma pessoa que não consegue raciocinar com clareza, com tranquilidade, pode muitas vezes provocar um erro. Não tenhas dúvidas. Um erro e um erro muitas vezes grosseiro. Se a pessoa estiver muito nervosa, stressada, pode-se enganar na medicação ou outro tipo de consequência.s” Po1

“(...) eu acho que ficamos mais dispostos a cometer algum tipo de erro ou de incidente de segurança. E lá está, como a segurança não se consegue dissociar da qualidade dos cuidados, eu acho que sim, pode afetar.” Pr1

“(...) É assim, inevitavelmente numa situação de emergência a tua atuação é diferente da realidade de uma situação programada. O risco do erro é muito maior.” Pr5

“(...) A qualidade dos cuidados pode ficar comprometida se não houver uma voz de comando. Os cuidados da enfermagem podem-se tornar muito confusos, anárquicos e isso pode afetar a qualidade e a segurança dos procedimentos que estamos a fazer.”

Po4

A outra área foi a ligada à comunicação e à falta de empatia e disponibilidade para com a pessoa em situação perioperatória e/ou sua família, tendo sido destacada por 4 (40%) enfermeiros:

“(...) essencialmente a paciência. Com o doente. (...) E aquilo que eu noto quando estou cansada, sob stress, é paciência, falta de paciência para os meus colegas e inevitavelmente para o doente.” Es5

“(...) A nossa disponibilidade para o doente. (...) E se estou mais stressada e mais incomodada e menos feliz com o meu ambiente, se calhar não lhe presto aquele cuidado, aquela atenção que devia na receção, de lhe dizer “olá, bom dia, o meu nome é X e vou estar consigo”. Se calhar às vezes acaba por se esquecer um bocadinho isso e não haver tanta disponibilidade para dar atenção àquela fragilidade do doente que está ali.” Es1

“(...) se calhar se o doente for mais sensível ou quiser mais atenção, se calhar não vais estar predisposta para isso (...) Acabas por... pronto, o doente se calhar não ser tratado, digamos assim, a 100% mas a 90% da tua capacidade de empatia.” Pr3

“(...) Muito na comunicação. Parte-te logo daí. Quando a comunicação não é eficaz, pronto, o resto é... Lá está, é como a bola de neve. Comunicação com a equipa, com o doente, com os familiares. Tudo. Tanto a comunicação verbal como a não verbal.”

Pr4

Dois enfermeiros referiram ainda que o tempo de resposta pode ser prolongado devido ao stress (Po5, Pr5) e, na mesma linha de pensamento, 1 (6,7%) enfermeiro referiu que a parte racional pode ficar alterada (Es4).

6.5. Estratégias de coping que o profissional utiliza

A penúltima categoria identificada foi “Estratégias que o profissional utiliza” onde procuramos compreender os diferentes mecanismos que os participantes usam para gerir o stress ocupacional. Foram quatro as subcategorias identificadas e as suas unidades de registo podem ser consultadas no ANEXO XXI.

A **comunicação/suporte social** é a subcategoria com mais frequência de unidades de registo, como apresentamos nos exemplos seguintes:

“(...) uma pessoa desabafa/falar sobre o assunto” Es3, Po2, Po3, Po4, Pr1, Pr3, Pr4, Pr5

“(...) comunicação entre nós” Po3, Pr1, Pr3

“(...) fazer um debriefing” Po4, Pr4

Para clarificar as circunstâncias e motivações associadas a essas estratégias, destacamos as seguintes unidades de contexto:

“(...) nós falarmos sobre o assunto em voz alta (...) quando estou a falar é que estou a perceber realmente o que aconteceu e a forma como eu intervimos e se realmente foi o

correto ou o que é que eu posso melhorar ou não. Acho que falar, sinceramente, é o fator que me ajuda mais, quer em casa ou mesmo depois trocar experiências com colegas” Pro5

“Eu, no trabalho, tento falar com pessoas que me são significativas sobre o que me aconteceu. Uma forma de gerir. Não é um debriefing formal, acho que isso seria o indicado com toda a equipe, fazer um debriefing no final da situação, mas refugio-me em pessoas que são significativas” Po4

Técnicas de autocontrolo e gestão emocional é a segunda subcategoria com mais unidades de registo:

“(...) Parar e respirar um bocadinho; tento me manter calmo” Es1, Po1, Po5

“(...) Tento-me manter na minha bolha; mentalmente, crio como se fosse uma bolha de proteção; tento manter-me no meu canto” Es5, Po3

“(...) Vou arejar um bocadinho” Es3, Es4

“(...) Fingir que está tudo bem” Pr2

Segue-se uma unidade de contexto exemplificativa da unidade de registo com mais frequência:

“Eu tento sempre parar e respirar um bocadinho (...) E quando me lembro, eu penso “não, isto não pode acontecer” (...) Acabo por respirar fundo e pensar não, agora vou parar, vou parar, não me vou ligar à pressão, e com o tempo vamos aprendendo” Es1

Por fim, as subcategorias **“Organização e foco”** e **“Lazer e autocuidado”** incluem estratégias que, embora com menos frequência registada, também parecem dar um contributo na gestão do stress.

Apresentamos uma unidade de contexto representativa da subcategoria **“Organização e foco”**:

“Organização. É focar a mente naquilo que tu tens que fazer. (...) Gerir prioridades. Chega-te um doente emergente. O que é que eu tenho que fazer primeiro? Qual é a prioridade? É salvar a vida daquele doente. Parar a hemorragia. Para parar a hemorragia, como é que eu posso colaborar? (...) Qual é o meu papel? (...) O que é que eu preciso de fazer? Focar-te exatamente naquilo e esquecer tudo o que esteja à tua volta.” Es2

E, de seguida, uma unidade de contexto exemplificativa da subcategoria “Lazer e autocuidado”:

“(…) e o exercício físico. E meditação também. Também fui adotando essa estratégia. Às vezes tenho que parar para fazer um bocadinho de yoga em casa, para me ajudar a libertar um bocadinho.” Es5

6.6. Propostas de melhoria

A última categoria que apresentamos é “Propostas de Melhoria” que se refere às sugestões de ações ou mudanças a serem implementadas para reduzir o stress ocupacional no BO de urgência. Dada a grande quantidade de unidades de registo das seis subcategorias identificadas, de modo a garantir uma apresentação clara e coesa, apresentamos os resultados na Tabela 8, organizados pela ordem de frequência dentro de cada subcategoria.

Tabela 8: Propostas de Melhoria

Subcategoria	Apoio da Gestão e Comunicação Aberta
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> - “Debate na equipa; momentos de brainstorming” (Es1, Es2, Es4, Po1, Po3, Pr1, Pr4) - “Chefias falarem do assunto e darem-nos atenção” (Es1, Es5, Po3, Pr1) - “Comunicar; comunicação” (Po1, Po2, Pr2, Pr5) - “Apoio do nosso superior hierárquico” (Es1) - “Reunião semanal onde pudéssemos discutir” (Es3) - “Ajuda entre os pares” (Po4)
Subcategoria	Formação e Desenvolvimento Profissional
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> - “Promover mais formação” (Es3, Es4, Es5, Po2, Po4, Pr2, Pr3) - “Sugerir [...] congresso” (Es3) - “Formação na área da comunicação” (Pr4)
Subcategoria	Melhoria do Ambiente de Trabalho
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> - “Haver convívios; team-building” (Es2, Es3, Es4, Es5, Po2, Po4, Po5, Pr1, Pr4) - “Integrações coesas; com programas de integração” (Es3, Es5, Po2, Pr2) - “Ter uma equipa motivada e mais satisfeita; reconhecimento do nosso trabalho e do nosso esforço” (Po1, Po5) - “Garantir a hora do almoço a toda a gente” (Po1)
Subcategoria	Recursos Humanos, Materiais, Físicos e Condições de Trabalho
Unidades de registo	<ul style="list-style-type: none"> - “Recursos humanos [com] rácios adequados” (Es3, Es5, Po4, Pr3) - “Proporcionar [...] outras condições físicas [ex: da copa]” (Po5, Pr3) - “Carga horária adequada” (Po3, Pr4) - “Igualdade” (Po5, Pr2) - “proporcionar [...] outras condições físicas [ex: da copa]” (Po5, Pr3) - “[Mais] computadores que estejam a funcionar” (Po2) - “Remuneração adequada” (Po4) - “É preciso o material estar muito bem organizado” (Es2)

	- <i>“a forma como está a ser feita a avaliação de desempenho no SIADAP não faz sentido”</i> Po5
Subcategoria	Suporte Psicológico e Gestão do Stress
Unidades de registo	- <i>“Apoio com o Gabinete de Psicologia; acompanhamento personalizado por parte do serviço da saúde ocupacional”</i> (Es5, Pr1, Pr5) - <i>“Programa de gestão de stress”</i> (Po4, Pr1, Pr5) - <i>“Ginástica laboral”</i> (Pr2, Pr5) - <i>“Yoga”</i> (Pr5)
Subcategoria	Organização do Trabalho e Protocolos
Unidades de registo	- <i>“ver qual [...] a área que [de preferência]: instrumentar, circular e de anestesia”</i> Po1; Po2; Pr2 - <i>“Criar muitos protocolos”</i> (Es3) - <i>“A gestão de horários de forma transparente”</i> (Es2) - <i>“Um briefing inicial”</i> (Po1) - <i>“haver mais organização [...] relativa ao] fluxo de doentes, um sistema informático que diga os doentes [para] operar”</i> (Pr2) - <i>“uma sala de urgência diferida que tratasse só trauma, aliviaria todo o ambiente”</i> (Pr3)

6.7. Frequência de palavras

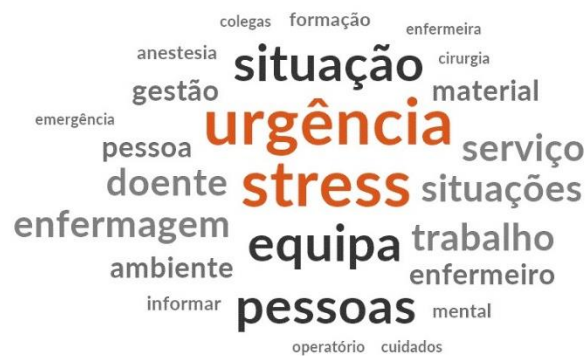
De forma a complementar os resultados apresentados neste capítulo, apresentamos na Tabela 9 a contagem de frequência de palavras (com seis ou mais caracteres) mais referidas que permite identificar os temas mais discutidos e mais relevantes das entrevistas.

Tabela 9: Frequência de palavras

Palavra	Contagem	Percentual ponderado (%)
stress	410	0,92
urgência	242	0,54
equipa	215	0,48
situação	209	0,47
peessoas	170	0,38
situações	135	0,30
doente	118	0,27
trabalho	113	0,25

A análise da frequência das palavras revela que "stress" foi a palavra mais referenciada, com uma contagem de 410. "Urgência" foi referenciada 242 vezes e "equipa" 215 vezes. Na figura 2 apresentamos a nuvem de palavras gerada como uma ferramenta visual para destacar as palavras mais frequentemente mencionadas pelos participantes, permitindo uma interpretação rápida e intuitiva.

Figura 3: Nuvem de palavras



Os participantes não forneceram feedback sobre os resultados expostos uma vez que ainda não têm conhecimento dos mesmos.

7. Discussão

Neste capítulo realizamos uma discussão que interpreta e contextualiza os resultados no âmbito dos objetivos estabelecidos e de evidência científica existente. Refletimos sobre as implicações dos resultados obtidos, analisando a sua relevância e possíveis contribuições para a área de estudo, assim como as suas limitações.

7.1. *Dados sociodemográficos*

Todos os participantes trabalham na região centro de Portugal, o que limita a abrangência geográfica da amostra, mas possibilita uma análise específica desse contexto regional. A amostra é predominantemente feminina, com 14 (93,3%) participantes do género feminino e apenas 1 (6,7%) participante do género masculino. Estes dados refletem a predominância feminina na Enfermagem também observada a nível nacional. De acordo com os dados do Anuário Estatístico 2023 disponibilizado pela OE, na Secção Regional do Centro da OE, 81,1% dos enfermeiros são do género feminino e 18,9% do género masculino (OE, 2024). Assim, as percepções e experiências relatadas no estudo podem estar fortemente influenciadas pelas vivências do género feminino. Pessoas do género masculino e pessoas do género feminino, devido às suas diferenças biológicas, enfrentaram desafios distintos ao longo da evolução, o que os levou a desenvolver mecanismos e habilidades de resposta distintas (Natividade et al., 2014). A Teoria da Empatia-Sistematização, apresentada por Baron-Cohen (2002), aponta a existência de dois principais tipos cognitivos, um com maior capacidade empática (mais característico do género feminino) e outro com maior capacidade de sistematização (mais característico do género masculino).

No entanto, é importante notar que esta teoria foi desenvolvida há mais de vinte anos e a evolução social do mundo ocidental, nos últimos anos, tem ampliado uma filosofia de igualdade de género, questionando estereótipos mais conservadores, incentivando uma visão mais inclusiva das capacidades humanas. Jäncke (2018, p.7) refere que “a pesquisa dos últimos 50 anos e particularmente dos últimos 10 anos mostrou que as diferenças de sexo/género em termos de funções cognitivas são menos claras do que se supunha anteriormente” e ainda que “atualmente não há uma correlação direta e forte entre essas descobertas neurocientíficas e o comportamento da vida real, bem como a cognição”.

Portanto, se por um lado pode ser relevante interpretar os dados e desenvolver estratégias de intervenção para reduzir o *stress* ocupacional no contexto estudado tendo em conta as diferenças de percepção entre os dois géneros, particularmente na forma como cada um processa emoções e valores, por outro, é essencial considerar estas perspetivas contemporâneas e evitar generalizações baseadas em teorias que possam não refletir a complexidade das experiências individuais.

O tempo de experiência em BO de urgência foi, em média, de 10,60 anos (dp 4,611), variando entre 5 e 19 anos. Esta variância observada entre os participantes é esperada e coerente com os critérios de inclusão definidos para os subgrupos da amostra. A amostragem por quotas foi realizada precisamente para apreender essa variação de prática e formação profissional e garantir a representatividade de cada subgrupo (especialistas em EMC ou EMC na área de especialização em EPSP, peritos e proficientes).

O facto de 66,7% dos enfermeiros terem formação pós-graduada sugere um alto nível de investimento em desenvolvimento profissional.

A análise estatística das funções desempenhadas pelos participantes no BO de urgência revelam que uma maioria significativa está envolvida nas várias funções, conforme recomenda a AESOP (2012) em que o enfermeiro deve estar apto a assumir as três funções na sala de operações, o que reflete a natureza versátil e altamente exigente do ambiente de BO.

7.2. *Fatores geradores de stress ocupacional*

“Fatores geradores de *stress* ocupacional” foi a primeira categoria exposta nos resultados, resultante da análise de conteúdo.

Na subcategoria “**Contextualização em ambiente de trabalho**” a maioria dos participantes (66,7%) descreve-o de forma positiva, utilizando termos como "agradável", "bom" e "tranquilo". Este resultado sugere que, para a maioria dos enfermeiros, o ambiente de trabalho é percebido como equilibrado e harmonioso. A clareza nas funções desempenhadas e a coesão da equipa de enfermagem criam uma estrutura de confiança, tendo sido destacadas como fatores que contribuem para essa percepção positiva. Por outro lado, 2 (13,3%) participantes descreveram o ambiente como "intenso" e "desafiante", o que sugere a exigência do mesmo e a suscetibilidade a focos de *stress*. O fato de o trabalho em BO de urgência ser descrito como "pouco rotineiro" espelha a carga de imprevisibilidade e

complexidade a ele inerentes assim como a necessidade de os enfermeiros terem que se adaptar constantemente a novas situações e desafios.

Na subcategoria “**Programas/Políticas para promoção de Saúde Mental**”, a percepção dos enfermeiros sobre a preocupação demonstrada pela equipa e pelo enfermeiro gestor com as questões relacionadas com a saúde mental e bem-estar dos enfermeiros mostrou uma divisão entre os que percebem essa preocupação (53,3%) e os que não a identificam (46,7%), o que sugere uma variabilidade significativa nas percepções individuais sobre o apoio recebido. No entanto, a totalidade dos participantes (100%) relatou a ausência de programas ou políticas formais orientados para a promoção da saúde mental nos seus serviços. Este resultado enfatiza a necessidade urgente de os criar e de os implementar para gerir o bem-estar emocional dos enfermeiros no local de trabalho, como também concluiu Semenyaka (2023) no seu estudo sobre o nível de *burnout* nos enfermeiros de BO em Portugal, reforçando a necessidade urgente de medidas preventivas e intervenções sistemáticas para melhorar o bem-estar destes profissionais. Esta lacuna parece não se restringir à enfermagem perioperatória como nos remete o artigo de Carvalho et al. (2019), que estudaram a saúde mental de um grupo de enfermeiros de um Centro Hospitalar da região centro de Portugal, tendo os seus resultados apontado também para a necessidade do desenvolvimento de programas de promoção de saúde mental no contexto ocupacional.

Apesar da ausência de programas formais, alguns enfermeiros identificaram iniciativas informais, como a prática de atividade física, formações pontuais e consultas específicas criadas pelo serviço de psiquiatria. Estas práticas, embora limitadas e não formalizadas, parecem ter algum impacto positivo na tentativa de colmatar a lacuna identificada.

A subcategoria “**Fatores de stress**” permitiu identificar as fontes de *stress* percebidas pelos participantes, dando resposta a um dos objetivos específicos desta investigação: descrever os fatores geradores de *stress* nos enfermeiros perioperatórios de urgência.

Um grande grupo de fatores mais frequentemente citados como geradores de *stress* está relacionado com as relações interpessoais e a comunicação no ambiente de trabalho. Expressões como "conflitos", "dependência do trabalho de outras pessoas" e "dificuldade em gerir pessoas" destacam a importância das interações com os membros da equipa como um elemento crítico. Estes resultados são corroborados por Gonçalves (2013) que, no seu estudo sobre gestão do *stress* em Enfermeiros Perioperatórios da Região de Trás-os-Montes e Alto Douro, concluiu que as causas mais referidas pela amostra como stressantes foram as relacionadas com as relações interpessoais. Naviaux et al. (2022) também concluíram que os fatores de *stress* mais referenciados pelos enfermeiros instrumentistas foram os associados às relações interpessoais. A dependência de outros profissionais para a realização de tarefas

de forma eficiente foi referenciada por 1 (6,7%) enfermeiro (Es4) e parece aumentar a sensação de frustração quando a colaboração não flui conforme as expectativas. James-Scotter et al. (2019) referem que o trabalho em equipa no BO, quando eficiente e executado com um elevado nível de intimidade e interdependência para atingir um objetivo específico, são propulsores de satisfação dos profissionais. Isso sugere a necessidade de melhorar a dinâmica de trabalho em equipa e desenvolver estratégias de comunicação mais eficazes para minimizar conflitos e incompatibilidades.

Outro grande grupo de fatores de *stress* mencionados estão relacionados com a sobrecarga de trabalho e a pressão associada à realização de tarefas. Os enfermeiros referem "pressão", "situações de verdadeira emergência" e "carga horária enorme" como causas comuns. No estudo de Ackah e Kwashie (2023), a maioria dos participantes refere experiências de *stress* como resultado da carga de trabalho. Também o estudo de Gonçalves (2013) foi ao encontro destes resultados, uma vez que o surgimento de situações de urgência/emergência foi a segunda causa considerada mais stressante no desenvolvimento da atividade de enfermagem no BO. No estudo qualitativo de Teymoori et al. (2022) alguns dos participantes também fizeram referência aos eventos imprevisíveis em algumas cirurgias complexas, à pressão no trabalho (sobretudo noturno), à alta carga de trabalho e à necessidade de alta concentração durante a cirurgia como fatores associados à exaustão.

Consideramos importante refletir que o nosso estudo foi conduzido especificamente no contexto de BO de Urgência, o que pode intensificar a percepção do impacto das situações de emergência. Em estreita relação com este fator, foi também referido por alguns participantes "o desconhecimento" e a "imprevisibilidade" como fatores desencadeantes de *stress*. O ambiente de urgência distingue-se por características únicas, como a imprevisibilidade, a frequente necessidade de tomadas de decisões rápidas e a pressão constante por resultados imediatos muitas vezes em situações de *lifesaving*, o que acarreta uma pressão extra para os enfermeiros deste contexto. Estes resultados sublinham a necessidade de apoio da gestão nas áreas de gestão do tempo/trabalho, no desenvolvimento de competências que preparem os enfermeiros de BO de urgência para a resposta a situações de emergência e formação técnica para empoderar os profissionais no desenvolvimento de resiliência emocional e estratégias para lidar com a imprevisibilidade.

No nosso estudo, a referência a questões relacionadas com o material, através da unidade de registo "disponibilidade do material; o bom estado ou não do material; material que não esteja correto", foi descrita por 9 (60%) dos participantes. Quando comparado com o estudo de Gonçalves (2013), onde apenas 11,1% dos inquiridos mencionaram falhas de equipamento ou material como fator de *stress*, é possível inferir que a natureza do BO de urgência no nosso

estudo pode exacerbar essa percepção. No BO de urgência a necessidade de resposta rápida e a constante exposição a situações imprevisíveis tornam a disponibilidade imediata do material e o seu bom estado ainda mais crucial.

A análise dos resultados expostos desta categoria leva-nos a um paradoxo. Embora a grande maioria dos enfermeiros tenha descrito o ambiente de trabalho no BO de urgência como positivo, posteriormente enumeraram muitos fatores de *stress* ocupacional presentes no seu contexto. Consideramos que esta contradição espelha a normalização do *stress* no campo da enfermagem, especialmente em ambientes de urgência. A enfermagem é reconhecida como um trabalho altamente exigente e uma profissão propensa ao *stress*, tanto pelos fatores físicos, como psicológicos (Vallone et al., 2024). Isso pode levar a uma aceitação de que, embora o trabalho seja expectavelmente stressante, ainda assim é considerado "positivo" se houver outros fatores atenuantes, como um bom relacionamento com a equipa e a realização profissional.

7.3. *Sentimentos vivenciados e implicações*

A segunda categoria “Sentimentos vivenciados e implicações” permite dar resposta a três objetivos específicos deste estudo: identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perioperatórios de urgência em situações de *stress*, identificar as suas implicações a nível pessoal e a nível profissional.

A análise da Tabela 8, que descreve os **sentimentos vivenciados pelos enfermeiros** perioperatórios de urgência, revela a ansiedade como o sentimento mais frequente, descrito por 8 (53,3%) dos participantes. Este é um resultado esperado uma vez que, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) versão 2015, a ansiedade é uma “emoção negativa: sentimentos de ameaça, perigo ou angústia” (Conselho Internacional de Enfermeiros [CIE], 2016, p.40) e está intimamente relacionada com o *stress* que é definido por um “sentimento de estar sob pressão e ansiedade ao ponto de ser incapaz de funcionar de forma adequada física e mentalmente (...)” (CIE, 2016, p. 86.). A ansiedade é caracterizada por uma “sensação de medo perante uma ameaça ou uma preocupação perante algo que poderá acontecer e que tememos ser negativo” (Sistema Nacional de Saúde [SNS], 2023) o que pode estar relacionado com a natureza urgente e imprevisível das situações que esses profissionais enfrentam diariamente.

A ansiedade é seguida pelo medo, referido por 6 (40%) dos enfermeiros. O medo, como refere a definição do SNS supracitada, está estreitamente ligado ao sentimento de ansiedade e neste

contexto de estudo aparece associado ao receio de falhar e de não corresponder às expectativas durante situações críticas, o que sugere que a pressão para desempenhar um papel fundamental e sem falhas em contextos de emergência pode ser uma das principais causas do *stress* psicológico neste contexto.

Frustração e revolta/raiva também são sentimentos comuns, referidos por 26,7% e 20% dos enfermeiros, respetivamente. A frustração pode resultar da falta de recursos, da incapacidade de controlar o ambiente em situações de *stress* e da dificuldade em conciliar as expectativas profissionais com as limitações impostas pelas circunstâncias. A revolta/raiva parece estar frequentemente ligada à dinâmica de trabalho no BO, particularmente no relacionamento com a equipa médica, como referido nos depoimentos dos participantes.

Nervosismo, tristeza e outros sentimentos negativos, como desânimo, desilusão, angústia e irritação, foram relatados por uma parcela considerável dos enfermeiros (20% a 13,3%). Estes sentimentos refletem a intensidade emocional e o desgaste mental que acompanham a dinâmica do BO de urgência. Estes profissionais lidam não só com situações complexas do ponto de vista técnico, mas também com desafios emocionais. A presença de sentimentos como impotência, inferioridade perante a equipa médica e culpa, embora mencionados por uma menor parte dos enfermeiros (6,7%), sugere uma componente importante de vulnerabilidade emocional.

Estes resultados indicam que a carga emocional associada ao trabalho no BO de urgência é significativa e diversificada. A prevalência de sentimentos como ansiedade, medo e frustração sugere a necessidade de implementar medidas de suporte psicológico, estratégias de *coping* adequadas e intervenções para melhorar o ambiente de trabalho, como forma de mitigar o *stress* e melhorar o bem-estar dos profissionais. O reconhecimento das dificuldades emocionais enfrentadas pelos enfermeiros e a criação de protocolos institucionais que favoreçam o apoio emocional podem ser passos importantes na direção de um ambiente mais saudável e colaborativo.

Os resultados da subcategoria "**Implicações das Experiências de *Stress* na Vida Pessoal**" evidenciam como o *stress* ocupacional impacta negativamente a vida pessoal dos enfermeiros perioperatórios do BO de urgência. A implicação mais referenciada foi o "cansaço", mencionado por 6 (40%) enfermeiros. Estes resultados alinham-se com as evidências que sugerem uma relação entre *stress* e sensação de cansaço/fadiga. No estudo de Souto (2021) realizado a uma amostra de pessoas com várias categorias profissionais (sendo 22% enfermeiros) 63,8% dos participantes também associaram *stress* ocupacional a "cansaço". A fadiga e sentimentos relacionados, como a exaustão, podem resultar de experiências stressantes prolongadas conforme nos remete a Síndrome Geral de Adaptação

(Selye, 1950; Sharma, 2018; Tan & Yip, 2018) descrita anteriormente no enquadramento teórico.

As alterações emocionais foram referidas por 5 (33,3%) enfermeiros e o sentimento de exaustão e falta de paciência por 4 (26,7%), que afetam diretamente a interação com os familiares e pessoas próximas, sendo que 2 (13,3%) enfermeiros referiram ter menos tempo disponível para os familiares/pessoas próximas. O depoimento do participante Po4 reforça essa ideia: "fico tão cansada que não tenho a disponibilidade". Esta dificuldade de se desconectar emocionalmente do trabalho reflete a dificuldade em encontrar um equilíbrio saudável entre trabalho e vida pessoal, que é essencial para manter a qualidade de vida e preservar as relações sociais. Esta realidade é validada em estudos, como o de Ilies et al. (2007) em que os resultados revelaram que as percepções dos trabalhadores sobre a carga de trabalho previam conflitos na relação familiar mesmo quando se controlava o número de horas laborais. Repetti e Wang (2017) referem também que o *stress* ocupacional pode levar a efeitos negativos na relação familiar, como alterações de humor e afastamento social embora enfatizem que também pode desencadear respostas adaptativas, como maior apoio, envolvimento e resiliência familiar. Isso mostra uma dinâmica complexa onde o *stress* pode levar tanto a desafios como a uma maior coesão e apoio no contexto familiar.

O relato sobre alterações do sono/insónias, mencionado por 3 (20%) participantes, destaca um efeito comum, conforme Rocha e Martino (2010) relatam no seu estudo no qual chegaram a uma correlação entre *stress* e sono, sendo que quanto maior o nível de *stress* dos enfermeiros, pior foi a qualidade de sono.

Os resultados da subcategoria "**Implicações das Experiências de *Stress* na Vida Profissional**" ilustram o impacto direto do *stress* ocupacional no desempenho profissional dos enfermeiros perioperatórios de urgência. Este impacto reflete-se principalmente na capacidade de reação adequada em situações críticas, com 3 (20%) participantes a referirem que em momentos de *stress* têm mais dificuldade em lidar com as situações: "quando estamos sob imenso *stress* acabamos por não reagir tão bem (...) não sermos a pessoa que habitualmente somos quando estamos a trabalhar" (Es3). Este tipo de reação indica que o *stress* reduz a capacidade dos profissionais de manterem um desempenho estável, afetando a sua segurança emocional e a confiança na sua capacidade de resposta. Além disso, a desconcentração foi referida como uma consequência importante. Enfermeiros relataram sentir uma diminuição na capacidade de foco e perderem o "fio à meada" (Pr2) em situações de alta pressão. Este resultado é particularmente relevante, pois a falta de concentração num ambiente de urgência pode aumentar a probabilidade de erros e comprometer a segurança da pessoa em situação perioperatória. Este impacto do *stress* nas capacidades cognitivas é corroborado por vários

autores, como Al-Nuaimi et al. (2021) que chegaram a uma relação negativa entre o *stress* ocupacional nos enfermeiros e o seu desempenho. Também Bufano et al. (2024), na sua revisão sistemática da literatura, obtiveram resultados que evidenciam que o trabalho por turnos, o *stress* ocupacional e, provavelmente, as horas de trabalho prolongadas têm efeitos prejudiciais na resposta cognitiva.

Por outro lado, é interessante notar que, embora a maioria dos enfermeiros tenha relatado impactos negativos do *stress*, 1 (6,7%) participante mencionou que o *stress* não prejudica significativamente o seu desempenho, afirmando: “Eu sou uma pessoa calma e tenho alguns anos daquilo” (Po5). Esta declaração sugere que fatores intrínsecos da sua personalidade, como a calma, combinados com a experiência profissional, podem ter contribuído para o desenvolvimento de uma maior resiliência, permitindo-lhe gerir o *stress* de forma mais eficaz ao longo da carreira.

Os resultados revelam que a percepção que os enfermeiros perioperatórios têm do impacto do *stress* ocupacional nos cuidados prestados recaem principalmente nas seguintes duas áreas do cuidar: em questões de segurança, que aumentam o risco de erros; e em dificuldades na comunicação e empatia com a pessoa em situação perioperatória e familiares/pessoa significativa.

40% dos enfermeiros referiram que o *stress* aumenta o risco de erros e incidentes de segurança, como trocas de medicação ou falhas de verificação. Esses achados são consistentes com a literatura que destaca que o *stress* no ambiente do BO está associado a uma maior probabilidade de erros clínicos e acidentes. De acordo com Akansel (2019) as alterações das capacidades cognitivas e sensoriais dos enfermeiros podem levá-los a cometer erros graves durante o trabalho e também prejudicar a segurança das pessoas em situação perioperatória.

Aproximadamente 13 em cada 100 pessoas internadas nos hospitais públicos portugueses sofrem um Evento Adverso (Sousa et al., 2018) e, segundo a AORN (2021), 70% dos eventos adversos que ocorrem no ambiente perioperatório têm origem em falhas na comunicação entre profissionais de saúde. No nosso estudo esta realidade foi evidenciada com a referência à inadequada coordenação durante emergências como um fator de risco adicional para a segurança dos cuidados. Este ponto é particularmente importante, pois sugere que a ausência de uma liderança eficaz e a falta de comunicação clara durante situações de alta pressão podem levar a uma atuação desorganizada e, conseqüentemente, a um aumento dos riscos para a pessoa em situação perioperatória. Esses achados estão alinhados com a literatura que sugere que a liderança e a comunicação clara são essenciais, sendo que a “comunicação está no núcleo da liderança, uma vez que a liderança é um relacionamento

interpessoal no qual os líderes influenciam pessoas para mudança via processo comunicativo” (Balsanelli & Cunha, 2006, p. 121). A comunicação é uma das responsabilidades mais difíceis e críticas que os líderes enfrentam. A *American Organization for Nursing Leadership* (AONL) (2017) enuncia vários princípios orientadores sobre o papel do enfermeiro líder na gestão de crises que contempla várias competências essenciais, entre elas, a capacidade de transmitir calma, confiança e autoridade em todas as situações, com empatia pela forma como a equipa reage aos desafios, mantendo uma comunicação aberta e precisa.

Outro impacto importante do *stress* nos cuidados percecionado está relacionado com comunicação e a falta de empatia dos enfermeiros para com a pessoa em situação perioperatória e família/pessoa significativa. 40% dos enfermeiros referiram que, quando estão sob *stress*, têm menos disponibilidade para a interação empática com a pessoa em situação perioperatória. Isso afeta diretamente a qualidade da experiência da pessoa, uma vez que a comunicação eficaz e a empatia são componentes fundamentais do cuidado centrado na pessoa, objetivo principal do o *Perioperative Patient Focused Model*. Huang et al. (2023) referem que um dos efeitos negativos do *stress* nos enfermeiros perioperatórios é a indiferença para com a pessoa. Segundo a *American Nurses Association* (ANA) (2023) a prática centrada na pessoa, a colaboração com a mesma e sua família/pessoa significativa, o suporte emocional e a comunicação clara são fatores-chave para alcançar melhores resultados de saúde sendo que uma comunicação eficaz e empática fortalece a confiança, reduz erros e promove um ambiente de cuidado seguro e eficiente. Estratégias para reduzir o *stress* e dotar os enfermeiros de inteligência emocional podem fortalecer a prática centrada na pessoa.

7.4. *Estratégias de coping que o profissional utiliza*

A terceira categoria “estratégias de *coping que o profissional utiliza*” permite dar resposta aos objetivos: perceber as estratégias que os enfermeiros perioperatórios de urgência usam para a gestão do *stress* a que são sujeitos.

Com a análise de conteúdo verificamos que a **comunicação/suporte social** foi a subcategoria mais referida na gestão do *stress* ocupacional. Expressões como “*uma pessoa desabafa*”, “*comunicação entre nós*”, “*refugiamo-nos uns nos outros*” destacam o papel das estratégias baseadas na comunicação e suporte social na adaptação a situações stressantes. Segundo Watson et al. (2024), o apoio entre pares representa uma base de apoio emocional,

psicológico e prático essencial para a resiliência e bem-estar dos enfermeiros, com benefícios que incluem a redução do *stress*, o aumento da satisfação profissional e o fortalecimento de uma identidade profissional.

Técnicas de **autocontrole e gestão emocional** foi a segunda subcategoria mais descrita. As estratégias relatadas variam entre técnicas mais ativas, como "*parar e respirar*" para manter a calma, e técnicas mais introspectivas, como "*mentalmente, crio como se fosse uma bolha de proteção*" e "*fingir que está tudo bem*". Uma gestão emocional eficaz permite o controle das emoções negativas e das reações emocionais, a reflexão sobre a causa dessas emoções e a escolha consciente da resposta a ser dada (Pačarić et al., 2018). Kadović et al. (2022) no seu estudo realizado com profissionais de saúde concluíram que a baixa capacidade de controle emocional relaciona-se com uma maior prevalência de *stress* ocupacional evidenciando a necessidade de ser proporcionado um suporte institucional efetivo para o desenvolvimento da inteligência emocional.

A subcategoria "**organização e foco**" demonstra a importância de uma gestão eficiente das competências e do foco nas prioridades em situações emergenciais e a subcategoria "**lazer e autocuidado**", demonstra que estratégias como a prática de exercício físico e de atividades de relaxamento, embora menos referidas que estratégias de outras subcategorias, podem ser importantes para o equilíbrio mental e a recuperação fora do ambiente de trabalho.

7.5. *Propostas de melhoria*

A última categoria "propostas de melhoria" permite dar resposta ao objetivo: identificar sugestões para minimizar as fontes de *stress* dos enfermeiros perioperatórios de urgência. Foram várias as sugestões que os participantes referiram as quais resultaram em seis subcategorias.

A necessidade de **apoio da gestão e uma comunicação mais eficaz** foi mencionada por vários participantes, destacando a importância de uma liderança presente e de canais de comunicação abertos para o bem-estar da equipa. Esses resultados reforçam a ideia de que a liderança deve ser proativa e aberta, possibilitando que os membros da equipa sintam que suas preocupações são ouvidas e valorizadas. Neste sentido, a *American Association of Critical-Care Nurses* (AACN) (2016) refere que uma liderança autêntica exige que os líderes de enfermagem devem assegurar os meios necessários para implementar e manter eficazmente um ambiente de trabalho saudável. Sugestões como "reunião semanal para discussão" e "debate na equipa" indicam que a comunicação regular e clara em equipa pode

ser uma forma eficaz de enfrentar alguns desafios geradores de *stress* ocupacional. Os benefícios desta comunicação em equipa são validados na revisão sistemática da literatura de Evans et al. (2023) que concluíram que os *debriefings* dão voz aos elementos da equipa não só para melhorar os resultados clínicos, mas para melhorar também as suas próprias experiências emocionais e bem-estar no trabalho.

Formação e desenvolvimento profissional foram sugeridos por muitos participantes, o que sugere a importância que os enfermeiros dão ao conhecimento, à prática baseada na evidência e à formação da área da gestão de *stress* para se sentirem mais seguros na prática profissional. A eficácia da formação e treino na área de gestão do *stress* é comprovada em estudos científicos como o de Alkhalaf et al. (2020) que concluíram que um programa de intervenção de gestão de *stress* é um método valioso que pode ser usado por organizações de saúde para reduzir os níveis de *stress* dos enfermeiros. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Abdian et al. (2022), onde o treino de estratégias de enfrentamento se mostrou eficaz na redução do *stress* ocupacional dos enfermeiros. Um participante sugeriu no nosso estudo a realização de formação na área da comunicação” (Pr4) e, de facto, segundo Lee et al (2022), uma maior competência comunicativa está associada a uma diminuição *burnout* dos enfermeiros perioperatórios.

A **melhoria do ambiente de trabalho** com importância das atividades como “*team-building*” e programas de integração coesos foram referidos. De facto, existem evidências de que as atividades de “*team-building*” são uma técnica eficaz de promover o desempenho e o trabalho em equipa (McEwan et al., 2017). No estudo de Marks-Maran et al. (2012), um programa de integração de novos elementos de enfermagem apresentou um impacto positivo na aquisição de competências técnicas e de comunicação, nas relações com a equipa e, além disso, contribuiu para reduzir o *stress* e a ansiedade. O reconhecimento do esforço da equipa foi outro ponto citado, indicando que valorizar o trabalho dos profissionais não só contribui para um ambiente mais positivo, como também pode aumentar a motivação e satisfação dos enfermeiros.

Questões relacionadas com **recursos humanos, materiais e condições de trabalho**, incluindo rácios adequados e carga horária justa, é uma necessidade expressa por muitos participantes. Além disso, há referência a melhorias nas condições físicas do local de trabalho, como disponibilidade de computadores e organização de materiais. Isso sugere que é fundamental garantir que os recursos sejam suficientes e que as condições de trabalho sejam apropriadas. Sugestões no âmbito do **suporte psicológico e gestão do *stress*** foram propostas como o “apoio do Gabinete de Psicologia” e a criação de um “programa de gestão de *stress*”. Sugestões como “yoga” e “ginástica laboral” mostram que técnicas alternativas para a

redução do *stress* também têm recetividade pelos profissionais, evidenciando uma procura por atividades que promovam bem-estar físico e mental. Embora estudos adicionais possam fortalecer as evidências, vários autores referem a eficácia de sessões de yoga para o bem-estar e gestão do *stress* em profissionais de saúde (Cocchiara et al., 2019; Misra et al. 2023) assim como da ginástica laboral (Costa et al., 2024).

Por fim, **sugestões de organização do trabalho e elaboração de protocolos** foram também referidas, o que destaca a necessidade de um ambiente de trabalho mais estruturado que, por sua vez, pode ajudar os profissionais a gerirem melhor as suas tarefas e reduzir a incerteza e o *stress* associados. O uso de protocolos alicerça-se na prática baseada na evidência, transmite segurança, facilita a tomada de decisão e possibilita uma atuação padronizada (Pimenta et al. 2017).

3 (20%) enfermeiros sugeriram que fosse realizada uma auscultação de preferências em relação à função de trabalho na sala operatória (instrumentação, circulação e anestesia). No entanto, reconhecemos a dificuldade para a gestão em atender a todas as preferências individuais, pesando ainda a recomendação da AESOP (2012) de que enfermeiros devem estar aptos para desempenhar todas as funções. Embora esta proposta represente uma iniciativa positiva para alinhar as funções ao interesse e aptidão dos profissionais, a sua aplicação na prática parece ser desafiadora.

As estratégias identificadas por Antunes (2020) vão ao encontro das que identificamos no nosso estudo, com referência à criação de protocolos, realização de formação, realização de reuniões com casos clínicos, aquisição de recursos humanos, alteração do número de horas de trabalho por turno, implementação de técnicas de relaxamento, intervenção do serviço de Saúde Ocupacional e criação de momentos de convívio.

7.6. *Outras considerações*

O último objetivo traçado para este estudo foi comparar a percepção entre enfermeiros proficientes, enfermeiros peritos e enfermeiros especialistas em EMC ou especialistas em EMC na área de EPSP a exercer funções num BO de urgência. Com a análise dos resultados não identificamos diferenças significativas entre os grupos, o que sugere que os fatores de *stress* ocupacional têm impacto semelhante nos enfermeiros com diferentes níveis de experiência ou de competências. Isto indicia que o ambiente de trabalho e os focos de *stress* aos quais estão sujeitos parecem ser os maiores determinantes da experiência de *stress*. No entanto, o estudo de Wei et al. (2023) concluiu que existem grandes diferenças no *stress* no

trabalho e no nível de saúde entre enfermeiros perioperatórios de diferentes idades, anos de experiência e títulos profissionais.

A análise da frequência das palavras revela que "stress" "urgência" e "equipa" foram as mais referenciadas. A alta frequência de "stress" é esperada, tendo em conta a temática do estudo, destacando a relevância desse tema nas experiências desses profissionais. A referência frequente de "urgência" reflete a natureza dinâmica e altamente exigente do ambiente do BO de urgência, onde decisões rápidas e ações imediatas podem contribuir para situações de stress. A frequente referência a "equipa" evidencia a importância do suporte social e do trabalho colaborativo como elementos centrais nesta temática, como já discutido anteriormente.

7.7. *Limitações*

Este estudo não está isento de limitações que devem ser reconhecidas para uma interpretação mais abrangente e rigorosa:

- Todos os participantes do estudo trabalham na região centro de Portugal. Essa concentração geográfica limita a generalização dos resultados para outras regiões do país.
- O tema em estudo é extremamente subjetivo e influenciado pelas percepções individuais de cada participante. Segundo Kadović et al. (2022), a reação de um indivíduo ao *stress* é o resultado da sensibilidade individual, circunstâncias externas e focos de *stress*, sendo que a sensibilidade individual é influenciada ainda pela personalidade, idade e estilo de vida. Isso significa que os resultados refletem, em grande medida, as experiências e a personalidade únicas dos enfermeiros envolvidos, que podem variar bastante de pessoa para pessoa. Essa variabilidade torna difícil a generalização dos resultados para uma população maior.
- Não obstante ao quinto entrevistado em cada subgrupo não haver dados novos, admitimos que a saturação poderá, eventualmente, não ter sido atingida, podendo uma hipotética entrevista seguinte em cada grupo vir a apresentar novos dados. Esta constitui uma limitação ao presente estudo, não revertida durante a fase de investigação para não comprometer a exequibilidade do mesmo, e que, ao mesmo tempo, apresenta novo desafio, representando uma linha futura de investigação.

8. Conclusão

O *stress* ocupacional é uma realidade para os enfermeiros perioperatórios de urgência que atuam num ambiente altamente dinâmico e complexo. O estudo realizado cumpriu a finalidade de compreender como é que os enfermeiros perioperatórios de BO de urgência do SNS vivenciam o *stress* ocupacional no ambiente altamente exigente que é o BO de urgência, através da exploração das suas percepções e experiências subjetivas. O objetivo geral e os objetivos específicos foram alcançados como destacado ao longo da discussão de resultados. Verificou-se a inexistência de políticas ou programas formais especificamente orientados para a promoção da sua saúde mental nos serviços de BO dos enfermeiros entrevistados.

Os fatores de *stress* com mais frequência relatada remetem ao mau estado ou à não disponibilidade do material, às relações interpessoais e a questões emocionais devido à natureza do trabalho no BO de urgência (sobrecarga de trabalho e de responsabilidades, pressão para cumprir tarefas, situações de desconhecimento e imprevisibilidade). Os sentimentos de ansiedade, medo e frustração foram os mais relatados pelos enfermeiros, refletindo os desafios emocionais desse ambiente.

Quanto ao impacto das experiências de *stress* na vida pessoal, o cansaço foi frequentemente referido, seguido das alterações emocionais com impacto nas relações familiares. Na vida profissional, a consequência mais relatada foi a diminuição da aptidão para “reagir tão bem às situações”.

O impacto das experiências de *stress* nos cuidados prestados foram uma das principais inquietações que levaram à realização do presente estudo. Conclui-se que esse impacto é percecionado pelos enfermeiros nas questões de segurança, refletindo-se no risco de erros e incidentes; e nas questões relacionadas com a comunicação e a falta de empatia e disponibilidade para com a pessoa em situação perioperatória e/ou sua família.

Estratégias de comunicação/suporte social são as mais usadas pelos enfermeiros na gestão do *stress*, seguidas de técnicas de autocontrolo e gestão emocional.

Foram várias as propostas de melhoria descritas pelos participantes nas áreas de: apoio da gestão e comunicação aberta; formação e desenvolvimento profissional; melhoria do ambiente de trabalho; recursos humanos, materiais, físicos e condições de trabalho; suporte psicológico e gestão do *stress*; e organização do trabalho e protocolos.

Não foram identificadas diferenças significativas nas percepções dos enfermeiros dos diferentes subgrupos da amostra.

Este estudo permitiu conhecer aspetos importantes da percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o *stress* ocupacional no BO de urgência que podem ser pontos de partida para o desenvolvimento de estratégias de intervenção específicas, contribuindo para a área em estudo.

Várias sugestões para a prática foram referidas ao longo da discussão, fundamentadas nos resultados obtidos e em literatura existente. Estas visam não apenas reduzir os níveis de *stress* ocupacional, mas também promover um ambiente de trabalho mais saudável e seguro, o que, em última análise, poderá contribuir para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória e para o bem-estar geral dos enfermeiros. Assim, reconhecemos o impacto desta área de estudo em dois dos quatro domínios do *Perioperative Patient Focused Model*: domínio do Sistema de Saúde, que se centra nos elementos estruturais que descrevem o ambiente de cuidados de saúde em que os enfermeiros perioperatórios prestam cuidados à pessoa em situação perioperatória, e no domínio da segurança da pessoa.

Sugere-se a realização de futuros estudos que adotem uma abordagem longitudinal para avaliar o impacto de programas de intervenção na redução dos níveis de *stress* ao longo do tempo.

Para uma intervenção personalizada, consideramos pertinente a realização de estudos dos contextos singulares, por serviço de BO de urgência pois, se o *stress* está intrinsecamente relacionado com fatores ambientais e organizacionais, é natural que esses fatores variem consideravelmente de hospital para hospital. Cada instituição tem características únicas, como a carga de trabalho, recursos disponíveis, cultura organizacional e práticas de liderança que influenciam a experiência de *stress* dos profissionais. Dessa forma, uma intervenção eficaz e personalizada requer um estudo aprofundado das especificidades de cada ambiente. Além disso, é relevante salientar que, ao longo da revisão da literatura realizada para este estudo, foi evidente a ausência de investigações específicas sobre o contexto do BO de urgência. Embora existam estudos que abordem o *stress* ocupacional em ambientes de BO de uma forma geral, os fatores de *stress* associados a situações de emergência, a imprevisibilidade e a pressão constante por uma atuação rápida no contexto de urgência permanecem pouco explorados. Essa lacuna torna particularmente desafiadora a compreensão das especificidades deste ambiente, visto que os fatores que geram *stress* num BO de urgência apresentam características próprias que podem não estar presentes em contextos de cirurgia eletiva. Ao reconhecer essa carência, enfatizamos a importância de estudos dedicados ao BO de urgência, que permitam aprofundar o conhecimento sobre os desafios específicos enfrentados pelos enfermeiros neste ambiente. Estes estudos

contribuiriam para desenvolver intervenções mais adequadas e eficazes, que considerem as particularidades deste ambiente, incluindo a intensidade emocional e a frequência de situações imprevisíveis.

Este estudo abre caminho para futuras iniciativas de aprofundamento e disseminação do conhecimento. Como perspectiva futura, propomo-nos à elaboração de um artigo científico que sintetize o estudo realizado, visando contribuir para a literatura científica existente sobre esta temática. A sua publicação permitirá que os resultados alcancem mais amplamente a comunidade científica, incentivando o desenvolvimento de estratégias mais eficazes e políticas institucionais focadas no bem-estar dos enfermeiros perioperatórios de urgência e na melhoria da qualidade dos cuidados prestados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente relatório de estágio traduz o percurso realizado pela aluna do Curso de Mestrado em EMC na área de especialização de EPSP no âmbito da UC “Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II”. Com a sua elaboração, procurámos realizar uma reflexão crítica e aprofundar conhecimentos e competências para a prestação de cuidados perioperatórios de excelência.

A Enfermagem, enquanto ciência, exige um compromisso contínuo com o desenvolvimento de conhecimento rigoroso e na prática baseada na evidência. A constante evolução na área da saúde e a necessidade da segurança e da excelência dos cuidados reforçam a importância dos enfermeiros desenvolverem uma prática fundamentada em evidência científica, apoiada em formação contínua, diferenciação e especialização. No caso concreto da enfermagem perioperatória, é recomendação da OE que todos os enfermeiros a exercer funções no BO possuam a especialidade em EMC na área de especialização em EPSP, o que reforça a pertinência e emergência deste percurso formativo da aluna.

Na componente de estágio (Parte 1) desenvolvemos um pensamento crítico-reflexivo sobre as competências desenvolvidas em estágio à luz das competências gerais do enfermeiro especialista e das competências específicas do enfermeiro especialista em EMC na área de especialização em EPSP, cumprindo a sua principal finalidade de descrever e refletir criticamente sobre as aprendizagens adquiridas num BO de urgência.

Deste percurso, destacamos a percepção do papel diferenciador do enfermeiro especialista em EPSP como agente de mudança para os cuidados de excelência. A capacidade de liderança e, conseqüentemente, de influenciar positivamente os elementos da equipa transdisciplinar promove uma cultura de melhoria contínua e de práticas baseadas na evidência. Durante o estágio a aluna desenvolveu competências, mas também deu o seu contributo com conhecimento e propostas de melhoria para o local de estágio, motivando a prática de enfermagem avançada.

Na componente de investigação (parte 2), a elaboração do presente relatório permitiu cumprir a finalidade de desenvolver conhecimentos e capacidades em contexto de investigação científica e liderança de um projeto de investigação.

Com este estudo procurámos a valorização das experiências de *stress* ocupacional dos enfermeiros perioperatórios de urgência. Os objetivos da investigação foram cumpridos. Descrevemos os fatores geradores de *stress* nestes enfermeiros; identificámos os

sentimentos vivenciados, quais as implicações das vivências de *stress* a nível pessoal e a nível profissional; percebemos as estratégias que os enfermeiros perioperatórios de urgência usam para a gestão do *stress* a que são sujeitos; identificámos muitas sugestões de melhoria; e comparamos a percepção entre enfermeiros proficientes, enfermeiros peritos e enfermeiros especialistas em EMC ou especialistas em EMC na área de especialização em EPSP.

A realização deste estudo permitiu produzir conhecimento que poderá contribuir para a realização de futuros estudos, para a sensibilização sobre a temática e para a implementação de ações de mudança no sentido de minimizar o impacto do *stress* ocupacional nos enfermeiros perioperatórios de urgência, tanto a nível pessoal como a nível profissional, incluindo o impacto nos cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória.

O *Perioperative Patient Focused Model* mostrou-se uma mais-valia ao longo deste percurso, tanto na componente de estágio como na de investigação. Forneceu uma estrutura sólida orientadora da prática no contexto perioperatório, norteando o pensamento para um cuidado centrado na pessoa, considerando a segurança, as respostas fisiológicas, as respostas comportamentais e os elementos estruturais e organizacionais que influenciam o ambiente de cuidados perioperatórios.

Durante a elaboração do relatório, uma das dificuldades sentidas foi a sintetização das diversas experiências vivenciadas ao longo do estágio de forma clara. Esse desafio envolveu não apenas uma seleção das aprendizagens mais significativas, mas também a capacidade de organizar essas percepções de forma estruturada e objetiva. A necessidade de contextualizar essas percepções exigiu a garantia de que a narrativa fosse fundamentada em evidência científica.

Consideramos que os objetivos do presente relatório foram cumpridos e permitiram o empoderamento da aluna durante o processo de especialização com a aquisição de competências de enfermagem avançada que conferem o grau de mestre em enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abate, S. M., Chekol, Y. A., & Basu, B. (2020). Global prevalence and determinants of preoperative anxiety among surgical patients: A systematic review and meta-analysis. *International Journal of Surgery Open*, 25, 6–16. <https://doi.org/10.1016/j.ijso.2020.05.010>
- Abdian, T., Kargarjahromi, M., & Ramezanli, S. (2022). The effectiveness of coping strategies training on nurses' Occupational stress in Jahrom hospitals. *Bangladesh Journal of Medical Science*, 21(2), 354–360. <https://doi.org/10.3329/bjms.v21i2.58068>
- Ackah, V. A., & Kwashie, A. A. (2023). Exploring the sources of stress among operating theatre nurses in a Ghanaian teaching hospital. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 18, 100540. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100540>
- Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho (EU-OSHA). (2013). *Guia da campanha «Gestão do stresse e dos riscos psicossociais no trabalho»*. Luxemburgo: Serviço das Publicações da União Europeia.
- Akansel, N., Akansel, M., & Yanik, H. (2019). Association of Organisational Stress with Fatigue in Operating Room Nurses. *International Journal of Caring Sciences*, 12, 627–638.
- Alkhaldeh, J. M., Soh, K. L., Mukhtar, F., Peng, O. C., Alkhaldeh, H. M., Al-Amer, R., & Anshasi, H. A. (2020). Stress management training program for stress reduction and coping improvement in public health nurses: A randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 76(11), 3123–3135. <https://doi.org/10.1111/jan.14506>
- Al-Nuaimi, H., AlBashtawy, M., Qaddumi, J., Baqir, M., Suliman, M., Abdalrahim, A., & Alkhaldeh, A. (2021). Impact of Occupational Stress on Nurses' Job Performance According to Nurses Perception. *Medico Legal Update*, 21(3), 252–255. <https://doi.org/10.37506/mlu.v21i3.2991>
- American Association of Critical-Care Nurses (AACN). (2016). *AACN Standards for Establishing and Sustaining Health Work Environments. A Journey to Excellence*. 2nd ed. Executive Summary. <https://www.aacn.org/~media/aacn-website/nursing-excellence/healthy-work-environment/execsum.pdf?la=en>
- American Nurses Association (ANA). (2023). *How Nurses Can Affect Positive Patient Outcomes*. <https://www.nursingworld.org/content-hub/resources/nursing-leadership/positive-patient-outcomes/>
- American Organization for Nursing Leadership (AONL). (2017). *AONL Guiding Principles. Role of the nurse leader in crisis management*. American Organization of Nurse Executives

- (AONE), AONL. <https://www.aonl.org/sites/default/files/aone/role-of-the-nurse-leader-in-crisis-management.pdf>
- American Psychological Association (APA). (2024). *Stress*. <https://www.apa.org/topics/stress>
- Antunes, C. A. S. A. (2020). *O Stress Ocupacional nos Enfermeiros do Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo.
- Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (AESOP). (2012). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.
- Association of periOperative Registered Nurses (AORN). (1969). Definition and Objective for Clinical Practice of Professional Operating Room Nursing. *AORN Journal*, 10(5), 43–48. [https://doi.org/10.1016/S0001-2092\(08\)70818-4](https://doi.org/10.1016/S0001-2092(08)70818-4)
- Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2017). *AORN'S PERIOPERATIVE EXPLICATIONS FOR THE ANA CODE OF ETHICS FOR NURSES WITH INTERPRETIVE STATEMENTS*. AORN. https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/clinical-research/aorn-periop-explanations-for-ana-code-of-ethics-2017.pdf?sfvrsn=dba73b4d_1
- Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2017a). Guideline Summary: Positioning the Patient. *AORN Journal*, 106(3), 238–247. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.07.006>
- Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2018). Guideline Quick View: Team Communication. *AORN journal*, 107(4), 531–534. <https://doi.org/10.1002/aorn.12125>
- Association of Perioperative Registered Nurses (AORN). (2021). *Introduction to Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice*. AORN Inc. <https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/periop-nursingscope-standards-of-practice.pdf>
- Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2022). *AORN Position Statement on Prevention of Perioperative Pressure Injury*. AORN.
- Aydal, P., Uslu, Y., & Ulus, B. (2023). The Effect of Preoperative Nursing Visit on Anxiety and Pain Level of Patients After Surgery. *Journal of perianesthesia nursing: official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 38(1), 96–101. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.086>
- Babapour, A.-R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing*, 21(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>

- Babapour, A.-R., Gahassab-Mozaffari, N., & Fathnezhad-Kazemi, A. (2022). Nurses' job stress and its impact on quality of life and caring behaviors: A cross-sectional study. *BMC Nursing, 21*(1), 75. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00852-y>
- Balsanelli, A. P., & Cunha, I. C. K. O. (2006). Liderança no contexto da enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40*(1), 117–122. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000100017>
- Bardin, L. (2016). *Análise de Conteúdo* (1ª edição). Almedina Brasil. ISBN:978-85-62938-047.
- Baron-Cohen, S. (2002). The extreme male brain theory of autism. *Trends in Cognitive Sciences, 6*(6), 248-254.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência E Poder Na Prática Clínica De Enfermagem*. Quarteto Editora.
- Beydler, K. W. (2017). The Role of Emotional Intelligence in Perioperative Nursing and Leadership: Developing Skills for Improved Performance. *AORN Journal, 106*(4), 317–323. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.08.002>
- Bourget-Murray, J., Page, P., & Penn-Barwell, J. (2022). What's Important: Postoperative Debriefings and Surgical Team Communication. *Journal of Bone and Joint Surgery, 104*(2), 201–202. <https://doi.org/10.2106/JBJS.21.00252>
- Boytim, J., & Ulrich, B. (2018). Factors contributing to perioperative medication errors: A systematic literature review. *AORN Journal, 107*(1), 91–107. <https://doi.org/10.1002/aorn.12005>
- Bufano, P., Di Tecco, C., Fattori, A., Barnini, T., Comotti, A., Ciocan, C., Ferrari, L., Mastorci, F., Laurino, M., & Bonzini, M. (2024). The effects of work on cognitive functions: A systematic review. *Frontiers in Psychology, 15*, 1351625. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1351625>
- Carvalho, D. R. S., Querido, A. I. F., Tomás, C. C., Gomes, J. M. F., & Cordeiro, M. S. S. (2019). A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental, 21*. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0237>
- Castro, A. C. C. (2018). *Indicadores de Qualidade no Bloco Operatório*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Celik, B., Karayurt, Ö., & Ogce, F. (2019). The Effect of Selected Risk Factors on Perioperative Pressure Injury Development. *AORN Journal, 110*(1), 29–38. <https://doi.org/10.1002/aorn.12725>
- Cocchiara, R. A., Peruzzo, M., Mannocci, A., Ottolenghi, L., Villari, P., Polimeni, A., Guerra, F., & La Torre, G. (2019). The Use of Yoga to Manage Stress and Burnout in Healthcare

- Workers: A Systematic Review. *Journal of Clinical Medicine*, 8(3), 284.
<https://doi.org/10.3390/jcm8030284>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE). (2016). *CIPE Versão 2015: Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.
- Costa, L. M. C. L., Pimenta, I. C., Sales, E. M., Vidal, A. P. D. C., & Martins, L. V. (2024). Labor gymnastics in health professionals: A systematic review. *Fisioterapia e Pesquisa*, 31, e23002324en. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/e23002324en>
- Croke, L. (2018). Enhancing intraoperative communication with patients' families. *AORN Journal*, 108(5), P7–P9. doi:10.1002/aorn.12431
- Dai, J., Yang, Z., & Wu, C. (2021). The reliability and validity of the Scott Triggers for patients in China undergoing gastrointestinal surgery. In *Asian Journal of Surgery* (Vol. 44, Issue 10, pp. 1343–1344). Elsevier (Singapore) Pte Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.asjsur.2021.07.031>
- Davis, S. S. (2018). The key to safety: Proactive prevention. In *AORN Journal* (Vol. 108, Issue 4, pp. 351–353). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/aorn.12387>
- Decreto-Lei n.º 437/91 de 8 de novembro. (1991). *Diário da República n.º 257/1991, 1ª Série-A*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 de 24 de Março. (2006). *Diário da República n.º 60/2006, Série I-A* de 24 de Março de 2006. Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior. Lisboa, Portugal. <https://dre.tretas.org/dre/196333/decreto-lei-74-2006-de-24-de-marco>
- Despacho n.º 11688/2020 de 25 de novembro (2020). *Diário da República n.º 230/2020, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro. (2021). *Diário da República n.º 187/2021, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Despacho n.º 1400-A/2015 de 10 de fevereiro. (2015). *Diário da República n.º 28/2015, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.
- Dias, P., Clerc, D., Da Rocha Rodrigues, M. G., Demartines, N., Grass, F., & Hübner, M. (2022). Impact of an Operating Room Nurse Preoperative Dialogue on Anxiety, Satisfaction and Early Postoperative Outcomes in Patients Undergoing Major Visceral Surgery—A Single Center, Open-Label, Randomized Controlled Trial. *Journal of Clinical Medicine*, 11(7), 1895. <https://doi.org/10.3390/jcm11071895>
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2010). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009. Cirurgia Segura Salva Vidas*. Lisboa, Portugal.

- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente*. Relatório Técnico Final. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013). Norma nº 02/2013: *Cirurgia Segura, Salva Vidas*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2013a). Norma nº 024/2013: *Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2014). Norma nº 020/2014: *Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015). Norma nº 015/2013 atualizada a 04/11/2015: *Consentimento informado, esclarecido e livre para atos terapêuticos ou diagnósticos e para a participação em estudos de investigação*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015a). Norma nº 014/2014: *Medicamentos de alerta máximo*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2015b). Orientação nº 014/2015: *Processo de Gestão da Medicação*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017). Norma nº 001/2017: *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2017a). *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*. Ministério da Saúde, DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2019). Norma nº 007/2019: *Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022). Norma clínica nº: 020/2015 de 15/12/2015 atualizada a 17/11/2022: *“Feixe de Intervenções” para a Prevenção da Infecção do Local Cirúrgico*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Direção-Geral da Saúde (DGS). (2022a). Norma clínica nº: 031/2013 de 31/12/2013 atualizada a 17/11/2022: *Profilaxia Antibiótica Cirúrgica na Criança e no Adulto*. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.
- Donabedian, A. (1981). Criteria, norms and standards of quality: What do they mean? *American Journal of Public Health*, 71(4), 409–412. <https://doi.org/10.2105/AJPH.71.4.409>
- Donabedian, A. (2005). Evaluating the Quality of Medical Care. *The Milbank Quarterly*, 86(4), 691–729.
- Entidade Reguladora da Saúde. (2009). *Consentimento Informado – Relatório Final*. ERS. Porto. https://www.ers.pt/uploads/writer_file/document/73/Estudo-CI.pdf

- Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa. (2023). *Guia de orientação - estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II - Área de especialização em enfermagem à pessoa em situação Perioperatória*. Secretariado Pedagógico da ESSNorteCVP, Oliveira de Azeméis, Portugal.
- European Nursing Research Foundation [ENRF]. (s.d.) *Strategic And Operational Research Plan 2021-2024*. <https://www.enrf.eu/wp-content/uploads/2021/06/ENRF-SORP-2021-2024.pdf>
- Evans, T. R., Burns, C., Essex, R., Finnerty, G., Hatton, E., Clements, A. J., Breau, G., Quinn, F., Elliott, H., Smith, L. D., Matthews, B., Jennings, K., Crossman, J., Williams, G., Miller, D., Harold, B., Gurnett, P., Jagodzinski, L., Smith, J., ... Weldon, S. (2023). A systematic scoping review on the evidence behind debriefing practices for the wellbeing/emotional outcomes of healthcare workers. *Frontiers in Psychiatry, 14*, 1078797. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1078797>
- Fortin, M. F. (1996). *O processo de investigação: Da concepção à realização*. Lusociência.
- Freixo, M. J. V. (2013). *Metodologia Científica – Fundamentos, Métodos e Técnicas (4ª. Eds)*. Instituto Piaget
- Gomes, A. R., Cruz, J. F., & Cabanelas, S. (2009). Estresse ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com enfermeiros portugueses. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 25*(3), 307–318. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000300004>
- Gonçalves, A. R. V. (2013). *Gestão Do Stress em Enfermeiros Perioperatórios*. [Dissertação de Mestrado]. Associação de Politécnicos do Norte (APNOR) - Instituto Politécnico De Bragança.
- Guimarães, A. (2022). *Adaptação cultural e validação da escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico*. [Dissertação de Mestrado]. Instituto Politécnico de Viana do Castelo. <http://hdl.handle.net/20.500.11960/2787>
- Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing, 34*(4), 834–841. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007>
- He, W., Liu, P., & Chen, H. L. (2012). The Braden Scale cannot be used alone for assessing pressure ulcer risk in surgical patients: a meta-analysis. *Ostomy/wound management, 58*(2), 34–40.

- Hennink, M. M., Kaiser, B. N., & Marconi, V. C. (2017). Code Saturation Versus Meaning Saturation: How Many Interviews Are Enough? *Qualitative Health Research*, 27(4), 591–608. <https://doi.org/10.1177/1049732316665344>
- Herd, H. A., & Rieben, M. A. (2014). Establishing the Surgical Nurse Liaison Role to Improve Patient and Family Member Communication. *AORN Journal*, 99(5), 594–599. doi:10.1016/j.aorn.2013.10.024
- Hill, M. M., & Hill, A. (2016). *Investigação por Questionário* (2.ª Eds). Edições Sílabo
- Hornthvedt, M. E. T., Nordsteien, A., Fermann, T., & Severinsson, E. (2018). Strategies for teaching evidence-based practice in nursing education: A thematic literature review. In *BMC Medical Education*, 18 (1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12909-018-1278-z>
- Huang, Y., Peng, S., Sun, Y., & Chen, L. (2023). Subjective well-being level of operating room nurses and associations with job burnout and scientific research stressors. *Minerva Surgery*, 78(2). <https://doi.org/10.23736/S2724-5691.22.09766-0>
- Ilies, R., Schwind, K. M., Wagner, D. T., Johnson, M. D., DeRue, D. S., & Ilgen, D. R. (2007). When can employees have a family life? The effects of daily workload and affect on work-family conflict and social behaviors at home. *Journal of Applied Psychology*, 92(5), 1368–1379. <https://doi.org/10.1037/0021-9010.92.5.1368>
- International Council of Nurses (ICN). (2020). *Guidelines On Advanced Practice Nursing 2020*. Geneva, Switzerland. https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-06/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf
- International Council of Nurses. (2023). *Nursing Definitions*. <https://www.icn.ch/resources/nursing-definitions>
- International Labour Office (ILO). (2016). *Workplace stress: A collective challenge*. ILO. Geneva, Switzerland.
- James-Scotter, M., Walker, C., & Jacobs, S. (2019). An interprofessional perspective on job satisfaction in the operating room: A review of the literature. *Journal of Interprofessional Care*, 33(6), 782–794. <https://doi.org/10.1080/13561820.2019.1593118>
- Jäncke, L. (2018). Sex/gender differences in cognition, neurophysiology, and neuroanatomy. *F1000Research*, 7, 805. <https://doi.org/10.12688/f1000research.13917.1>
- Kadović, M., Mikšić, Š., & Lovrić, R. (2022). Ability of Emotional Regulation and Control as a Stress Predictor in Healthcare Professionals. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(1), 541. <https://doi.org/10.3390/ijerph20010541>

- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Lee, E. Y., Kim, K., Ko, S., & Song, E. K. (2022). Communication competence and resilience are modifiable factors for burnout of operating room nurses in South Korea. *BMC Nursing*, 21(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00985-0>
- Lehane, E., Leahy-Warren, P., O’Riordan, C., Savage, E., Drennan, J., O’Tuathaigh, C., O’Connor, M., Corrigan, M., Burke, F., Hayes, M., Lynch, H., Sahm, L., Heffernan, E., O’Keefe, E., Blake, C., Horgan, F., & Hegarty, J. (2019). Evidence-based practice education for healthcare professions: An expert view. In *BMJ Evidence-Based Medicine* (Vol. 24, Issue 3, pp. 103–108). BMJ Publishing Group. <https://doi.org/10.1136/bmjebm-2018-111019>
- Lei n.º 15/2014 de 21 de Março. (2014). *Diário da República nº 57/2014, 1ª Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/10/Lei-n.%C2%BA-15-2014.pdf>
- Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro. (2019). Lei de Bases da Saúde. Assembleia da República: Diário da República n.º 169/2019, Série I de 2019-09-04, páginas 55 - 66
- Lei, L., Zhou, T., Xu, X., & Wang, L. (2022). Munro Pressure Ulcer Risk Assessment Scale in Adult Patients Undergoing General Anesthesia in the Operating Room. *Journal of Healthcare Engineering*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/4157803>
- Lima, J., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde dos enfermeiros: Presentismo e stress no trabalho. *International Journal on Working Conditions*, 17. <https://doi.org/10.25762/5Y9P-FJ60>
- Lima, S. M. S., Agostinho, M., Mota, L., & Príncipe, F. (2018). Health professionals’ perception of the limitations to the notification of the error/adverse event. *Revista de Enfermagem Referencia*, 4(19), 99–106. <https://doi.org/10.12707/RIV18023>
- Lopes, C. M. D. M., Haas, V. J., Dantas, R. A. S., Oliveira, C. G. D., & Galvão, C. M. (2016). Assessment scale of risk for surgical positioning injuries. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 24(0). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.0644.2704>
- Lopes, C. M. M. (2014). *Escala de avaliação de risco para o desenvolvimento de lesões decorrentes do posicionamento cirúrgico: construção e validação*. [Tese de Douturamento]. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. <https://doi.org/10.11606/t.22.2014.tde-21052014-184456>

- 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*. INESC-TEC, FEU. Ordem dos Enfermeiros.
- Marks-Maran, D., Ooms, A., Tapping, J., Muir, J., Phillips, S., & Burke, L. (2013). A preceptorship programme for newly qualified nurses: A study of preceptees' perceptions. *Nurse Education Today*, 33(11), 1428–1434. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2012.11.013>
- Marôco, J. (2021). *Análise estatística com o SPSS Statistics (8ª ed.)*. ReportNumber.
- McEwan, D., Ruissen, G. R., Eys, M. A., Zumbo, B. D., & Beauchamp, M. R. (2017). The Effectiveness of Teamwork Training on Teamwork Behaviors and Team Performance: A Systematic Review and Meta-Analysis of Controlled Interventions. *PLOS ONE*, 12(1), e0169604. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0169604>
- Mcintyre, T. M. (1994). Stress e os Profissionais de Saúde: Os que Tratam Também Sofrem. *Análise Psicológica* 2-3 (XII): 193-200
- Minayo, M. C. de S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de Investigação Qualitativa. *Revista Lusófona de Educação*, 139–153.
- Misra, P., Mandal, S., Sharma, G., Kant, S., Rai, S., Yadav, K., Sangral, M., & Kardam, P. (2023). Effect of Structured Yoga Program on Stress and Well-being Among Frontline Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.43081>
- Morse, J. M. (2007). *Aspetos Essenciais de Metodologia de Investigação Qualitativa*. Formasau – Formação e Saúde. ISBN: 9789728485894.
- Munro, C. A. (2010). The development of a pressure ulcer risk-assessment scale for perioperative patients. *AORN Journal*, 92(3), 272–287. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2009.09.035>
- National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH). (2008). *Exposur to stress: occupational hazards in hospitals*. Centers for Diseases Control Prevention
- National Pressure Ulcer Advisory Panel, European Pressure Ulcer Advisory Panel, & Pan Pacific Pressure Injury Alliance (NPUAP). (2014) *Prevention and Treatment of Pressure Ulcers: Clinical Practice Guideline*. Emily Haesler, ed. Osborne Park, Australia: Cambridge Media.
- Natividade, J. C., Silvano, M. B., & Fernandes, H. B. F. (2014). Diferenças entre homens e mulheres: Desvendando o paradoxo. *Revista Psicologia: Organizações e Trabalho*, 14(1), 119-122

- Naviaux, A. F., Rigot, A., Janne, P., & Gourdin, M. (2022). Understanding stress factors for scrub nurses in the perioperative period: A cross-sectional survey. *Journal of visceral surgery*, 159(4), 273–278. <https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2021.06.010>
- Néné, M., & Sequeira, C. (2022). *Investigação em Enfermagem. Teoria e prática*. Lidel.
- Nunes, L. (2013). Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem. Departamento de Enfermagem, Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal.
- Ordem dos Enfermeiros. (2001). *Padrões de Qualidade de Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados Descritivos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2005). *Código deontológico do enfermeiro: dos comentários à análise de casos*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões De Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Assembleia Extraordinária do Colégio de Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica. Leiria: Ordem dos Enfermeiros. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). *Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição de título profissional de Enfermeiro Especialista*. Ordem dos enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomenda%C3%A7%C3%B5es-para-est%C3%A1gio-e-relat%C3%B3rio-da-componente-cl%C3%ADnica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2024). Estatística de Enfermeiros. Anuário estatístico 2023. Lisboa: OE. <https://www.ordemenfermeiros.pt/estat%C3%ADstica-de-enfermeiros/>
- Organização Mundial de Saúde. (2009). Orientações da OMS para Cirurgia Segura 2009: Cirurgia Segura Salva Vidas, Versão Portuguesa. Lisboa, Portugal: Direção Geral da Saúde.

- Ortega, M. del C. B., Cecagno, D., Llor, A. M. S., de Siqueira, H. C. H., Montesinos, M. J. L., & Soler, L. M. (2015). Academic training of nursing professionals and its relevance to the workplace. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(3), 404–410. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.0432.2569>
- Pačarić, S., Nemčić, A., Farčić, N., & Trazer, V. (2018). Emotional Control in Surgical and Intensive Care Nursing: Sociodemographic Differences. *Southeastern European Medical Journal* 2(2).
- Pailaha, A. D. (2023). Role Of The Perioperative Nurse Manager In The Operating Room. *Journal of Chitwan Medical College*, 13(2), 130–134. <https://doi.org/10.54530/jcmc.1258>
- Park, S. K., Park, H. A., & Hwang, H. (2019). Development and Comparison of Predictive Models for Pressure Injuries in Surgical Patients: A Retrospective Case-Control Study. *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing*, 46(4), 291–297. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000544>
- Pereira, F. M. S. (2009). *Informação e Qualidade do exercício profissional dos enfermeiros*. [Tese de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Pereira, P. J. S. (2023). *Contributo do enfermeiro especialista na avaliação do risco de lesão associado ao posicionamento cirúrgico*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Pimenta, C., Pastana, I., Sichieri, K., Solha, R., & Souza, W. (2017). *Guia para construção de protocolos assistenciais de enfermagem*. Conselho Regional De Enfermagem De São Paulo (Coren-Sp).
- Pinto, A. C. P., & Mota, L. A. N. (2023). Evidence-based practice instruments for nurses validated for Portugal: scoping review protocol. *RevSALUS - Revista Científica Da Rede Académica Das Ciências Da Saúde Da Lusofonia*, 5(1). <https://doi.org/10.51126/revsalus.v5i1.487>
- Pires, M. F. S., Lopes, R. S., Caetano, C. S. F., Mota, L. A. N. D., & Ferreira, F. M. P. B. (2023). Competências de Liderança do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 76(6), e20220721. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2022-0721pt>
- Pool, I. A. (2015). *Continuing professional development across the nursing career | A lifespan perspective on CPD motives and learning activities*. [PhD Thesis]. Universiteit Utrecht.
- Poulsen, K. (2019). Implementing Patient-Family Communication Technology. *AORN Journal*, 110(4), 372–376. doi:10.1002/aorn.12821

- Ramirez, A. F., & Contreras, O. L. L. (2021). Nursing intervention to meet the family members' needs during the surgery waiting time. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 29, e3483. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.5028.3483>
- Rego, A., Cunha, M. P. E., & Meyer Jr., V. (2019). Quantos participantes são necessários para um estudo qualitativo? Linhas práticas de orientação. *Revista de Gestão dos Países de Língua Portuguesa*, 17(2), 43–57. <https://doi.org/10.12660/rgplp.v17n2.2018.78224>
- Regulamento nº 140/2019 de 6 de fevereiro (2019). *Diário da República nº 26/2019, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 190/2015 de 23 de abril (2015). *Diário da República nº 79/2015, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Perfil_de_Competicencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf
- Regulamento nº 429/2018 de 16 de julho. *Diário da República nº 135/2018 - II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019. *Diário da República nº 184/2019 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Regulamento nº 743/2019 de 25 de setembro de 2019. *Diário da República nº 184/2019 – 2ª Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal.
- Renjith, V., Yesodharan, R., Noronha, J., Ladd, E., & Elissa, A. (2021). Qualitative Methods in Health Care Research. *International Journal of Preventive Medicine*. https://doi.org/10.4103/ijpvm.IJPVM_321_19
- Repetti, R., & Wang, S. (2017). Effects of job stress on family relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 15–18. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.03.010>
- Resende, R. (2016). Técnica de Investigação Qualitativa: ETCl. *Journal of Sport Pedagogy & Research*, nº2-1, pp.50-57
- Rhodes, E., & Foran, P. (2022). Leading with emotional intelligence in perioperative nursing: An integrative review. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(4). <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1224>

- Rocha, M. C. P. D., & Martino, M. M. F. D. (2010). O estresse e qualidade de sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 44(2), 280–286. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342010000200006>
- Rothorck, J. C., & Smith, D. A. (2000). Selecting the Perioperative Patient Focused Model. *AORN Journal*, 71(5), 1030–1037. doi:10.1016/s0001-2092(06)61552-4
- Salem, E. A., & Ebrahim, S. M. (2018). Psychosocial work environment and oxidative stress among nurses'. *Journal of Occupational Health*, 60(2), 182–191. <https://doi.org/10.1539/joh.17-0186-OA>
- Saletnik, L. (2018). Technology in the perioperative environment. In *AORN Journal* (Vol. 108, Issue 5, pp. 488–490). Wiley-Blackwell. <https://doi.org/10.1002/aorn.12414>
- Scott, S. M. (2015). Progress and Challenges in Perioperative Pressure Ulcer Prevention. In *Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing* (Vol. 42, Issue 5, pp. 480–485). Lippincott Williams and Wilkins. <https://doi.org/10.1097/WON.0000000000000161>
- Seabra, P. R. C., Lopes, J. M. D. O., Calado, M. E., & Capelas, M. L. (2019). A national survey of the nurses' mental health—The case of Portugal. *Nursing Forum*, 54(3), 425–433. <https://doi.org/10.1111/nuf.12350>
- Selye, H. (1950). Stress and the General Adaptation Syndrome. *BMJ*, 1(4667), 1383–1392. doi:10.1136/bmj.1.4667.1383
- Semenyaka, A. (2023). *Burnout nas unidades de saúde portuguesas: o caso dos enfermeiros de bloco operatório*. [Dissertações de Mestrado]. ISEG - Instituto Superior de Economia e Gestão.
- Serviço Nacional de Saúde (SNS). (2023). Ansiedade: O que é a ansiedade? SNS24. <https://www.sns24.gov.pt/tema/saude-mental/ansiedade/#o-que-e-a-ansiedade>
- Sharma, D. K. (2018). Physiology of Stress and its Managements. *Journal of Medicine Study & Research* 1(1)
- Shin, Y. Y., & Kim, S. S. (2021). Operating Room Nurses Want Differentiated Education for Perioperative Competencies—Based on the Clinical Ladder. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10290. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910290>
- Silva, M. D. C. D. M., & Gomes, A. R. D. S. (2009). Stress ocupacional em profissionais de saúde: Um estudo com médicos e enfermeiros portugueses. *Estudos de Psicologia (Natal)*, 14(3), 239–248. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2009000300008>
- Silvestre, H. C., & Araújo, J. F. (2011). *Metodologia para a investigação social*. Escolar Editora.

- Skegg, E., McElroy, C., Mudgway, M., & Hamill, J. (2023). Debriefing to improve interprofessional teamwork in the operating room: A systematic review. *Journal of Nursing Scholarship*, 55(6), 1179–1188. <https://doi.org/10.1111/jnu.12924>
- Soares, C. S. S. (2023). *Comunicação no Perioperatório: Contributos para a Família da Pessoa Submetida a Cirurgia Eletiva*. [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.
- Sousa, P., Uva, A.S., Serranheira, F., Uva, M.S., & Nunes, C. (2018). Patient and hospital characteristics that influence incidence of adverse events in acute public hospitals in Portugal: a retrospective cohort study. *International Journal for Quality in Health Care*, 30(2), 132-137. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzx190>.
- Souto, A. R. (2021). *Condições de trabalho e stress: implicações no emprego e na vida pessoal*. [Dissertação de Mestrado]. Universidade dos Açores.
- Souza, V. R. D. S., Marziale, M. H. P., Silva, G. T. R., & Nascimento, P. L. (2021). Tradução e validação para a língua portuguesa e avaliação do guia COREQ. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34, eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
- Spruce, L., & Braswell, M. L. (2012). Implementing AORN Recommended Practices for Electrosurgery. *AORN Journal*, 95(3), 373–387. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2011.12.018>
- Stewart, D. (2021). *International Council Of Nurses Nurses: A Voice To Lead A Vision For Future Healthcare International Nurses Day 2021 Resources And Evidence International Council Of Nurses*. ICN. https://www.icn.ch/system/files/documents/2021-05/ICN%20Toolkit_2021_ENG_Final.pdf
- Taherdoost, H. (2020). Different Types of Data Analysis; Data Analysis Methods and Techniques in Research Projects. *International Journal of Academic Research in Management* 9(1).
- Tan, S., & Yip, A. (2018). Hans Selye (1907–1982): Founder of the stress theory. *Singapore Medical Journal*, 59(4), 170–171. <https://doi.org/10.11622/smedj.2018043>
- Teymoori, E., Zareyan, A., Babajani-Vafsi, S., & Laripour, R. (2022). Viewpoint of operating room nurses about factors associated with the occupational burnout: A qualitative study. *Frontiers in Psychology*, 13, 947189. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.947189>
- The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em <https://www.jointcommission.org/>

/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf

- Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): A 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care*, 19(6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- Vallone, F., Cattaneo Della Volta, M. F., & Zurlo, M. C. (2024). Stress dimensions, patterns of coping, and psychopathological risk among nurses: A person-centred approach. *BMC Nursing*, 23(1), 569. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02250-y>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. In *Nurse Education in Practice* (Vol. 50). Elsevier Ltd. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2020.102963>
- Vestal, c. c. (2021). *Family Texting in the Perioperative Care Setting*. [Doctoral thesis]. Walden University.
- Vilelas, J. (2022). *Investigação—O Processo de Construção do Conhecimento (3ª)*. Edições Sílabo.
- Vries, E. N., Ramrattan, M. A., Smorenburg, S. M., Gouma, D. J., & Boermeester, M. A. (2008). The incidence and nature of in-hospital adverse events: A systematic review. *Quality and Safety in Health Care*, 17(3), 216–223. <https://doi.org/10.1136/qshc.2007.023622>
- Watson, A. L., Young, C., Whitham, A., Prescott, S., & Flynn, E. J. (2024). Enhancing Nursing Practice Through Peer Support: Strategies for Engagement in the Nursing Workforce. *Journal of Radiology Nursing*.
- Wei, L., Guo, Z., Zhang, X., Niu, Y., Wang, X., Ma, L., Luo, M., & Lu, B. (2023). Mental health and job stress of nurses in surgical system: What should we care. *BMC Psychiatry*, 23(1), 871. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-05336-0>
- Whiteside, D. (2016). Perioperative Nurse Leaders and Professionalism. *AORN Journal*, 104(2), 133–144. <https://doi.org/10.1016/j.aorn.2016.06.003>
- Wicklin, S. A. V. (2020). The Perioperative Patient Focused Model: A literature review. In *Perioperative Care and Operating Room Management* (Vol. 18). Elsevier Inc. <https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2019.100083>
- World Health Organization (WHO). (2003). *Stress*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/stress>
- World Health Organization (WHO). (2007). *Patient Safety Solutions. Solution 3: Communication During Patient Hand-Overs*. Geneva.

World Health Organization (WHO). (2020). *Occupational health: Stress at the workplace*.
<https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/occupational-health-stress-at-the-workplace>

World Health Organization (WHO). (2022). *Health and care workforce in Europe: time to act*.
Copenhagen: WHO Regional Office for Europe.

Zegers, M., de Bruijne, M. C., de Keizer, B., Merten, H., Groenewegen, P. P., van der Wal, G., & Wagner, C. (2011). The incidence, root-causes, and outcomes of adverse events in surgical units: implication for potential prevention strategies. *Patient safety in surgery*, 5(1), 1-11. doi: <https://doi.org/10.1186/1754-9493-5-13>

ANEXOS

ANEXO I: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO "I JORNADAS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA DO IPO-PORTO - DIFERENCIAÇÃO DA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA EM ONCOLOGIA: REALIDADE, FUTURO E DESAFIOS?"



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que, Dilsa Susana Alves Bastos, participou no Congresso "I Jornadas de Enfermagem Oncológica Perioperatória: Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia com o tema: realidade, futuro e desafios?" que decorreu no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17 com 10 horas de duração.


Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP.3888/2024

**ANEXO II: ANEXO II: CERTIFICADO DE APRESENTAÇÃO DE
POSTER “STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS
PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES,
QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS?”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que o poster com o tema "STRESS OCUPACIONAL NOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS: QUAIS OS FATORES DESENCADEANTES, QUE CONSEQUÊNCIAS E QUE DESAFIOS", da autoria de Dilsa Bastos; Bruna Almeida; Francisco Teixeira; Isabel Miranda; participou no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.

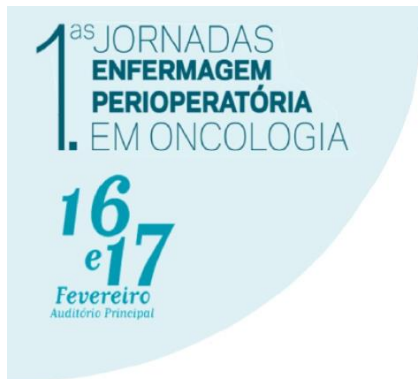

Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP.41/2024

**ANEXO III: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE
“DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO:
UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que foi apresentada a Comunicação Oral sobre o tema "DEBRIEFING DA EQUIPA EM CONTEXTO PERIOPERATÓRIO: UMA PRÁTICA A IMPLEMENTAR", da autoria de Francisco Augusto Moreira Teixeira; Bruna Almeida; Dilsa Bastos; Sara Meleiro; Isabel Miranda; no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Português de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.


Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP.8/2024

**ANEXO IV: CERTIFICADO DE COMUNICAÇÃO LIVRE
“CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA
NO ADULTO DURANTE O PERÍODO PERIOPERATÓRIO”**



CERTIFICADO

Para os devidos efeitos certifica-se que foi apresentada a Comunicação Oral sobre o tema "CONTROLO E PREVENÇÃO DA HIPOTERMIA INADVERTIDA NO ADULTO DURANTE O PERÍODO INTRAOPERATÓRIO", da autoria de Bruna Almeida; Dilsa Bastos; Francisco Teixeira; Isabel Miranda; no evento "I Jornadas de Enfermagem Perioperatória em Oncologia do IPO-Porto - Diferenciação da Enfermagem Perioperatória em Oncologia: realidade, futuro e desafios", realizado no Instituto Portugues de Oncologia do Porto, Francisco Gentil, E.P.E., entre os dias 2024-02-16 e 2024-02-17.


Comissão Organizadora


Comissão Científica


Diretor da EPOP

Nº IJEOP.9/2024

**ANEXO V: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“AMBIENTE DE PRÁTICA E SEGURANÇA DO DOENTE NO
BLOCO OPERATÓRIO: RESULTADOS SENSÍVEIS AOS CUIDADOS
EM ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA”**



**ANEXO VI: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“BLOCO VERDE”**

Unidade Local de Saúde de Castelo Branco
Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica

Webinar

Certifica-se que: Dilsa Bastos

Participou no 1º webinar 2024 "Bloco Verde" promovido pelo Núcleo de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Unidade Local de Saúde de Castelo Branco, no dia 22 de abril de 2024, com a duração de 2 horas:

1º webinar 2024 "Bloco Verde"

- Sustentabilidade Ambiental no Bloco Operatório (Enf. Augusta)
- Projeto Bloco Verde (Enf. Luz de Fátima)
- Implementação prática do Projeto Bloco Verde (Enf. Luis Pinho)


Serviço de Investigação, Formação e Ensino
ULS Castelo Branco, EPE
Assinatura Diretor SIFE



Castelo Branco | 30 de abril de 2024



**ANEXO VII: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
"ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - AMBIENTES FAVORÁVEIS A
PROCESSOS FORMATIVOS DE QUALIDADE"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DILSA SUSANA ALVES BASTOS

membro nº **82401** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Ambientes favoráveis a processos formativos de qualidade**", realizado no dia **23 de Maio de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 23 de Maio de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO VIII: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“ENFERMAGEM ÀS QUINTAS - PREVENÇÃO E CONTROLO DE
INFEÇÃO: DA FORMAÇÃO À INOVAÇÃO”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DILSA SUSANA ALVES BASTOS

membro nº **82401** desta Ordem, participou no(a) "**Enfermagem às Quintas - Prevenção e Controlo de Infecção: da formação à inovação**", realizado no dia **12 de Setembro de 2024**, com duração total de **2h00** no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Porto, 12 de Setembro de 2024

O Presidente do Conselho Diretivo Regional do Norte

Miguel Vasconcelos

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO IX: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
“ÉTICA E DEONTOLOGIA PROFISSIONAL”**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DILSA SUSANA ALVES BASTOS

membro nº **82401** desta Ordem, participou no(a) "**Webinar: Ética e Deontologia Profissional**", realizado no dia **19 de Setembro de 2024**, com duração total de **2 horas**, no(a) **Plataforma digital "Cisco Webex Events"**.

Coimbra, 19 de Setembro de 2024

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Valter Amorim

Esta atividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui **0,35** Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO X: CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO NO WEBINAR
"CICLO DE WEBINARS EM PREVENÇÃO E CONTROLO DE
INFEÇÃO E RESISTÊNCIA AOS ANTIMICROBIANOS | SESSÃO 4"**



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

DILSA SUSANA ALVES BASTOS

membro nº 82401 desta Ordem, participou no(a) "Ciclo de Webinars em Prevenção e Controlo de Infeção e Resistência aos Antimicrobianos | Sessão 4", realizado no dia 29 de Outubro de 2024, com duração total de 01h30, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 29 de Outubro de 2024


O Bastonário

A handwritten signature in black ink that reads 'Luís Filipe Barreira'.

Luís Filipe Barreira

Esta actividade formativa é acreditada pela Ordem dos Enfermeiros e atribui 0,33 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP) para efeitos de Qualificação, conforme Regulamento de Acreditação e Creditação de Atividades Formativas.

**ANEXO XI: PROJETO DE MELHORIA “SEGURANÇA DA
COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE
ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA ISBAR”**

	CÓDIGO QR	TIPO DE DOCUMENTO: PROJETO MELHORIA CONTINUA
		CÓDIGO DO DOCUMENTO: PMC.???000.00
NOME do PROJETO: SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BLOCO OPERATÓRIO – METODOLOGIA ISBAR		
ELABORADO POR:	PARECER DE:	
REVISTO POR:	LOCAL DE APLICAÇÃO:	
PRAZO PREVISTO DE APLICAÇÃO:	APROVADO POR: Conselho de Administração	
DATA:		
RESPONSÁVEL DO PMC:	Doc. Revogados:	

PROJETO DE MELHORIA

SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO – METODOLOGIA ISBAR

Unidade Local de Saúde *[nome removido]*

Projeto realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa.

Estudante: Enf. Dilsa Bastos, nº4001
Orientador: Professora Especialista Isabel Miranda
Tutor: Enº EEMC *[Nome removido]*



NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

INDICE

SIGLAS E ABREVIATURAS	3
1. INTRODUÇÃO	4
2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA	6
3. DIMENÇÃO DO PROBLEMA	9
4. OBJETIVOS	10
5. CAUSAS/PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS/ATIVIDADES	10
6. VERIFICAR RESULTADOS/GANHOS EM SAÚDE	12
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	13
8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA	14
ANEXOS	17
ANEXO 1 – Folha de Recobro	18
APÊNDICES	21
APÊNCICE 1: Cronograma De Atividades	22
APÊNCICE 2: Proposta de instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com metodologia ISBAR	24
APÊNCICE 3: Poster com descrição da Técnica ISBAR a afixar nas principais áreas de transição de cuidados	27
APÊNCICE 4: Poster com resumo da informação sobre o projeto de melhoria	29
APÊNCICE 5: Instrumento de auditoria	31



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP	Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses
AORN	<i>Association of PeriOperative Registered Nurses</i>
BO	Bloco Operatório
DGS	Direção Geral da Saúde
ISBAR	Identificação, Situação atual, <i>Background</i> /Anamnese, Avaliação e Recomendações
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PNSD	Plano Nacional para a Segurança dos Doentes
SMI	Serviço de Medicina Intensiva
UCPA	Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos
ULS [...]	<i>[nome removido]</i>
WHO	<i>World Health Organization</i>



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

1. INTRODUÇÃO

A segurança do doente tem-se revelado uma crescente preocupação e um grande desafio para as organizações de saúde e, conseqüentemente, para os seus profissionais uma vez que é um elemento chave para a qualidade dos cuidados. A Organização Mundial de Saúde (OMS) define-a como “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) e, atualmente, lidera e coordena esforços globais na implementação de iniciativas e políticas para a segurança dos cuidados de saúde, entre eles, o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente 2021-2030 (World Health Organization [WHO], 2021).

Com o objetivo de consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde em Portugal e em resposta aos vários compromissos nacionais e internacionais assumidos, o Ministério da Saúde desenhou o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021).

No Bloco Operatório (BO), pela especificidade e complexidade ambiental e tecnológica, a necessidade de gestão de risco e de promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória emerge de forma particularmente crítica (Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses [AESOP], 2012).

O presente projeto é realizado no âmbito do Estágio de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória II do 2º ciclo de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, que decorre no BO de Urgência da Unidade Local de Saúde [nome removido]. Foi identificada a oportunidade de desenvolver um projeto de melhoria na área da segurança da pessoa em situação perioperatória, nomeadamente na área da segurança da comunicação na transição de cuidados.

Aumentar a segurança da comunicação na transição de cuidados representa um desafio para os sistemas de saúde e a sua relevância tem-se espelhado nas políticas nacionais tendo sido um dos objetivos estratégicos do PNSD 2015-2020 (Despacho nº 1400-A/2015) e integra o atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021), com a sua referência no 3º Pilar “Comunicação”. A pertinência desta temática emerge da possibilidade de melhorar a comunicação na transição de cuidados do BO central da ULS [...] e, assim, aumentar a segurança da pessoa em situação perioperatória.



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

O presente projeto encontra-se estruturado segundo o layout da ULS [...] para projetos de melhoria da seguinte forma: identificação e descrição do problema; dimensão do problema; objetivos; causas/planeamento e execução de tarefas/atividades; verificar resultados/ganhos em saúde; considerações finais; e documentos de referência.



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

2. IDENTIFICAÇÃO E DESCRIÇÃO DO PROBLEMA

A comunicação desempenha um papel crucial na segurança do doente, especialmente durante a transferência de responsabilidade na prestação de cuidados de saúde, como ocorre em situações de transição, como mudanças de turno, processos de alta ou transferência de doentes.

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional sendo que até 70% destes eventos ocorrem durante os momentos de transição de cuidados do doente, devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

Considerando esta problemática, o atual PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021) considera que a comunicação eficaz e eficiente numa instituição de saúde é um dos principais pilares para a promoção de cuidados seguros. Neste plano um dos objetivos estratégicos do 3º Pilar “Comunicação” é “Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados”.

As transições de cuidados correspondem a “qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos” (DGS, 2017, p.4). As falhas mais comuns de comunicação decorrentes deste processo relacionam-se com: omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e de priorização das atividades (DGS, 2017).

A utilização de ferramentas de uniformização de comunicação é recomendada pela WHO (2007) e Joint Commission (2017) e, para a consecução desta recomendação, a DGS emitiu a norma 001/2017 “Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde” (DGS, 2017) que normaliza que, para a segurança do doente, a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados utilizando a técnica ISBAR (Identificação, Situação atual, *Background*/Anamnese, Avaliação e Recomendações).

O ISBAR é uma “ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados” (DGS, 2017, p.4). O modelo explicativo da metodologia encontra-se no quadro seguinte (Quadro 1):



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

Quadro 1: Modelo explicativo da técnica ISBAR

Mnemónica ISBAR	
<p>I</p> <p>Identificação</p> <p>Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação</p>	<p>a) Nome completo, data nascimento, género e nacionalidade do doente;</p> <p>b) Nome e função do Profissional de Saúde emissor;</p> <p>c) Nome e função do Profissional de Saúde recetor;</p> <p>d) Serviço de origem/destinatário;</p> <p>e) Identificação da pessoa significativa/cuidador informal.</p>
<p>S</p> <p>Situação Atual/Causa</p> <p>Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde</p>	<p>a) Data e hora de admissão;</p> <p>b) Descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;</p> <p>c) Meios complementares de diagnóstico e terapêutica (MCDT) realizados ou a realizar.</p>
<p>B</p> <p>Antecedentes/Anamnese</p> <p>Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade</p>	<p>a) Antecedentes clínicos;</p> <p>b) Níveis de dependência;</p> <p>c) Diretivas antecipadas de vontade;</p> <p>d) Alergias conhecidas ou da sua ausência;</p> <p>e) Hábitos relevantes;</p> <p>f) Terapêutica de ambulatório e adesão à mesma;</p> <p>g) Técnicas invasivas realizadas;</p> <p>h) Presença ou risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar;</p> <p>i) Identificação da situação social e da capacitação do cuidador.</p>
<p>A</p> <p>Avaliação</p> <p>Informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas</p>	<p>a) Problemas ativos;</p> <p>b) Terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída;</p> <p>c) Alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas;</p> <p>d) Focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas.</p>
<p>R</p> <p>Recomendações</p> <p>Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente</p>	<p>a) Indicação do plano de continuidade de cuidados;</p> <p>b) Informação sobre consultas e MCDT agendados;</p> <p>c) Identificação de necessidades do cuidador informal.</p>

Fonte: DGS (2017, p.8)

O ambiente perioperatório apresenta desafios específicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória comparativamente com outros ambientes hospitalares. No cuidado à pessoa em situação perioperatória são vários os processos de transição de cuidados que ocorrem, nomeadamente nos períodos pré-operatório (serviço de urgência, internamentos cirúrgicos e unidade de cuidados intensivos), intraoperatório e pós-operatório (unidades de cuidados pós-anestésicos, internamentos cirúrgicos, unidade de cuidados intensivos). A AORN (2018) refere que falhas na comunicação e informações incompletas ou ausentes da pessoa em situação perioperatória são as causas mais comuns de eventos sentinela e representam uma ameaça significativa à



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

segurança da pessoa, recomendando o uso de um processo de transferência de informação padronizado.

Um estudo realizado por Milby et al. (2013) concluiu que a transição de informações durante as transferências para a unidade de cuidados pós-anestésica é, na maioria dos casos, incompleta.

Vários estudos reconhecem os benefícios na implementação da ferramenta ISBAR. Halterman et al. (2019) constataram um aumento significativo de 13% para 82% no número de transmissões de informação completas do BO para a UCPA com o uso desta ferramenta. Com o objetivo de investigar a transferência de informação do período intraoperatório para o pós-operatório com o uso do ISBAR como uma ferramenta de diálogo estruturado, Kalsoft et al. (2022) concluíram no seu estudo que o conhecimento e o foco na transmissão verbal influenciam a comunicação, a eficácia da equipa e a qualidade das transferências. Além disso, a abordagem estruturada da ferramenta ISBAR reduziu as perturbações na transição de informação e o uso desta ferramenta juntamente com mudanças organizacionais pode melhorar a qualidade da transição de cuidados e, assim, melhorar a segurança da pessoa em situação perioperatória (Kalsoft et al., 2022). Leonardsen et al. (2019) referem que, no seu estudo, esta ferramenta facilitou o início da transição de cuidados, diminuiu ambiguidades e permitiu registos mais completos. Shahid & Thomas (2018) na sua revisão narrativa verificaram que o uso desta mnemónica levou à redução de erros de omissão e menos inconsistências nas descrições clínicas das pessoas em situação perioperatória que eram transferidos do bloco operatório para a unidade de cuidados intensivos pediátrica.

A transição de cuidados no bloco operatório é uma tarefa colaborativa que envolve toda a equipa, no entanto, devido à natureza das funções desempenhadas pelos enfermeiros, estes profissionais assumem uma responsabilidade significativa durante este processo. É o enfermeiro que está presente em todas as fases de transição. Acolhe o doente no BO na transição da pessoa em situação perioperatória dos serviços de urgência, internamentos cirúrgicos ou unidade de cuidados intensivos, acompanha todo o processo no intraoperatório e realiza a transição de cuidados do intraoperatório para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA) ou Serviço de Medicina Intensiva (SMI) e ainda da UCPA para os internamentos cirúrgicos. Como principais elementos na prestação direta de cuidados e promoção da sua continuidade, os enfermeiros assumem um papel preponderante na adoção de estratégias optimizadoras da sua intervenção



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

para a redução de eventos adversos e promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

No BO central da ULS [...] os enfermeiros não usam nenhuma ferramenta estruturada para a transmissão de informação nos processos de transição de cuidados. A possibilidade de melhorar este processo e de aplicar recomendações da norma da DGS para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde são o ponto de partida para o desenvolvimento do presente projeto de melhoria contínua.

3. DIMENÇÃO DO PROBLEMA

No BO da ULS [...] não está implementado o uso de uma ferramenta estruturada para a transmissão de informação nos processos de transição de cuidados de enfermagem e a ferramenta de apoio escrito usada para registar a informação relevante da pessoa em situação perioperatória (folha de unidade de recobro) não responde às necessidades (ANEXO 1) uma vez que tem um campo muito reduzido para registo das informações relevantes. Os sistemas de informação em Enfermagem usados e a falta de interoperabilidade dos mesmos dificultam o processo de continuidade, acessibilidade e qualidade da informação sobre os cuidados prestados. O serviço de urgência usa o sistema Gestão Hospitalar Armazém e Farmácia - GHAF para registos de enfermagem, os serviços de internamento e o BO no intraoperatório usam o SClínico, a UCPA realiza registos manuais e o SMI registos no sistema *Picis Critical Care Manager*.

Esta problemática compromete a integridade e segurança dos dados clínicos, representando uma potencial ameaça para a segurança das pessoas em situação perioperatória. A ausência de uma integração eficiente dos sistemas de informação resulta em fragmentação da informação, dificultando a obtenção de uma visão holística e precisa da situação clínica da pessoa. A necessidade de acesso a diferentes sistemas e registos manuais para obter informações relevantes pode resultar em atrasos de tomadas de decisão e, em situações críticas, a rapidez na obtenção e compreensão dos dados é fundamental para assegurar intervenções eficazes.

Dada a problemática descrita e os consequentes riscos potenciais para a segurança da pessoa, a necessidade de uma comunicação eficaz e estruturada na transição de cuidados no BO emerge de forma particularmente crítica.



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

Tendo em consideração a contextualização do problema, a sua dimensão e a identificação do desvio entre as práticas recomendadas e as práticas realizadas, reconhece-se a necessidade da elaboração deste projeto de melhoria contínua para o impacto positivo na segurança da pessoa em situação perioperatória

4. OBJETIVOS

Após a identificação do problema e tendo em consideração a revisão da literatura efetuada, define-se como objetivo deste projeto: implementar a metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO central da ULS [...], de acordo com a norma preconizada pela DGS (2017).

5. CAUSAS/PLANEAMENTO E EXECUÇÃO DE TAREFAS/ATIVIDADES

Para lhe dar resposta foram planificadas atividades e respetivas datas de execução que se encontram explanadas no Quadro 2., podendo haver necessidade de ser ajustadas sempre que se revele necessário pela dinâmica inerentes a um projeção de melhoria contínua.

Para uma melhor perceção do ponto de vista temporal das atividades a desenvolver, foi criado um cronograma disponível para consulta no APÊNDICE I.

Quadro 2: Atividades planificadas.

Objetivo: Implementar a metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO do CHBV, de acordo com a norma preconizada pela DGS (2017).		
Atividades	Responsáveis pela realização da atividade	Data
Elaboração e desenvolvimento do projeto de melhoria.	- Aluna da Especialidade em Enfermagem Médico-cirúrgica (EMC) Enf.ª Dilsa Bastos; - Tutor Enf.ª [Nome Removido]; - Orientadora de Estágio Profª Mestre Isabel Miranda	Outubro 2023



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

Reunir com enfermeiro gestor do BO e apresentar o projeto.	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos; - Enf.ª Gestora [Nome removido];	Novembro 2023
Elaborar uma proposta de instrumento escrito para a transição de cuidados de enfermagem com base na metodologia ISBAR, parametrizado e ajustado ao período perioperatório (APÊNDICE 2), para substituição da atual folha de recobro utilizada que não permite o registo das informações relevantes (ANEXO 1).	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos; - Tutor Enf.ª [Nome removido]; - Orientadora de Estágio Profª Mestre Isabel Miranda	Dezembro 2023
Elaborar um Poster com descrição da Técnica ISBAR a afixar nas principais áreas de transição de cuidados (APÊNDICE 3)	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos; - Tutor Enf.ª [Nome removido]; - Orientadora de Estágio Profª Mestre Isabel Miranda	Dezembro 2023
Reunir com enfermeiro gestor do BO e apresentar as ferramentas desenvolvida para validação das mesmas.	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos; - Enf.ª [Nome removido];	Janeiro 2024
Submeter projeto aos departamentos de formação e qualidade.	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos; - Tutor Enf.ª [Nome removido];	Fevereiro 2024
Apresentar o projeto à Equipa de Enfermagem, realizar formação sobre a metodologia ISBAR e apresentar o instrumento para a transição de cuidados desenvolvido, com recolha de propostas de otimização do mesmo. Afixar poster (APÊNDICE 4) com resumo da informação dada na formação para consulta.	- Aluna da Especialidade em EMC Enf.ª Dilsa Bastos;	Fevereiro 2024
Implementação da técnica de comunicação ISBAR na transição de cuidados e uso do instrumento elaborado.	Equipa de enfermagem	Fevereiro a Maio 2024
Auditoria interna e divulgação de resultados.	Enf.º externo ao projeto.	Junho 2024
Redefinir as estratégias de atuação perante os resultados obtidos e feedback da equipa se aplicável.	Enfermeiro a nomear	Julho 2024



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

6. VERIFICAR RESULTADOS/GANHOS EM SAÚDE

Para o cumprimento do objetivo foi estabelecida uma meta a alcançar e o respetivo indicador de qualidade e fórmula de avaliação (Quadro 3 – Metas, indicadores e fórmulas). Para avaliar o alcance da meta traçada é necessária uma monitorização da adesão ao projeto com recurso a uma grelha de auditoria que foi desenvolvida e que se encontra para consulta no APÊNDICE 5. Com a sua aplicação pretende-se a identificação de falhas na execução ao projeto, a divulgação de resultados e a redefinição das estratégias de atuação. Uma vez que a ferramenta foi estruturada na fase inicial da elaboração do projeto ressalva-se que a mesma pode sofrer atualizações antes da sua aprovação e implementação se se revelar pertinente.

Quadro 3 – Meta, indicador e fórmula

Objetivo:	Aumentar a segurança da comunicação na transição de cuidados no bloco operatório – adesão à metodologia ISBAR
Meta:	Existência de 95% momentos de transição de informação executadas com o uso da metodologia ISBAR
Indicador:	Taxa de momentos de transição de informação executadas com o uso da metodologia ISBAR
Fórmula:	$X = \frac{\text{número de transições de informação com o uso da metodologia ISBAR}}{\text{número total de transições de cuidados auditadas}} \times 100 = IQ __\% $



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A segurança do doente é um elemento-chave para a qualidade dos cuidados de saúde revelando-se uma preocupação e um desafio para as organizações de saúde e para os profissionais. A evidência revela que as falhas na comunicação levam a eventos adversos na área da saúde sendo que até 70% destes eventos ocorrem durante os momentos de transição de cuidados do doente, devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde. O BO, pela complexidade de cuidados prestados e pelos vários momentos de transição de cuidados, exige uma melhoria contínua nesse âmbito.

Perante a falta de utilização de uma ferramenta de uniformização de comunicação reconhece-se a pertinência do desenvolvimento deste projeto de melhoria contínua da qualidade para a garantia da melhoria dos processos de comunicação na transição de cuidados.

O objetivo, a meta e as respetivas atividades do projeto de melhoria contínua desenvolvido permitem dar contributos significativos para a prática clínica no âmbito da segurança dos cuidados, uma vez que dá resposta a orientações da norma da DGS para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.

Reconhecem-se os contributos do presente projeto para a segurança da comunicação no período intraoperatório. Devem ser desenvolvidas formações regulares sobre a ferramenta padronizada ISBAR. Espera-se que este projeto possa servir de base para a implementação do ISBAR nos serviços de internamento cirúrgico e posteriormente a nível institucional, pois é fundamental uma comunicação precisa e eficaz num processo integrado em estratégias gerais de segurança.



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

8. DOCUMENTOS DE REFERÊNCIA

Associação dos Enfermeiros da Sala de Operações Portugueses (2012). *ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA. Da Filosofia à Prática dos Cuidados*. Lusodidacta.

Association of PeriOperative Registered Nurses (AORN). (2018). Guideline Quick View: Team Communication. AORN journal, 107(4), 531–534. <https://doi.org/10.1002/aom.12125>

Despacho nº 1400-A/2015 de 10 de fevereiro (2015). *Diário da República nº 28/2015, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Despacho n.º 9390/2021 de 24 de setembro (2021). *Diário da República nº 187/2021, II Série*. Ministério da Saúde. Lisboa, Portugal.

Direção-Geral da Saúde (DGS) (2011). Estrutura Concetual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente. Relatório Técnico Final. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.

Direção Geral de Saúde (DGS) (2017). Norma 001/2017 de 08 de fevereiro: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde. DQS/DGS. Lisboa, Portugal.

Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 37(1), 34–39. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

Milby, A., Böhmer, A., Gerbershagen, M. U., Joppich, R., & Wappler, F. (2014). Quality of post-operative patient handover in the post-anaesthesia care unit: A prospective analysis. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica*, 58(2), 192–197. <https://doi.org/10.1111/aas.12249>

Halterman, R. S., Gaber, M., Janjua, M. S. T., Hogan, G. T., & Cartwright, S. M. I. (2019). Use of a Checklist for the Postanesthesia Care Unit Patient Handoff. *Journal of Perianesthesia Nursing*, 34(4), 834–841. <https://doi.org/10.1016/j.jopan.2018.10.007>

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). <https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>

Shahid, S., & Thomas, S. (2018). Situation, Background, Assessment, Recommendation (SBAR) Communication Tool for Handoff in Health Care – A Narrative Review. *Safety in Health*, pp. 1 - 9.

The Joint Commition. (2017). Inadequate hand-off communication. Sentinel Event Alert, 58, 1-6. Disponível em [https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_\(1\).pdf](https://www.jointcommission.org/-/media/tjc/documents/resources/patient-safety-topics/sentinel-event/sea_58_hand_off_comms_9_6_17_final_(1).pdf)

World Health Organization (WHO) (2007). *Patient Safety Solutions. Solution 3: Communication During Patient Hand-Overs*. Geneva.



NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

World Health Organization (WHO) (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021–2030. Towards eliminating avoidable harm in health care.* Geneva.



NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

ANEXOS



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

ANEXO 1 – Folha De Unidade de Recobro



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

Conteúdo oculto

UNIDADE DE RECUBRO																									
IDENTIFICAÇÃO		Data:																							
NOME	APELIDO	HORA DE ENTRADA																							
Sexo	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	HORA DE SAÍDA																							
Idade	A <input type="text"/> M <input type="text"/> D <input type="text"/>	DESTINO:																							
Processo	Serviço <input type="text"/>	ANEST. 1																							
		ANEST. 2																							
		ENFERM.																							
INFORMAÇÃO CLÍNICA																									
INTERVENÇÃO																									
T. ANESTÉSICA	GERAL	L. REGIONAL																							
ASA	1	2	3																						
OUTRAS INFORMAÇÕES:																									
AVALIAÇÃO DE RECUBRO ANESTÉSICO																									
	ADMISÃO	1 HORA	ALTA																						
RESPIRAÇÃO			0 - APNEIA 1 - DISPNEIA, HIPOVENTILAÇÃO 2 - INSPIRAÇÃO PROFUNDA E TOSSE EFICAZ																						
ACTIVIDADE			0 - INCAPACIDADE DE MOVIMENTOS 1 - MOVE DUAS EXTREMIDADES A PEDIDO 2 - MOVE 4 EXTREMIDADES A PEDIDO																						
CONSCIÊNCIA			0 - AUSÊNCIA DE RESPOSTA 1 - ACORDA POR CHAMADA 2 - ACORDADO																						
CIRCULAÇÃO			0 - TA = 60% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO 1 - TA = 20% A 65% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO 2 - TA = 20% DO VALOR PRÉ-ANESTÉSICO																						
COR			0 - CIANÓTICO 1 - PÁLIDO 2 - ROSADO																						
SCORE			<7 - EFEITOS ANESTÉSICOS 8 - EFEITOS RESIDUAIS 10 - RECUPERADO																						
<table border="1"> <thead> <tr> <th>Horas</th> <th>1</th> <th>2</th> <th>3</th> <th>4</th> <th>5</th> <th>6</th> <th>7</th> <th>8</th> <th>9</th> <th>10</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>dor</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	dor										
Horas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10															
dor																									
ESCALAS DE DOR 																									
ANALGÉMICOS																									

Conteúdo oculto



NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

APÊNDICES



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

APÊNDICE 1: Cronograma de Atividades



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO – METODOLOGIA ISBAR											
Atividades a desenvolver	2023			2024							
	OUT	NOV	DEZ	JAN	FEV	MAR	ABR	MAI	JUN	JUL	
Elaboração e desenvolvimento do projeto de melhoria.											
Reunir com enfermeiro gestor do BO e apresentar o projeto.											
Elaborar uma proposta de instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com base na metodologia ISBAR, parametrizado e ajustado ao período perioperatório (APÉNDICE 2), para substituição da atual folha de recobro utilizada que não permite o registo das informações relevantes (ANEXO 1).											
Elaborar um Poster com Técnica ISBAR a afixar nas principais áreas de transição de cuidados											
Reunir com enfermeiro gestor do BO e apresentar a ferramenta desenvolvida para validação do mesmo.											
Submeter projeto aos departamentos de formação e de qualidade.											
Apresentar o projeto à Equipa de Enfermagem, realizar formação sobre a metodologia ISBAR e apresentar o instrumento para a transição de cuidados desenvolvido, com recolha de propostas de otimização do mesmo. Afixar poster (APÉNDICE 4) com resumo da informação dada na formação para consulta.											
Implementação da técnica de comunicação ISBAR na transição de cuidados e uso do instrumento elaborado.											
Auditoria interna e divulgação de resultados.											
Redefinir as estratégias de atuação perante os resultados obtidos e feedback da equipa se aplicável.											



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

APÊNCICE 2: Proposta de instrumento para a transição de cuidados de enfermagem com metodologia ISBAR



NOME:	PMC.??? 000.00
-------	----------------

IDENTIFICAÇÃO																										
NOME: _____ PROCESSO: _____ DN: _____																										
SERVIÇO: _____ CAMA: _____																										
SITUAÇÃO ATUAL/CAUSA																										
DATA: _____ HORA ENTRADA BD: _____ HORA ENTRADA UCPA: _____ DIAGNÓSTICO: _____ ANESTESISTA: _____ INTERVENÇÃO/CIRURGIA: _____																										
<table border="1"> <tr> <th rowspan="4">ANESTESIA</th> <td>GERAL <input type="checkbox"/></td> <td>INTRAVENOSA <input type="checkbox"/></td> <td>NEURAL <input type="checkbox"/></td> <td>LOCO <input type="checkbox"/></td> <td>BSA <input type="checkbox"/></td> <td>NEUR <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>INALATORIA <input type="checkbox"/></td> <td>BALANÇADA <input type="checkbox"/></td> <td>REGIONAL <input type="checkbox"/></td> <td>EPI DURAL <input type="checkbox"/></td> <td>SECUENCIAL <input type="checkbox"/></td> <td>BNP <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>VIA AÉREA DIFÍCIL? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> <td>SEDAÇÃO <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>LOCAL <input type="checkbox"/></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table>		ANESTESIA	GERAL <input type="checkbox"/>	INTRAVENOSA <input type="checkbox"/>	NEURAL <input type="checkbox"/>	LOCO <input type="checkbox"/>	BSA <input type="checkbox"/>	NEUR <input type="checkbox"/>	INALATORIA <input type="checkbox"/>	BALANÇADA <input type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	EPI DURAL <input type="checkbox"/>	SECUENCIAL <input type="checkbox"/>	BNP <input type="checkbox"/>	VIA AÉREA DIFÍCIL? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>			SEDAÇÃO <input type="checkbox"/>			LOCAL <input type="checkbox"/>					
ANESTESIA	GERAL <input type="checkbox"/>		INTRAVENOSA <input type="checkbox"/>	NEURAL <input type="checkbox"/>	LOCO <input type="checkbox"/>	BSA <input type="checkbox"/>	NEUR <input type="checkbox"/>																			
	INALATORIA <input type="checkbox"/>		BALANÇADA <input type="checkbox"/>	REGIONAL <input type="checkbox"/>	EPI DURAL <input type="checkbox"/>	SECUENCIAL <input type="checkbox"/>	BNP <input type="checkbox"/>																			
	VIA AÉREA DIFÍCIL? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/>				SEDAÇÃO <input type="checkbox"/>																					
	LOCAL <input type="checkbox"/>																									
BACKGROUND (ANTECEDENTES/ANAMNESE)																										
ANTECEDENTES/HÁBITOS RELEVANTES: _____ ALERGIAS: NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> : _____ FEZ TERAPÉUTICA DO DOMICÍLIO? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> : _____ HIPOCOAGULADO OU ANTIAGREGADO? NÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> FÁRMACO: _____ ÚLTIMA TOMA: _____																										
AVALIAÇÃO																										
<table border="1"> <tr> <td>SINAIS VITAIS (em trânsito no BD)</td> <td>HORA: _____ TÁ: _____ FC: _____ S&O2: _____ TEMPERATURA: _____</td> <td>GLICÉMIA CAPILAR</td> <td>HORA</td> <td>SOROTERAPIA:</td> <td></td> </tr> </table>		SINAIS VITAIS (em trânsito no BD)	HORA: _____ TÁ: _____ FC: _____ S&O2: _____ TEMPERATURA: _____	GLICÉMIA CAPILAR	HORA	SOROTERAPIA:																				
SINAIS VITAIS (em trânsito no BD)	HORA: _____ TÁ: _____ FC: _____ S&O2: _____ TEMPERATURA: _____	GLICÉMIA CAPILAR	HORA	SOROTERAPIA:																						
TERAPÉUTICA MEDICAMENTOSA ADMINISTRADA NO INTRA-OPERATÓRIO: _____ _____ _____																										
PERDAS HEMÁTICAS ESTIMADAS: _____ INTERCORRÊNCIAS: _____																										
<table border="1"> <tr> <td>CVP <input type="checkbox"/></td> <td>SV <input type="checkbox"/></td> <td>SNG <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>CVC <input type="checkbox"/></td> <td>DIURESE:</td> <td></td> </tr> <tr> <td>LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>PENSOS:</td> <td>DRENOS:</td> <td>OUTROS:</td> </tr> </table>		CVP <input type="checkbox"/>	SV <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>	CVC <input type="checkbox"/>	DIURESE:		LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/>			PENSOS:	DRENOS:	OUTROS:													
CVP <input type="checkbox"/>	SV <input type="checkbox"/>	SNG <input type="checkbox"/>																								
CVC <input type="checkbox"/>	DIURESE:																									
LINHA ARTERIAL <input type="checkbox"/>																										
PENSOS:	DRENOS:	OUTROS:																								
RECOMENDAÇÕES																										
_____ _____ _____																										




NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

APÊNDICE 3: Poster com descrição da Técnica ISBAR a afixar nas principais áreas de transição de cuidados




NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

Conteúdo oculto


ISBAR

SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

I


IDENTIFICAÇÃO

Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.

S


SITUAÇÃO

Descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde.

B


BACKGROUND/ANTECEDENTES

Descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, diretivas antecipadas de vontade.

A

AVALIAÇÃO

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

R

RECOMENDAÇÕES

Descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente

28

Dilsa Susana Alves Bastos

205



NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

APÊNDICE 4: Poster com resumo da informação sobre o projeto de melhoria



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------



Conteúdo oculto

PROJETO DE MELHORIA SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO – METODOLOGIA ISBAR

Autor: Enf. Dilsa Bastos
"Abordagem em Enfermagem Intra-Operatória na área de Especialização de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória"

© Instituto de Enf. EBIO, R.1, B.10, e Prof.ª Maria Mónica de Sá

19/09/2024

CONTEXUALIZAÇÃO DO PROBLEMA

As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional sendo que até 70% destes eventos ocorrem durante os momentos de transição de cuidados do doente, devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).

O ambiente perioperatório apresenta desafios específicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória comparativamente com outros ambientes hospitalares. A AORN (2018) refere que falhas na comunicação e informações incompletas ou ausentes da pessoa em situação perioperatória são as causas mais comuns de eventos sentinela e representam uma ameaça significativa à segurança da pessoa, recomendando o uso de um processo de transferência de informação padronizado.

PROBLEMAS IDENTIFICADOS

Não é adotada uma ferramenta padronizada de comunicação nos processos de transição de cuidados.

A folha de Recobro usada como apoio escrito para a transmissão de informação nos processos de transição de cuidados não responde às necessidades.

PRINCIPAIS INDICAÇÕES/RECOMENDAÇÕES A CONSIDERAR:

Entidade	Documento	Indicações
WHO	Patient safety solutions (2007)	Solution 3: "Communication During Patient Hand-Overs" onde recomenda a utilização de ferramentas de uniformização de comunicação, nomeadamente a técnica SBAR.
The Joint Commision	Inadequate hand-off communication (2017)	Recomenda a padronização do conteúdo crítico e ser comunicado pelo remetente durante uma transferência, tanto verbalmente como por escrito. O ISBAR é uma das mnemónicas recomendadas.
DGS	Norma 001/2017	A transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR.
AORN	Guideline Quick View: Team Communication (2018)	Recomendada o uso de um processo de transferência de informação padronizado.
DGS	Plano Nacional Para a Segurança dos Doentes (2021-2026)	3º Pilar "Comunicação" tem como um dos objetivos estratégicos: "Melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados" e pressupõe como uma das ações 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."

ATIVIDADES DESENVOLVIDAS

Conteúdo oculto

Poster com significado da mnemónica ISBAR a afixar nos principais locais de transição de cuidados.

Ferramenta de apoio escrito para a informação relevante da pessoa em situação perioperatória segundo a mnemónica ISBAR.

NOTAS FINAIS

O presente projeto contribui para a segurança da comunicação durante a transição de cuidados no Bloco Operatório e, consequentemente, para a melhoria da prática clínica no âmbito da segurança dos cuidados. Agradece-se a colaboração de toda a equipa e o feedback para a melhoria do projeto.

BIBLIOGRAFIA





NOME:	PMC.???.000.00
-------	----------------

APÊNDICE 5: Instrumento de auditoria



NOME:	PMC.??? .000.00
-------	-----------------

INSTRUMENTO DE AUDITORIA				
Bloco Operatório				
Data:	Equipa Auditora:			
SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BLOCO OPERATÓRIO – METODOLOGIA ISBAR				
Critérios	Sim	Não	N/A	Observações
Transição de informação estruturada com uso da ferramenta ISBAR				
Preenchimento da ferramenta escrita de transição de informação				
Índice global de conformidade				

**ANEXO XII: FORMAÇÃO “PROJETO DE MELHORIA:
SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA
ISBAR”**

07/11/2024

ESS+
Serviço de Saúde do Hospital de Braga

PROJETO DE MELHORIA
SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE
CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO
METODOLOGIA ISBAR



FORMAÇÃO EM SERVIÇO
BLOCO OPERATÓRIO DA ULS (nome removido)

Autor: DPA Dêa Susana V. K. C.
Lugar: 1ª Unidade Operatória (UO) 2
Designação: Perícia de Anestesiologia em BUI 2

PROJETO 4
INDICADOR II - NESTAR DO ENFERMAGEM MÉDICO CIRÚRGICA - ENFERMAGEM À PERDA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

ÍNDICE

OBJETIVOS	
ENQUADRAMENTO	
RECOMENDAÇÕES DAS PRINCIPAIS ENTIDADES DE REFERÊNCIA	
ISBAR	
PROBLEMAS IDENTIFICADOS	
PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE MELHORIA	
AÇÕES A IMPLEMENTAR	
CONSIDERAÇÕES FINAIS	
BIBLIOGRAFIA	

16/02/2024	SLT / BRGA / UO 2 / UO 2 - ISBAR 1	2
------------	------------------------------------	---

OBJETIVOS

- Apresentar o projeto de melhoria realizado para implementar a metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO da ULS RA.
- Envolver os enfermeiros na adesão ao uso da metodologia ISBAR na transição de cuidados de enfermagem no BO.

16/02/2024	SLT / BRGA / UO 2 / UO 2 - ISBAR 1	3
------------	------------------------------------	---

16/02/2024	SLT / BRGA / UO 2 / UO 2 - ISBAR 1	4
------------	------------------------------------	---


ENQUADRAMENTO

- As transições de cuidados correspondem a "qualquer momento da prestação em que se verifique a transferência de responsabilidade de cuidados e de informação entre prestadores, que tem como missão a continuidade e segurança dos mesmos" (DCS, 2017, p. 4).



16/02/2024	SLT / BRGA / UO 2 / UO 2 - ISBAR 1	5
------------	------------------------------------	---

16/02/2024	SLT / BRGA / UO 2 / UO 2 - ISBAR 1	6
------------	------------------------------------	---

ENQUADRAMENTO 

- "As transições de cuidados seguros baseiam-se na implementação de uma **comunicação eficaz entre as equipas prestadoras de cuidados**, competindo a estas o dever de assegurar uma comunicação precisa e atempada de informações, contribuindo para a redução da ocorrência de erros e evitando lacunas na transmissão da informação, que podem causar quebras graves na continuidade de cuidados e no tratamento adequado" (DGS, 2017, p.5).


14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 7

ENQUADRAMENTO 


- As falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde a nível internacional sendo que **até 70%** destes eventos ocorrem durante os momentos de transição de cuidados do doente, devido a falhas de comunicação entre os profissionais de saúde (DGS, 2017).




14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 8

ENQUADRAMENTO 

- As falhas mais comuns de comunicação decorrentes deste processo relacionam-se com:
 - Omissões de informação;
 - Erros nas informações;
 - Falta de precisão;
 - Falta de priorização das atividades (DGS, 2017).




14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 9

ENQUADRAMENTO 

- O ambiente perioperatório apresenta desafios específicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória comparativamente com outros ambientes hospitalares.
- São vários os processos de transição de cuidados que ocorre no período pré-operatório (serviço de urgência, internamentos cirúrgicos e unidade de cuidados intensivos), intraoperatório e pós-operatório (unidades de cuidados pós-ansiolíticos, internamentos cirúrgicos, unidade de cuidados intensivos).

14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 10

ENQUADRAMENTO 

- A transição de cuidados no BO é uma tarefa colaborativa que envolve toda a equipa, no entanto, devido à natureza das funções desempenhadas pelos enfermeiros, estes profissionais assumem uma **responsabilidade significativa** durante este processo. É o enfermeiro que está presente em todas as fases de transição.
- Como principais elementos na prestação direta de cuidados e promoção da sua continuidade, os enfermeiros assumem um papel preponderante na adoção de **estratégias optimizadas da sua intervenção** para a redução de eventos adversos e promoção da segurança da pessoa em situação perioperatória.

14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 11

RECOMENDAÇÕES DAS PRINCIPAIS ENTIDADES DE REFERÊNCIA

14602024 675 11/11/2024 14:04:11:048 12

07/11/2024

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

PLANO NACIONAL PARA A SEGURANÇA DOS DOENTES 2015-2020

2º objetivo estratégico:
- AUMENTAR A SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 13

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA 001/2017 "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

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

2. A técnica ISBAR aplica-se em todos os níveis de prestação de cuidados que envolva a transição dos mesmos (...)."

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 14

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA 001/2017 "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

3. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados. (...)

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 15

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA 001/2017 "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

5. A transferência de informação nas transições deve ser escrita (...) devendo ser garantida a clareza e a legibilidade da informação; (...)

b) No caso particular das mudanças de turno ou de outra transição de cuidados de saúde, em que a transmissão de informação assume a forma oral, esta deve ser realizada sem interrupções, utilizando o modelo contido no Anexo I" – técnica ISBAR."

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 16

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

NORMA 001/2017 "Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde"

6. As instituições devem assegurar que: a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR."

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 17

RECOMENDAÇÕES

DGS Direção-Geral da Saúde

Plano Nacional para a segurança dos Doentes 2015-2020

1 2 3 4 5

1. OBJETIVO 2. ESTRATÉGIAS 3. AÇÕES 4. INDICADORES 5. MÉTRICAS

16/02/2014 675 11/04 14/00/01/0001/0001 18

Pilar 3. Comunicação

Objetivo Estratégico 3.2
Melhorar a comunicação interna no processo de prestação de cuidados

ACÇÕES	RESPONSÁVELS
<p>3.2.1. Realizar um levantamento das competências de formação de todos os membros da equipa</p> <p>3.2.2. Implementar o reconhecimento da importância do cuidado ao doente, tanto em situações de emergência, no momento de cuidados de saúde, como em situações de rotina</p> <p>3.2.3. Implementar o reconhecimento da importância do cuidado ao doente, tanto em situações de emergência, no momento de cuidados de saúde, como em situações de rotina</p>	<p>TCC/UM</p>

ATIVIDADES RECOMENDADAS

- Realização de atividades de formação para todos os membros da equipa
- Implementação de atividades de reconhecimento da importância do cuidado ao doente, tanto em situações de emergência, no momento de cuidados de saúde, como em situações de rotina
- Implementação de atividades de reconhecimento da importância do cuidado ao doente, tanto em situações de emergência, no momento de cuidados de saúde, como em situações de rotina

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 19

RECOMENDAÇÕES

World Health Organization

PATIENT SAFETY SOLUTIONS (2007) SOLUTION 3: "Communication During Patient Hand-Over"

SUGGESTED ACTIONS:
The following objectives should be considered by WHO member States:

- Ensure that health-care organizations implement a consistent approach to hand-over communication between unit, change of shift and between different patient care units in the context of patient transfer/transfer of care in the operating room.
- Use of the SBAR (Situation, Background, Assessment, Recommendation) approach.
- Allocation of sufficient time for communication during hand-over to ensure that all relevant information is conveyed and that the patient's safety is not compromised.

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 20

RECOMENDAÇÕES

Joint Commission International

Inadequate hand-off communication (2017)

Recomenda a padronização do conteúdo crítico a ser comunicado pelo paciente durante uma transferência, tanto verbalmente como por escrito. O ISBAR é uma das memórias recomendadas.

AORN **Quickie: Quick View Team Collaboration (2018)**

Recomendada o uso de um processo de transferência de informação padronizado.

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 21

RECOMENDAÇÕES

ISBAR

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 22

ISBAR

- "Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados" (DGS, 2017, p.4).
- Auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal.

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 23


ISBAR

ISBAR	ISBAR
<p>I Identificação</p> <p>Identificação do paciente, do profissional, do serviço de destino e do serviço de origem.</p> <p>Identificação do paciente: Nome, número de identificação, data de nascimento, sexo, estado civil, profissão, endereço, telefone, e-mail.</p> <p>Identificação do profissional: Nome, cargo, número de identificação, data de nascimento, sexo, estado civil, profissão, endereço, telefone, e-mail.</p> <p>Identificação do serviço de destino: Nome, endereço, telefone, e-mail.</p> <p>Identificação do serviço de origem: Nome, endereço, telefone, e-mail.</p>	<p>4. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>5. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>6. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p>
<p>S Situação</p> <p>Descrição da situação atual do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p> <p>Descrição da situação atual do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p>	<p>7. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>8. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>9. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p>
<p>B Background</p> <p>Descrição do histórico do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p> <p>Descrição do histórico do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p>	<p>10. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>11. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>12. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p>
<p>A Assessment</p> <p>Descrição da avaliação do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p> <p>Descrição da avaliação do paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p>	<p>13. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>14. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>15. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p>
<p>R Recommendation</p> <p>Descrição das recomendações para o paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p> <p>Descrição das recomendações para o paciente, incluindo a história clínica, os sinais vitais, os exames de laboratório e os exames de imagem.</p>	<p>16. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>17. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p> <p>18. Retornar ao paciente, quando necessário, para a realização de exames.</p>

14/05/2024 275 | 181624 | 181624 | 181624 | 181624 24

07/11/2024

ISBAR



Vários estudos reconhecem os benefícios da implementação da metodologia ISBAR no BO.

- Halterman et al. (2019) constataram um aumento significativo de 13% para 82% no número de transmissões de informação completas do BO para a UCPA com o uso desta ferramenta.
- Katloff et al. (2022) concluíram no seu estudo que a abordagem estruturada da ferramenta ISBAR reduziu as perturbações na transição de informação e o seu uso juntamente com mudanças organizacionais pode melhorar a qualidade da transição de cuidados e, assim, melhorar a segurança da pessoa em situação perioperatória.


14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 25

PROBLEMAS IDENTIFICADOS




14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 26

PROBLEMAS IDENTIFICADOS




- Não é adotada uma ferramenta padronizada de comunicação nos processos de transição de cuidados.
- A folha de "Unidade de Recobro" usada como apoio escrito para a transmissão de informação nos processos de transição de cuidados não responde às necessidades.




14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 27

PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE MELHORIA



14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 28


PLANO DE ATIVIDADES DO PROJETO DE MELHORIA



SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE DEUTERAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO - METODOLOGIA ISBAR

Atividades a desenvolver

- Elaborar e validar o instrumento de avaliação do processo.
- Realizar o levantamento geral do processo atual.
- Elaborar uma proposta de intervenção para a melhoria do processo de comunicação, com base nos resultados do ISBAR, para ser utilizada no processo de comunicação, para a implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Elaborar um plano de implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Realizar o levantamento geral do processo atual e a implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Implementar o plano de implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Monitorizar o processo de implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Implementar o plano de implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Avaliar o processo de implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.
- Realizar o levantamento geral do processo atual e a implementação do ISBAR no bloco operatório de urgência.



14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 29

AÇÕES A IMPLEMENTAR



14/02/2024 270 | TAVGA | MOCHEU | HQCÇÃO-1588 | 30

07/11/2024

AÇÕES A IMPLEMENTAR


- Postar a afixar nas principais zonas de transição de cuidados do BO para auxílio de memória na adoção desta ferramenta.



14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 31

AÇÕES A IMPLEMENTAR


- Proposta para alteração da ferramenta escrita de apoio à transição de cuidados.



14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 32

AÇÕES A IMPLEMENTAR

- Postar a afixar na área de comunicação do BO com resumo das principais informações dadas na formação.



14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 33

CONSIDERAÇÕES FINAIS

14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 34

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente projeto contribui para a segurança da comunicação durante a transição de cuidados no Bloco Operatório e, conseqüentemente, para a melhoria da prática clínica no âmbito da segurança dos cuidados. Agradece-se a colaboração de toda a equipa e o feedback para a melhoria do projeto.

14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 35

BIBLIOGRAFIA

14/05/2024 275 | BAIXA | 14/05/2024 | 14/05/2024 | 36

**ANEXO XIII: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA
SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO: “PROJETO DE
MELHORIA: SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO
DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BO – METODOLOGIA
ISBAR”**



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: PROJETO DE MELHORIA: SEGURANÇA DA COMUNICAÇÃO NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM NO BLOCO OPERATÓRIO - METODOLOGIA ISBAR.

Preletor: Enf. Dilsa Bastos (aluna de especialidade em EMC na área de especialização em EPSP).

Data: 19 de fevereiro de 2024.

Orientação: Enf. [Nome removido], Professora Isabel Miranda.

A sua opinião sobre esta ação é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua para otimizar a eficácia/eficiência em futuras ações de formação e ainda aferir a consecução dos objetivos delineados e em que medida foram satisfeitas as expectativas.

Solicitamos, assim, o preenchimento do presente questionário, colocando uma cruz na coluna que melhor expressa a sua opinião. Este questionário é anónimo.

1. ACÇÃO DE FORMAÇÃO	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
1.1. Apreciação global da formação	0	0	0	7	9
1.2. Cumprimento dos objetivos	0	0	0	5	11
1.4. Utilidade versus expetativas iniciais	0	0	0	6	10
1.5. Tempo de duração	0	0	1	8	7
2. EFICÁCIA DO FORMADOR	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
2.1 Domínio e clareza na exposição dos conteúdos	0	0	0	4	12
2.2. Capacidade em criar um ambiente participativo	0	0	1	2	13
2.3. Metodologia de apresentação	0	0	0	5	11
2.4. Pontualidade/cumprimento do horário da sessão	0	0	0	4	12
3. CONTEÚDOS	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
3.1 Pertinência dos conteúdos	0	0	0	7	9
3.2. Relevância para a aquisição de conhecimentos	0	0	0	6	10
3.3 Relevância para a melhoria da prestação de cuidados	0	0	0	4	12
4. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
4.1 Divulgação prévia da formação	0	0	1	4	11
4.2 Adequação de instalações e meios audiovisuais	0	0	7	4	5
4.3. Adequação dos métodos utilizados	0	0	0	8	8
4.3 Disponibilização de documentos	0	1	0	4	11
4.4. Horário e local da formação	0	0	3	8	5
COMENTÁRIOS:					
OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!					

**ANEXO XIV: FORMULÁRIO DE AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA DA
TEMÁTICA: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO -
PLATAFORMA RISI**

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI

Exmo.(a). Sr.(a) Enfermeiro(a),

O presente formulário é realizado no âmbito da formação em serviço sobre o tem "Notificação de incidentes no BO - Plataforma RISI" a realizar-se no dia 26 de fevereiro de 2024.

A sua participação é fundamental para garantir a segurança e a qualidade dos cuidados prestados no BO. Este formulário pretende realizar uma avaliação diagnóstica sobre a sua perceção relativamente à notificação de incidentes de segurança e identificar áreas que podem beneficiar de uma formação mais aprofundada.

As suas respostas são essenciais para adaptarmos a formação às necessidades específicas da equipa, promovendo um ambiente mais seguro e eficaz no BO.

A resposta deste formulário é anónima. Os resultados serão usados para fins de análise e planeamento da formação.

Agradecemos a sua participação neste processo importante para a melhoria contínua da segurança da pessoa em situação perioperatória.

- Enf.^a Dilsa Bastos (Aluna Mestrado EMC – Enfermagem à pessoa em situação perioperatória da ESSNorteCVP)

Tutoria: Enf.^o [Nome removido] (EEMC). Orientação: Prof.^a Isabel Miranda (Mestre em EMC).

- Enf.^a [Nome removido]

Gabinete de Gestão de Risco ULS [Nome removido]

* Indica uma pergunta obrigatória

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI

1. 1. Nos últimos 2 anos recebeu formação sobre a notificação de incidentes no BO? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

2. 2. Conhece os tipos de incidentes que pode notificar? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

3. 3. Já presenciou ou teve conhecimento de incidentes no BO que não foram notificados? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

4. 4. Nos últimos 12 meses quantas vezes notificou a ocorrência de incidentes? *

Marque todas que se aplicam.

- Nenhuma
 1 a 2 incidentes
 3 a 5 incidentes
 6 a 10 incidentes
 Mais de 10 incidentes

5. 5. Acredita que a notificação adequada de incidentes pode contribuir para melhorias significativas na segurança da pessoa em situação perioperatória? *

Marque todas que se aplicam.

- Sim
 Não

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI

6. 6. Na sua perspetiva, quais as principais barreiras à notificação de incidentes no seu contexto de trabalho?

7. 7. Que "questões chave" considera pertinentes serem abordadas numa formação sobre a notificação de incidentes/plataforma RISI?

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pelo Google.

Google Formulários

**ANEXO XV: FORMAÇÃO EM SERVIÇO “NOTIFICAÇÃO DE
INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI”**

06/11/2024

ESSE+ Conteúdo oculto

SEGURANÇA DA PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO
PLATAFORMA RISI - HER*

Formadores:
• Dr.ª Dilsa Bastos
Ana Maria A.C. Fernandes (Coordenadora de Formação)
Teresa F. M. Gomes (CIC)
Cristina P. P. Mendes (CIC)
• Dr.ª L. J. C. Caldeira (Coordenadora de Formação)

FORMAÇÃO EM SERVIÇO
BLOCO OPERATÓRIO DA ULS [...]

26/02/2024

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO - PLATAFORMA RISI - HER*

ÍNDICE

- 01 OBJETIVOS
- 02 SEGURANÇA
- 03 NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
 - RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA
 - TIPOS DE INCIDENTES
 - PLATAFORMA RISI - HER*
- 04 CONCLUSÃO
- 05 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

01
OBJETIVOS

- Promover uma cultura de segurança juntos dos enfermeiros particularmente no que diz respeito à notificação de incidentes no Bloco Operatório;
- Contextualização sobre a importância da notificação de incidentes para a segurança da pessoa em situação perioperatória;
- Promover o desenvolvimento de conhecimentos e competências na utilização da plataforma RISI - HER*

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

02
SEGURANÇA

É definida como a **"Redução do risco de danos desnecessários relacionados com os cuidados de saúde para um mínimo aceitável.** Um mínimo aceitável refere-se à noção coletiva em face do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição ao risco do não tratamento ou de outro tratamento alternativo".

DGS, 2011, p. 16.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

SEGURANÇA DO DOENTE

Atualmente a segurança do doente é reconhecida como **um grande e crescente desafio à saúde pública global.** Constitui um dos elementos fundamentais da qualidade em saúde e um aspeto crucial para confiança dos cidadãos no sistema de saúde (Despacho 1400 -A/2015).

A Lei de Bases da Saúde, aprovada pela Lei n.º 95/2019, de 4 de setembro, afirma que **a segurança do doente constitui uma das suas dimensões ou componentes fundamentais no âmbito do direito à proteção da saúde e reforça o papel do SNS enquanto promotor da mesma.**

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

SEGURANÇA DO DOENTE

- 2004 OMS cria o **World Alliance for Patient Safety**
- 2009 Criação da **Classe Europeia Internacional para a Segurança do Doente - ODS**
- 2010-2020 **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes**
- 2012-2014 Criação da **INTECSA** pela DGS
- 2015-2020 **"Patient Safety Incident Reporting and Learning System (PALRS)"**
- 2021-2024 **Plano Nacional para a Segurança dos Doentes**
- 2014 **"Reportagem de eventos adversos de segurança do doente em unidades de cuidados de saúde"**
- 2022 **Norma DGS 017/2022**

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

06/11/2024

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

WHO SHAPE SUBELEMENTS FOR ADVERSE EVENT REPORTING AND LEARNING STATISTICS

A World Alliance for Patient Safety (Aliança Mundial para a Segurança do Paciente) foi uma iniciativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) criada em 2004.

O objetivo principal dessa aliança era **promover a segurança do paciente em nível global**, reconhecendo a importância de abordar questões de segurança do doente numa escala internacional.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 7

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

A OMS publicou, em 2009, a Estrutura Conceitual da **Classificação Internacional sobre Segurança do Doente (CISD)**, traduzida em 2011 para português.

Estabelece uma **linguagem de referência** para a recolha de informação uniforme e comparável para a notificação e análise de incidentes do doente.

Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 8

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

10 classes de alto nível que constituem a estrutura conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente.

1. Tipo de Incidente
2. Consequências para o Doente
3. Características do Doente
4. Características do Incidente
5. Fatores Contribuintes /Riscos
6. Consequências Organizacionais
7. Detecção
8. Fatores Alérgicos do Dano
9. Ações de Melhoria
10. Ações para Reduzir o Risco

Estrutura Conceitual da Classificação Internacional sobre Segurança do Doente

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 9

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

Alguns conceitos chave:

Conceito	Definição
Evento	Ocorrência que aconteceu a ou que afeta um doente.
Quase evento (near miss):	Incidente que não alcançou o doente.
Evento sem dano	Incidente em que um evento chegou ao doente mas não resultou em danos dissemíveis.
Incidente com dano - evento adverso	Incidente que resulta em dano para o doente.
Evento sentinela	Ocorrência inesperada que implica morte, dano grave físico ou psicológico, ou risco disso. Necessitam de investigação imediata e resposta.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 10 (DGS 2016) 13

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

A Direção-Geral da Saúde tem vindo a desenvolver várias iniciativas de promoção do sistema nacional de notificação de incidentes, lançado em 2012.

O sistema de notificação de incidentes de segurança é designado, atualmente, por **"Notific@"**, tendo sido requalificado em 2014, através da integração de melhorias na sua estrutura e na organização de conteúdos.

DGS notific@

Sistema Nacional de Notificação de Incidentes - Segurança do Doente

NOTIFIC@

NOTIFICA

Violência sobre profissionais de saúde no local de trabalho, Dispositivos médicos cortos Perfurantes.

Segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 11

2004 OMS cria a World Alliance for Patient Safety

2009 Classificação Internacional sobre Segurança do Doente - OMS

2012-2014 Criação da ISTRICA pela DGS

2014 "Reporting and learning systems: An operational safety model for patient safety" relatada na Comissão Europeia

Violência sobre profissionais de saúde no local de trabalho, Dispositivos médicos cortos Perfurantes.

Segurança do doente na prestação de cuidados de saúde.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 12

06/11/2024

A Comissão Europeia publicou, em maio de 2014, o relatório "Reporting and learning systems for patient safety incidents across Europe", no qual ressalva a **importância de existirem regras claras quanto à não culpabilização e confidencialidade de quem notifica, além da necessidade de garantir a anonimização da informação notificada.**

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 13

Objetivos estratégicos do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020:

1. Aumentar a cultura de segurança do ambiente interno;
2. Aumentar a segurança da comunicação;
3. Aumentar a segurança cirúrgica;
4. Aumentar a segurança na utilização da medicação;
5. Assegurar a identificação inequívoca dos doentes;
6. Prevenir a ocorrência de quedas;
7. Prevenir a ocorrência de úlceras de pressão;
- 8. Assegurar a prática sistemática de notificação, análise e prevenção de incidentes;**
9. Prevenir e controlar as infeções e as resistências aos antimicrobianos.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 14

A DMS publicou, em 2020, o relatório "Patient Safety Incident Reporting and Learning Systems: Technical report and guidance", onde sublinha a **relevância dos sistemas de notificação de incidentes para mitigar danos e prevenir a sua ocorrência no futuro, assim como, na aprendizagem com o erro ao longo de todo o processo.**

Coloca o foco na cultura de segurança, uma vez que **um incidente só existe a partir do momento em que é notificado.**

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 15

Objetivo Estratégico 4.1
Aumentar a cultura e transparência do noticiário de incidentes de segurança do doente no noticiário.

Objetivo Estratégico 4.2
Promover o acompanhamento e avaliação dos incidentes de segurança do doente no noticiário.

1 2 3 4 5
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 16

7. Todas as instituições prestadoras de cuidados de saúde do Sistema de Saúde devem ter uma estrutura de responsabilidade pela gestão e análise interna de incidentes de segurança do doente, que terá como objetivos:

- a) desenvolver a cultura de segurança;
- b) promover a notificação de incidentes de segurança do doente, visando a aprendizagem com o erro, de forma não punitiva;
- c) gerar e analisar os incidentes;
- d) implementar medidas corretivas e/ou de melhoria de modo a evitar novos incidentes."

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 17

SEGURANÇA DO DOENTE

Os danos aos doentes associados aos eventos adversos são considerados uma das 10 principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo (WHO, 2019).

Um estudo realizado em 12 países, em 2009, relatou uma taxa média de subnotificação de 94% para EA no geral e 85% nos eventos graves.

(Pepe & Novaes, 2020)

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 18

SEGURANÇA DO DOENTE

Aproximadamente 13 em cada 100 pessoas internadas nos hospitais públicos portugueses sofrem um Evento Adverso.

39,7%	Infeção hospitalar
26,7%	Procedimentos cirúrgicos
9,8%	Erros medicamentosos
7%	Quedas
17%	Outros (lesões de pressão, queimaduras, e erros de diagnóstico)


60,8% dos doentes que sofreram eventos adversos tiveram um aumento médio de 9,6 dias extra de internamento no hospital, com um custo adicional estimado de 1,9 milhões de euros para o SNS.

(Sousa et al., 2018)


NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

SEGURANÇA DO DOENTE

O ambiente perioperatório apresenta desafios específicos para a segurança da pessoa em situação perioperatória comparativamente com outros ambientes hospitalares.



De Vries et al. (2008) estimaram que cerca de 40% dos eventos adversos ocorrem nas salas operatórias e que muitos destes eventos são resultado de erros evitáveis.



Os incidentes associados à atividade cirúrgica são mais frequentemente evitáveis e tem consequências mais graves, comparativamente a eventos adversos que ocorrem noutro contexto (Zegers et al., 2011).

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

SEGURANÇA DO DOENTE



É apenas uma caricatura ou ainda acontece?

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

SEGURANÇA DO DOENTE

Um estudo português revelou que os inquiridos identificaram como eventos adversos mais frequentes no contexto perioperatório, a "avaria de equipamentos/instrumentos" (63,3%) a "falta de comunicação" (43,3%), e a "queda de equipamentos" (31,3%) (Valdo, 2011).

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

02

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

"É uma das ferramentas para identificar os riscos, perigos e vulnerabilidades de uma organização, sendo a que melhor possibilita a partilha de aprendizagens com o erro."

PNSD 2015-2020

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Embora cada evento seja único, é provável que existam semelhanças e padrões nas fontes de risco que, de outra forma, poderiam passar despercebidos se os incidentes não forem notificados e analisados.

Se o evento e os resultados da análise não forem comunicados, as possíveis aprendizagens ficam restritas a esse serviço/hospital. Perde-se a oportunidade de generalizar o problema e perde-se a oportunidade de desenvolver soluções mais poderosas e generalizáveis.




NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NORN

06/11/2024

PORQUÊ NOTIFICAR?

- **Aprender com a experiência.**
- Produzir uma resposta visível e útil para justificar os recursos gastos e para estimular os relatórios.
- Permitir que os resultados da análise e investigação de dados possibilitem formular e divulgar recomendações para **mudanças nos sistemas.**




NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 26

PORQUÊ NOTIFICAR?

A publicação de relatórios periódicos sobre a análise de incidentes e a divulgação das aprendizagens são um **forte contributo para a melhoria da segurança do doente e prevenção da ocorrência de incidentes.**

A principal função de um sistema de reporte é usar a informação resultante da análise de incidentes para melhorar a prestação de cuidados e ajudar os profissionais de saúde a **prestarem cuidados seguros.**




NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 26

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Um sistema de notificação e aprendizagem bem-sucedido para melhorar a segurança do doente deve ter as seguintes características:

- A notificação é **segura** para quem notifica;
- Os relatórios levam a uma **resposta construtiva**;
- Estão **disponíveis conhecimentos especializados e recursos financeiros** adequados para permitir uma análise significativa dos relatórios;
- O sistema de notificação deve ser capaz de **divulgar informações** sobre perigos e **recomendações para mudanças**.



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 27

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Características de sistemas de relatórios bem-sucedidos

NÃO PUNITIVO	O notificador não deve ter medo de represálias contra si próprio ou de punição de terceiros.
CONFIDENCIAL	As identidades do doente, do notificador e da instituição nunca são reveladas.
INDEPENDENTE	Sistema de notificação independente de qualquer autoridade com poder para punir o notificador ou a organização.
ANÁLISE ESPECIALIZADA	Os incidentes são avaliados por especialistas que compreendem as circunstâncias críticas e são treinados para reconhecer as causas sistémicas subjacentes.
OPORTUNO	Os incidentes são rapidamente analisados e as suas recomendações são rapidamente divulgadas.
ORIENTADO PARA O SISTEMA	As recomendações focam-se nas mudanças do sistema, processos ou produtos, e não no desempenho individual.
RESPONSIVO	Quem recebe os relatórios tem a capacidade de divulgar e implementar as suas recomendações.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 28

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

Relatório Segurança dos Doentes - Avaliação da Cultura nos Hospitais pela DGS

Espelha os resultados do estudo realizado em 55 unidades hospitalares em Portugal, no ano de 2014.

Principais conclusões:

- 1) A cultura de segurança do doente ainda não é amplamente assumida como uma prioridade, pelos profissionais e pelas instituições.
- 2) **A cultura de notificação e aprendizagem dos hospitais é fraca.**
- 3) A adesão dos hospitais privados foi pouco expressiva.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO (DGS, 2016) 29

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES

A **subnotificação de incidentes** de segurança é uma realidade internacional, sendo, portanto, necessário melhorar, nas instituições prestadoras de cuidados, o nível da cultura de notificação e de aprendizagem com o erro.

A Estratégia Nacional para a Qualidade na Saúde determina a criação de "um sistema nacional de notificação de incidentes, não punitivo mas, antes, educativo na procura da aprendizagem com o erro."

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NOBIO 30

06/11/2024

02
NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES
RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DIAGNÓSTICA

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO

31



06/11/2024

PLATAFORMA RISI - SOFTWARE HER +

OBJETIVOS

- Avaliar os riscos associados à prática de enfermagem no Bloco Operatório de Urgência.
- Identificar os pontos críticos de risco e implementar medidas preventivas.
- Promover a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

RESULTADOS

- Identificação dos principais riscos associados à prática de enfermagem no Bloco Operatório de Urgência.
- Implementação de medidas preventivas para reduzir o risco de ocorrência de eventos adversos.
- Melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

CONCLUSÃO

A implementação da Plataforma Risi - Software HER+ é uma ferramenta essencial para a gestão dos riscos no Bloco Operatório de Urgência, permitindo a identificação e a prevenção de eventos adversos, promovendo a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.



PLATAFORMA RISI - SOFTWARE HER +

OBJETIVOS

- Avaliar os riscos associados à prática de enfermagem no Bloco Operatório de Urgência.
- Identificar os pontos críticos de risco e implementar medidas preventivas.
- Promover a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.

RESULTADOS

- Identificação dos principais riscos associados à prática de enfermagem no Bloco Operatório de Urgência.
- Implementação de medidas preventivas para reduzir o risco de ocorrência de eventos adversos.
- Melhoria da segurança do paciente e da qualidade do cuidado.

CONCLUSÃO

A implementação da Plataforma Risi - Software HER+ é uma ferramenta essencial para a gestão dos riscos no Bloco Operatório de Urgência, permitindo a identificação e a prevenção de eventos adversos, promovendo a segurança do paciente e a qualidade do cuidado.



03

CONCLUSÃO

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BLOCO

45

CONCLUSÃO

São planos fundamentais de prestação de cuidados de enfermagem

Plataforma de notificação

Instrumento de trabalho que permite de ser divulgado de maneira mais efetiva dentro das equipes com propósitos de educação permanente, orientações e feedback dos resultados. É importante descentralizar o processo.

HER+

Permite implementar medidas diretas à redução dos incidentes de segurança que vão de encontro à melhoria contínua dos cuidados prestados no Bloco Operatório.

HER+

A implementação de um instrumento de notificação interno, que pretende ser **intuitivo, eficaz e eficiente**. **Integrar** a **taxonomia** da ODS, tem como objetivo facilitar e promover a notificação, reduzir o risco de ocorrência de novos incidentes e produzir indicações que poderão ser melhoradas.

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BLOCO

46

04

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS



NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BLOCO

47

OBRIGADA!

NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BLOCO

48

06/11/2024



ANEXO XVI: RESULTADOS DO INQUÉRITO DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO



AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO

Tema: NOTIFICAÇÃO DE INCIDENTES NO BO – PLATAFORMA RISI – HER+

Preletores:

Enf.ª Dilsa Bastos

Aluna Mestrado EMC – Enfermagem à pessoa em situação perioperatória

Tutoria: Enf.ª [nome removido] (EEMC); Orientação: Prof.ª Isabel Miranda (Mestre em EMC)

Enf.ª [nome removido]

Gabinete de Gestão de Risco ULS [nome removido]

Data: 26 de fevereiro de 2024.

A sua opinião sobre esta ação é muito importante, pois permite desencadear um processo de melhoria contínua para otimizar a eficácia/eficiência em futuras ações de formação e ainda aferir a consecução dos objetivos delineados e em que medida foram satisfeitas as expectativas.

Solicitamos, assim, o preenchimento do presente questionário, colocando uma cruz na coluna que melhor expressa a sua opinião. Este questionário é anónimo.

1. ACÇÃO DE FORMAÇÃO	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
1.1. Apreciação global da formação	0	0	0	3	18
1.2. Cumprimento dos objetivos	0	0	0	3	18
1.4. Utilidade versus expetativas iniciais	0	0	0	5	16
1.5. Tempo de duração	0	0	2	7	12

2. EFICÁCIA DOS FORMADORES	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
2.1. Domínio e clareza na exposição dos conteúdos	0	0	0	5	16
2.2. Capacidade em criar um ambiente participativo	0	0	0	5	16
2.3. Metodologia de apresentação	0	0	0	2	19
2.4. Pontualidade/cumprimento do horário da sessão	0	0	5	10	6

3. CONTEÚDOS	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
3.1. Pertinência dos conteúdos	0	0	0	0	21
3.2. Relevância para a aquisição de conhecimentos	0	0	0	0	21
3.3. Relevância para a melhoria da prestação de cuidados	0	0	0	0	21

4. PREPARAÇÃO E ORGANIZAÇÃO DA AÇÃO	1 Nada Satisfatório	2 Pouco satisfatório	3 Satisfatório	4 Bastante satisfatório	5 Extremamente satisfatório
4.1. Divulgação prévia da formação	0	0	0	4	17
4.2. Adequação de instalações e meios audiovisuais	0	0	0	6	15
4.3. Adequação dos métodos utilizados	0	0	0	7	14
4.3. Disponibilização de documentos	0	0	3	4	14
4.4. Horário e local da formação	0	0	5	7	9

COMENTÁRIOS:

OBRIGADA PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO XVII: TABELA COREQ

Percepção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o Stress Ocupacional no Bloco Operatório de Urgência

Critérios consolidados para relatar pesquisa qualitativa		
Nº do item	Tópico	Perguntas/Descrição do Guia
Domínio 1: Equipe de pesquisa e reflexividade		
Características pessoais		
1	Entrevistador/facilitador	Qual autor (autores) conduziu a entrevista ou o grupo focal? Pág. 97
2	Credenciais	Quais eram as credenciais do pesquisador? Exemplo: PhD, médico. Pág. 97
3	Ocupação	Qual a ocupação desses autores na época do estudo? Pág. 97
4	Gênero	O pesquisador era do sexo masculino ou feminino? Pág. 97
5	Experiência e treinamento	Qual a experiência ou treinamento do pesquisador? Pág. 97
Relacionamento com os participantes		
6	Relacionamento estabelecido	Foi estabelecido um relacionamento antes do início do estudo? Pág. 98
7	Conhecimento do participante sobre o entrevistador	O que os participantes sabiam sobre o pesquisador? Por exemplo: objetivos pessoais, razões para desenvolver a pesquisa. Pág. 96
8	Características do entrevistador	Quais características foram relatadas sobre o entrevistador/facilitador? Por exemplo, preconceitos, suposições, razões e interesses no tópico da pesquisa. Pág. 96
Domínio 2: Conceito do estudo		
Estrutura teórica		
9	Orientação metodológica e teoria	Qual orientação metodológica foi declarada para sustentar o estudo? Por exemplo: teoria fundamentada, análise do discurso, etnografia, fenomenologia e análise de conteúdo. Pág. 91
Seleção de participantes		
10	Amostragem	Como os participantes foram selecionados? Por exemplo: conveniência, consecutiva, amostragem, bola de neve. Pág. 93
11	Método de abordagem	Como os participantes foram abordados? Por exemplo: pessoalmente, por telefone, carta ou e-mail. Pág. 96
12	Tamanho da amostra	Quantos participantes foram incluídos no estudo? Pág. 93
13	Não participação	Quantas pessoas se recusaram a participar ou desistiram? Por quais motivos? Pág. 96
Cenário		
14	Cenário da coleta de dados	Onde os dados foram coletados? Por exemplo: na casa, na clínica, no local de trabalho. Pág. 96
15	Presença de não participantes	Havia mais alguém presente além dos participantes e pesquisadores? Pág. 96
16	Descrição da amostra	Quais são as características importantes da amostra? Por exemplo: dados demográficos, data da coleta. Pág. 93
Coleta de dados		
17	Guia da entrevista	Os autores forneceram perguntas, instruções, guias? Elas foram testadas por teste-piloto? Pág. 96
18	Repetição de entrevistas	Foram realizadas entrevistas repetidas? Se sim, quantas? Pág. 97
19	Gravação audiovisual	A pesquisa usou gravação de áudio ou visual para coletar os dados? Pág. 96
20	Notas de campo	As notas de campo foram feitas durante e/ou após a entrevista ou o grupo focal? Pág. 97
21	Duração	Qual a duração das entrevistas ou do grupo focal? Pág. 97
22	Saturação de dados	A saturação de dados foi discutida? Pág. 94
23	Devolução de transcrições	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ou correção? Pág. 97
Domínio 3: Análise e resultados		
Análise de dados		
24	Número de codificadores de dados	Quantos foram os codificadores de dados? Pág. 106
25	Descrição da árvore de codificação	Os autores forneceram uma descrição da árvore de codificação? Pág. 98, 99 e 100
26	Derivação de temas	Os temas foram identificados antecipadamente ou derivados dos dados? Pág. 105
27	Software	Qual software, se aplicável, foi usado para gerenciar os dados? Pág. 98
28	Verificação do participante	Os participantes forneceram feedback sobre os resultados? Pág. 118
Relatório		
29	Citações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustrar os temas/achados? Cada citação foi identificada? Por exemplo, pelo número do participante. SIM
30	Dados e resultados consistentes	Houve consistência entre os dados apresentados e os resultados? SIM
31	Clareza dos principais temas	Os principais temas foram claramente apresentados nos resultados? SIM
32	Clareza de temas secundários	Há descrição dos diversos casos ou discussão dos temas secundários? SIM

Souza et al. (2021)

ANEXO XVIII: GUIÃO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

GUIÃO ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

ESTUDO: PERCEÇÃO DOS ENFERMEIROS PERIOPERATÓRIOS SOBRE O STRESS OCUPACIONAL NO BLOCO OPERATÓRIO DE URGÊNCIA

ACOLHIMENTO	
<p>Informações ao participante</p>	<ul style="list-style-type: none"> Identificação do investigador; Informar o objetivo do estudo; Informar a importância da sua participação; Informar que a participação no estudo é voluntaria e o participante pode, a qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequência; Informar sobre procedimentos de garantia de confidencialidade e anonimato; Recolha de consentimento informado livre e esclarecido; Solicitar autorização para a participação no estudo e gravação da entrevista.
CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE	
<ul style="list-style-type: none"> Idade: _____ Género <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Outro Formação académica <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Licenciatura em enfermagem <input type="checkbox"/> Pós-Graduação: _____ <input type="checkbox"/> Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EMC) <input type="checkbox"/> Especialidade em EMC área de especialização em Enfermagem Perioperatória <input type="checkbox"/> Mestrado: _____ <input type="checkbox"/> Doutoramento: _____ <input type="checkbox"/> Outra: _____ Tempo de serviço em Bloco Operatório (BO) em anos _____ Tempo de serviço em BO de urgência em anos: _____ Funções de enfermagem que desempenha no BO de Urgência: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Enfermeira/o de anestesia <input type="checkbox"/> Enfermeira/o circulante <input type="checkbox"/> Enfermeira/o instrumentista Hospital polivalente/médico-cirúrgico onde trabalha: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Sul 	

LINHA/OBJETIVO ORIENTADORES	QUESTÕES
Contextualização	<ul style="list-style-type: none"> • Como descreve o ambiente de trabalho no BO de urgência onde exerce funções? • No BO onde trabalha as temáticas saúde mental, bem-estar dos profissionais e fatores de stress são discutidas em equipa? • No BO onde trabalha existem políticas ou programas orientados para a promoção da saúde mental e do bem-estar dos enfermeiros perioperatórios? • Sente que esses temas são uma preocupação da equipa e do enfermeiro gestor?
Descrever os fatores geradores de stress nos enfermeiros perioperatórios de urgência	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua perspetiva, quais os fatores que considera mais stressantes ao trabalhar no BO de urgência? • De todos os que identifica, qual é o que mais o afeta?
Identificar os sentimentos vivenciados pelos enfermeiros perioperatórios de urgência em situações de stress	<ul style="list-style-type: none"> • Perante situações de stress no BO de urgência, pode descrever os sentimentos que vivencia? • Pode partilhar uma situação específica que tenha experienciado uma situação de stress significativa e a forma como lidou com ela?
Identificar as implicações das vivências de stress nos enfermeiros perioperatórios de urgência a nível profissional e a nível pessoal	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as implicações das experiências de stress no BO de urgência para a sua vida pessoal? • E profissional? • Sente que quando está sob algum fator de stress no BO de urgência a qualidade dos cuidados de enfermagem prestados ficam comprometidos? De que forma?
Perceber as estratégias que os enfermeiros perioperatórios de urgência usam para a gestão do stress a que são sujeitos	<ul style="list-style-type: none"> • Quais as estratégias que habitualmente mobiliza para gerir os fatores de stress a que está sujeita/o?
Identificar sugestões para minimizar as fontes de stress dos enfermeiros perioperatórios de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> • Na sua perspetiva, que ações ou mudanças poderiam ser implementadas para reduzir o stress ocupacional no BO de urgência? • Que sugestões propõe para melhoria?
CONCLUSÃO DA ENTREVISTA	
<ul style="list-style-type: none"> • Dar a oportunidade ao participante de acrescentar mais algum aspeto que tenha ficado por referir durante a entrevista sobre a temática. • Agradecer a participação no estudo. 	

ANEXO XIX: CONSENTIMENTO INFORMADO



**CONSENTIMENTO INFORMADO, LIVRE E ESCLARECIDO
PARA PARTICIPAÇÃO EM INVESTIGAÇÃO
DE ACORDO COM A DECLARAÇÃO DE HELSÍNQUIA¹ E A CONVENÇÃO DE OVIEDO²**

*Este documento, designado **Consentimento, Informado, Esclarecido e Livre**, contém informação importante em relação ao estudo para o qual foi como convidado a participar. Por favor, leia com atenção este documento. Se achar que algo está incorreto ou que não está claro, não hesite em solicitar mais informações. Se concorda com a proposta que lhe foi feita, por favor, assinie.*

Título do estudo: Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o stress ocupacional no Bloco Operatório de Urgência.

Enquadramento: Esta investigação é realizada no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica, na área de especialização em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, com o objetivo de compreender a perceção dos enfermeiros perioperatórios sobre o stress ocupacional no Bloco Operatório (BO) de urgência. O stress ocupacional pode colocar em perigo a saúde física e mental dos enfermeiros e diminuir a eficiência dos cuidados de enfermagem. O BO é um contexto de prestação de cuidados exigente sendo que a prestação de cuidados em BO de urgência é ainda mais desafiante e propensa a fatores de stress pela necessária atuação rápida e eficaz em urgências/emergências cirúrgicas e anestésicas.

Explicação do estudo: Será realizado um estudo qualitativo com recurso a uma entrevista semiestruturada. Será estabelecida uma relação de conversação entre o investigador e o participante com recurso a um guião semiestruturado com questões a serem abordadas que permitirão uma reflexão livre e espontânea sobre o tema. A entrevista será gravada com o consentimento do participante (áudio se presencial, áudio e vídeo se através de videochamada). Considerando o tipo de estudo, não são identificados custos para os participantes e consideramos que apresenta um risco mínimo para os mesmos. Como benefícios destacamos: a expressão e possível compreensão de experiências e vivências pessoais; o empoderamento e valorização das experiências de gestão de stress; a reflexão pessoal e contributo para o autoconhecimento; e a oportunidade de contribuir para o avanço do conhecimento científico. Será respeitado o direito ao anonimato e à confidencialidade. A participação no estudo é voluntária e o participante pode, a qualquer altura, recusar participar sem qualquer tipo de consequência. Poderá contactar o investigador no caso de desejar fazer alguma questão ou comentários sobre o estudo. Não existem conflitos de interesses. Pretende-se com este estudo a valorização das experiências de gestão de stress dos enfermeiros perioperatórios de urgência, contribuindo para minimizar o impacto do stress ocupacional nos mesmos, melhorando a sua qualidade de vida e a qualidade dos cuidados prestados.

Condições e financiamento: Não estão previstos financiamentos para o estudo.

¹ https://www.arasocorte.mis-saude.pt/wp-content/uploads/sites/3/2018/01/Declaracao_Helsinqia_2008.pdf

² <http://dhe.pt/pdf/dhep/2001/01/002A/00/00140036.pdf>





Confidencialidade e anonimato: A informação recolhida junto dos participantes no contexto desta investigação será tratada confidencialmente e, quando publicada, não será identificável. Para a garantia da confidencialidade, privacidade e anonimato dos participantes, serão recolhidos apenas os dados pessoais estritamente necessários e a informação que identifique os participantes irá manter-se apenas enquanto necessário, procedendo-se à conversão para códigos de identificação anónimo assim que possível. Os dados recolhidos no âmbito da investigação serão armazenados e mantidos de forma segura e acessível por um período de 5 anos desde o final do estudo, ficando na exclusiva posse dos investigadores.

Assinatura do investigador: Dilsa Susana Alves Bastos

Declaro ter lido e compreendido este documento, bem como as informações verbais que me foram fornecidas pela/s pessoa/s que acima assina/m. Foi-me garantida a possibilidade de, em qualquer altura, recusar participar neste estudo sem qualquer tipo de consequências. Desta forma, aceito participar neste estudo e permito a utilização dos dados que de forma voluntária forneço, confiando em que apenas serão utilizados para esta investigação e nas garantias de confidencialidade e anonimato que me são dadas pelo/a investigador/a.

Nome: _____

Assinatura do participante/representante legal: _____

Data: ___/___/___

ESTE DOCUMENTO É COMPOSTO DE 2 PÁGINAS E FEITO EM DUPLICADO:
ORIGINAL PARA O INVESTIGADOR, DUPLICADO PARA A PESSOA QUE CONSENTE



**ANEXO XX: PARECER UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO E
DESENVOLVIMENTO DA ESSNORTECVP**

07/11/24, 00:12

Gmail - 2023.053 Aceite



Dilsa Bastos <dilsa.bastos@gmail.com>

2023.053 Aceite

Secretariado UID <secretariado.uid@essnortecvp.pt>
Para: "dilsa.bastos@gmail.com" <dilsa.bastos@gmail.com>

29 de janeiro de 2024 às 12:28

Estimado Investigador,

Informo que o estudo de investigação com a designação

2023-053 | Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o stress ocupacional no Bloco Operatório de Urgência

submetido à Unidade de Investigação e Desenvolvimento (UID) da Escola Superior de Saúde Norte da Cruz Vermelha Portuguesa (ESSNorteCVP)

obteve os seguintes resultados ao longo do processo de análise:

- Parecer favorável pela UID
- Parecer favorável pela CE
- Integração na UID

Atento que a equipa investigadora deverá cumprir com as obrigações, bem como, poderá usufruir dos benefícios constantes do Regulamento da UID.

Filipa Sousa

Secretariado UID

Rua da Cruz Vermelha – Cidacos, Apartado 1002
3720-126 Oliveira de Azeméis

Tlf: +351 256 661 430 (Chamada para a rede fixa nacional)

www.essnortecvp.pt



Pense no ambiente antes de imprimir...

Q104-CE_Apreciação e Votação do Parecer_007_2024_Proj_2023.053.pdf
139K

<https://mail.google.com/mail/u/0/?ik=38dbde4140&view=pt&search=all&permmsgid=msg-f:1789427791867410755&siml=msg-f:1789427791867410755> 1/1

**ANEXO XXI: PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA DA
ESSNORTECVP**



APRECIÇÃO E VOTAÇÃO DO PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA

Parecer n.º 007/2024	Código: 2023.053	Data: 22 de Janeiro 2024
-----------------------------	-------------------------	---------------------------------

Título do estudo de investigação: Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o stress ocupacional no Bloco Operatório de Urgência	
Área científica de investigação e linha de investigação a que se propõe: Linha de Investigação Enfermagem: Resposta humana ao processo de saúde/doença – Linhad e Investigação 1	
Investigador responsável: Dilsa Susana Alves Bastos (orientador: Isabel Maria de Sousa Miranda)	Protocolo (se aplicável): N/A

A Comissão de Ética da ESSNorteCVP, em reunião realizada nesta data, apreciou a fundamentação do relator sobre o pedido de parecer para a realização do estudo de investigação acima referenciado. Analisado o processo foi votado pelos Membros, da Comissão de Ética, presentes: Carlos Costa Gomes, Sónia Novais, Alda Portugal, Teresa Guerreiro.

Resultado da votação:	Aprovado por unanimidade <input checked="" type="checkbox"/> Aprovado por maioria	Rejeitado por unanimidade <input type="checkbox"/> Rejeitado por maioria <input type="checkbox"/>
Resumo do Parecer/Recomendações: O projeto de investigação é pertinente e com relevância para a temática em estudo. 1. O estudo tem justificação na medida em que incrementará o conhecimento científico nesta problemática.		
CONCLUSÃO Somos do parecer que se aprove favoravelmente o projeto.		
Pelo que se submete à consideração superior.		
Data: 22 de janeiro de 2024	Presidente da Comissão de Ética Prof. Doutor Carlos Costa Gomes  Assinatura:	



ANEXO XXII: ANÁLISE DE CONTEÚDO

Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o Stress Ocupacional no Bloco Operatório de Urgência

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS	UNIDADE DE REGISTO	FREQUÊNCIA
<i>Fatores Geradores de Stress Ocupacional</i>	Contextualização em Ambiente de Trabalho	ambiente agradável/ou ambiente é bom	Es1; Po1; Po2; Po3; Po5; Pr2; Pr4
		o ambiente de trabalho depende da equipa cirúrgica	Es2;
		normalmente é tranquilo	Es2; Pr3
		o ambiente não é mau	Es3;
		normalmente é um ambiente intenso, é um ambiente desafiante e é pouco rotineiro	Es4; Pr1
		cada um acaba por saber a função que ocupa havendo diminuição do stress	Es5
		é muito variado	Po4
	Programas/ Políticas para Promoção de Saúde Mental	é um bom trabalho de equipa, é um meio fechado	Pr5
		período de exercício físico durante a semana	Es1; Es3; Po2; Pr2
		não existe nada	Es2
		formações relacionadas com gestão de conflitos, ou <i>mindfulness</i> , ou <i>yoga</i>	Es4; Es5; Pr5
		tentamos articular sessões de formação com os psicólogos do hospital	Es5; Pr3
	Fatores de Stress Ocupacional	formação precisamente nisso, na gestão emocional, na gestão da comunicação, no trabalho em equipa	Es5
		serviço de Psiquiatria criou essa consulta do profissional	Po4; Pr3
		As relações interpessoais; conflitos	Es1; Es5; Po1; Po3; Po4; Po5; Pr4
		a pressão que se sente [...]	E1; Po2; Po5; Pr2; Pr3
		a disponibilidade do material; o bom estado ou não do material; material que não esteja correto	Es1; Es2; Es4; Po2; Po3; Po4; Po5; Pr3; Pr5
		falta de organização	Es2
		desconhecimento; lidar com uma situação desconhecida	Es3; Po1; Po4
		os horários - no início do mês, quando sai o horário	Es3; Pr5
		situações de verdadeira emergência	Es3; Es4; Po1; Pr2; Pr4; Pr5
		Estamos sempre dependentes do trabalho de outras pessoas	Es4
		o fato de lidar com crianças	Es4; Pr3; Pr5
		imprevisibilidade do trabalho	Es4; Po2; Po3; Po5; Pr5
		a proximidade, porque estamos na nossa área geográfica, podemos apanhar familiares e amigos	Es4
		a pressão dos registos	Es4
		se há um processo no tribunal; se há uma investigação	Es4
		é sentirmos que [...] a equipa com quem estamos não tem tanta experiência	Es5; Pr5
		gerir pessoas é muito difícil; a gestão das equipas	Es5; Po5; Pr4
		falta de recursos humanos	Es5; Po5
		a necessidade de ter que abrir uma segunda sala	Es5
		os horários que nós temos são maus; carga horária enorme	Po1; Po4; Po5; Pr3; Pr5
		quando acontece alguma intercorrência	Po2
a gestão das prioridades		Po4	
quem não tem experiência...		Po4	
a avaliação de desempenho no SIADAP	Po5		
muitas vezes não há tempo para satisfazer as nossas próprias necessidades humanas básicas	Po5		
a distância física entre as salas de urgência e a arrecadação do aprovisionamento dos materiais	Po5		
a comunicação não [...] eficaz	Pr2; Pr3; Pr4		
conflito com a equipa médica	Pr3		
termos muita urgência diferida, muito trauma	Pr3		
lidar com a pessoa da situação peri-operatória e os seus familiares	Pr4		
medo de falhar	Pr5		
Sentimentos Vivenciados e Implicações	Sentimentos Vivenciados	revolta; raiva	Es1; Es5; Pr3
		uma superioridade da equipa médica perante nós	Es1
		triste	Es1; Pr3; Pr4
		desiludida	Es1; Po5
		impotência	Es1
		ansiedade	Es2; Es3; Es5; Po3; Pr1; Pr2; Pr4; Pr5
		medo; somos [...] humanos e falhamos; medo de falhar	Es2; Es4; Po3; Pr2; Pr3; Pr5
		desanimada	Es3; Es5
		culpa	Es4
		frustração	Es5; Po5; Pr1; Pr4
		nervosismo	Po2; Po3; Pr1
		angústia	Po2; Pr5
chateada; irritação	Po3; Pr2		

Sentimentos Vivenciados e Implicações	Implicações das Experiências de stress na Vida Pessoal	desmotivada	Po3	
		vergonha	Pr1	
		agressividade	Pr3	
		menos paciência	Es1; Es5; Po1; Pr5	
		afeta o sono; insónias	Es1; Pr1; Pr4	
		algumas manifestações físicas, como tensões musculares	Es1	
		pesadelos	Es2	
		mais chateada; alterações emocionais	Es3; Es4; Po3; Pr3; Pr5	
		não conseguir concentrar	Es4	
		cansaço	Es5; Po2; Po4; Pr2; Pr3; Pr4	
		falar mais alto	Es5	
		menos tempo para as tuas pessoas que amas [...] para as outras pessoas	Po1; Po4	
		não tenho tempo [...] de qualidade	Po1	
		acabamos por descarregar um bocadinho essa frustração nas pessoas mais próximas; mais mal-humorada	Po5; Pr2	
	Implicações das Experiências de stress na Vida Profissional	esgotamento	Pr3	
		distrações	Pr4	
		muito mais ansiosa	Pr5	
		impacto na nossa prestação	Es1; ES3	
		não reagir tão bem às situações	Es3; Po1; Pr3	
		menos tolerância	Es4	
		não se vai relacionar tão bem	Po1	
		esquecer alguma coisa	Po2	
		mais desconcentrada	Po2; Pr2	
		não tem muito impacto; não prejudica o meu desempenho	Po4; Po5	
		elevada probabilidade de erro	Pr1	
		maior a probabilidade de acontecer algum incidente de segurança	Pr1	
		alterações de humor	Pr3	
		mais receosa de falhar	Pr5	
	Impacto nos Cuidados Prestados	falhas de comunicação [com a equipa]	Es4	
		não te deixa ter aquela forma empática de estares com o doente	Pr3	
		comunicação com a equipa, com o doente, com os familiares	Pr4	
		a nossa disponibilidade	Es1	
		a [...] resposta [...] pode ficar um bocadinho piorada	Es1	
a parte racional fica um bocadinho alterada		Es4		
trocas de medicação, [...] erros de verificação; risco de erro		Es4; Po1; Po2; Pr1; Pr5		
questão da segurança; incidente de segurança		Es4; Pr1; Po4		
a paciência		Es5		
demora mais tempo a atuar		Po5; Pr5		
uma pessoa desabafa; falar sobre o assunto		Es3; Po2; Po3; Po4; Pr1; Pr3; Pr4; Pr5		
Estratégias de coping que o Profissional Utiliza		Comunicação/suporte social	comunicação entre nós	Po3; Pr1; Pr3
			refugiemo-nos uns nos outros	Po4
			fazer um <i>briefing</i>	Po4; Pr4
			adotar uma postura empática	Pr1
	Técnicas de autocontrolo e gestão emocional	parar e respirar um bocadinho; tento me manter calmo	Es1; Po1; Po5	
		[focar na] minha essência	Es1	
		tento-me manter na minha bolha; mentalmente, crio como se fosse uma bolha de proteção; tento manter-me no meu canto	Es5; Po3	
		faço sempre um resumo do meu dia até chegar a casa; faço a revisão da situação mental	Es2; Po2; Pr4	
		tento não entrar [em] discussões	Po3	
		tento não trazer essas situações para casa	Po3	
		não falar, não partilhar	Po2; Pr2	
	fingir que está tudo bem	Pr2		
	Organização e foco	organização	Es2	
		gerir prioridades	Es2	
		focar-te exatamente naquilo; estar concentrada	Es2; Po5	
		tento antecipar o que vou precisar	Es4	
		estar sempre a pensar num plano B	Po5	
	Lazer e autocuidado	vou arejar um bocadinho	Es3; Es4	
		exercício físico	Es5	
		fazer [...] yoga	Es5	
uma pessoa a descomprime, ri-se um bocadinho		Po2		
fazer coisas que eu gosto e sair um bocadinho da rotina		Pr5		

Perceção dos Enfermeiros Perioperatórios sobre o Stress Ocupacional no Bloco Operatório de Urgência

Propostas de Melhoria	Apoio da Gestão e Comunicação Aberta	chéfias falarem do assunto e darem-nos atenção	Es1; Es5; Po3; Pr1
		apoio do nosso superior hierárquico	Es1
		debate na equipa; momentos de <i>brainstorming</i>	Es1; Es2; Es4; Po1; Po3; Pr1; Pr4
		reunião semanal onde pudéssemos discutir	Es3
		ajuda entre os pares	Po4
	Formação e Desenvolvimento Profissional	comunicar; comunicação	Po1; Po2; Pr2; Pr5
		promover mais formação	Es3; Es4; Es5; Po2; Po4; Pr2; Pr3
		sugerir [...] congresso	Es3
	Melhoria do Ambiente de Trabalho	formação na área da comunicação	Pr4
		haver convívios; <i>team-building</i>	Es2; Es3; Es4; Es5; Po2; Po4; Po5; Pr1; Pr4
		integrações coesas; com programas de integração	Es3; Es5; Po2; Pr2
		garantir a hora do almoço a toda a gente	Po1
		ter uma equipa motivada e mais satisfeita; reconhecimento do nosso trabalho e do nosso esforço	Po1; Po5
	Recursos Humanos, Materiais, Físicos e Condições de Trabalho	é preciso o material estar muito bem organizado	Es2
		recursos humanos (com) rádios adequados	Es3; Es5; Po4; Pr3
		[mais] de computadores que estejam a funcionar	Po2
		carga horária adequada	Po3; Pr4
		remuneração adequada	Po4
		igualdade	Po5; Pr2
		proporcionar [...] outras condições físicas [ex: da copa]	Po5; Pr3
	a forma como está a ser feita a avaliação de desempenho no SIADAP não faz sentido	Po5	
	Suporte Psicológico e Gestão do Stress	yoga	Pr5
		ginástica laboral	Pr2; Pr5
		apoio com o Gabinete de Psicologia; acompanhamento personalizado por parte do serviço da saúde ocupacional	Es5; Pr1; Pr5
		programa de gestão de stress	Po4; Pr1; Pr5
	Organização do Trabalho e Protocolos	criar muitos protocolos	Es3
		a gestão de horários de forma transparente	Es2
um briefing inicial		Po1	
ver qual [...] a área que [de preferência]: instrumentar, circular e de anestesia		Po1; Po2; Pr2	
haver mais organização [...] relativa ao] fluxo de doentes, um sistema informático que diga os doentes [para] operar		Pr2	
uma sala de urgência diferida que tratasse só trauma, aliviaria todo o ambiente	Pr3		

