



**SANTA MARIA
HEALTH SCHOOL**
Escola Superior Saúde Santa Maria



Escola Superior de Enfermagem

S. José de Cluny

**DESENVOLVIMENTO DE
COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS NO
CUIDADO À PESSOA EM CIRURGIA DE
AMBULATÓRIO:
PRÁTICAS SEGURAS COM FOCO NA
GESTÃO DO RISCO ASSOCIADO AOS
MEDICAMENTOS LASA**

MESTRADO EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA

Área de Enfermagem À Pessoa Em Situação Perioperatória

Juliana Mesquita

orientação tutorial da Professora Doutora Noélia Pimenta

Setembro de 2025

Porto

AGRADECIMENTOS

A conclusão deste percurso académico e profissional não teria sido possível sem o contributo, apoio e incentivo de várias pessoas e instituições que marcaram de forma indelével esta etapa da minha vida.

À minha Professora e Orientadora, Noélia Pimenta, manifesto a minha mais profunda gratidão pela dedicação, disponibilidade e sabedoria com que acompanhou este processo. A sua orientação rigorosa e, simultaneamente, humana foi essencial para que pudesse transformar desafios em aprendizagens.

À minha Tutora, Enfermeira Goreti Adão, expresso um especial reconhecimento pela disponibilidade constante, pela partilha generosa de saberes e pela supervisão exigente mas sempre construtiva. A sua amabilidade e experiência profissional foram determinantes na consolidação das minhas competências especializadas em enfermagem perioperatória.

A todos os enfermeiros e colegas do Serviço de Cirurgia de Ambulatório, deixo um sincero agradecimento pelo acolhimento, pela partilha de conhecimentos e pelo espírito de equipa, que tornaram o contexto clínico um espaço de aprendizagem contínua e colaborativa.

Aos meus amigos e colegas de percurso académico, Andreia Cardoso, Patrícia Rosas e Pedro Costa, agradeço a amizade, o companheirismo e os momentos de interajuda que foram fundamentais para ultrapassar os desafios desta etapa. A vossa presença foi um suporte constante, feito de confiança, incentivo e genuína amizade.

Aos meus colegas de turma, pela partilha de saberes, pelo apoio mútuo e pelos laços afetivos construídos ao longo desta caminhada, deixo igualmente uma palavra de apreço. Cada momento vivido juntos contribuiu para tornar esta experiência mais rica.

Por fim, mas não menos importante, à minha família, expresso a mais profunda gratidão pela paciência, compreensão e apoio incondicional. Foram o pilar seguro que me sustentou nos momentos de maior exigência, incentivando-me a perseverar e a acreditar na concretização deste objetivo.

A todos os que, de forma direta ou indireta, contribuíram para a realização deste mestrado e deste relatório, deixo o meu mais sentido obrigado. Este percurso é também vosso.

LISTA DE ABREVIATURAS

- AACN – *American Association of Critical-Care Nurses*
- AESOP – *Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses*
- AORN – *Association of periOperative Registered Nurses*
- APA – *American Psychological Association*
- APIC – *Association for Professionals in Infection Control and Epidemiology*
- APSF – *Anesthesia Patient Safety Foundation*
- BCMA – *Barcode Medication Administration*
- CDC – *Centers for Disease Control and Prevention*
- CDSS – *Clinical Decision Support System*
- CIPE® – *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*
- CPD – *Continuing Professional Development*
- DCI – *Denominação Comum Internacional*
- DDS – *Drug Delivery System*
- DE – *Diagnóstico de Enfermagem*
- DGS – *Direção-Geral da Saúde*
- EC – *Ensaio Clínico*
- ECCS – *European Cardio-Thoracic Critical Care Society*
- ELPO – *Escala de Avaliação de Risco de Lesão por Pressão no Perioperatório*
- EM – *Enfermagem Médico-Cirúrgica*
- EMA – *European Medicines Agency*
- EORNA – *European Operating Room Nurses Association*
- ERS – *European Respiratory Society*
- ESSSM – *Escola Superior de Saúde de Santa Maria*
- FDA – *Food and Drug Administration*
- GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
- HSOPSC – *Hospital Survey on Patient Safety Culture*
- IAPI – *Injury from Anesthesia- and Procedure-related Pressure Injury*
- ICN – *International Council of Nurses*
- INE – *Instituto Nacional de Estatística*
- ISBAR – *Identificação, Situação, Background, Avaliação, Recomendação*
- ISMP – *Institute for Safe Medication Practices*

ISO – *International Organization for Standardization*
LASA – *Look-Alike, Sound-Alike Medicines*
OE – *Ordem dos Enfermeiros*
OMS – *Organização Mundial da Saúde*
PACU – *Post-Anesthesia Care Unit*
PDCA – *Plan, Do, Check, Act*
PPCIRA – *Programa de Prevenção e Controlo de Infecções e de Resistência aos Antimicrobianos*
PRISMA – *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*
RFID – *Radio Frequency Identification*
RSI – *Retained Surgical Items*
SBAR – *Situation, Background, Assessment, Recommendation*
SNS – *Serviço Nacional de Saúde*
SSI – *Surgical Site Infection*
UC – *Unidade de Cuidados*
UCA – *Unidade de Cirurgia de Ambulatório*
UCPA – *Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos*
VR – *Virtual Reality*
WHO – *World Health Organization*

RESUMO

O presente relatório integra-se no Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Santa Maria, em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Tem como objetivos: i) descrever o estado da arte relativo às práticas seguras na prestação de cuidados em Cirurgia de Ambulatório, focando-se na gestão do risco associado a medicamentos LASA (*look-alike, sound-alike*); ii) ilustrar a aquisição de competências de reflexão crítica e raciocínio clínico a partir das experiências vivenciadas; iii) evidenciar o desenvolvimento de competências comuns e específicas na área da Enfermagem Médico-Cirúrgica, em conformidade com o Regulamento n.º 140/2019 e o Regulamento n.º 429/2018; e iv) demonstrar a aquisição das competências de Mestre previstas no Decreto-Lei n.º 65/2018.

O Ensino Clínico I — “Cuidar em sala operatória” — foi creditado pelo Conselho Técnico-Científico, em reconhecimento das competências previamente adquiridas ao longo da minha experiência profissional. O Estágio com Relatório incluiu dois módulos: o Módulo I, realizado numa unidade de Cirurgia de Ambulatório, e o Módulo II – Opção Clínica. O aprofundamento de competências incidiu na segurança perioperatória em cirurgia geral em contexto de ambulatório, alinhado com interesses pessoais e profissionais, visando a consolidação de competências especializadas para uma prática eficaz e segura.

Os contextos de prática especializada proporcionaram experiências diversificadas que consolidaram a intervenção enquanto futuro Enfermeiro Especialista, com foco no cuidado seguro à pessoa em situação perioperatória e na minimização de riscos associados à administração de medicamentos LASA. Este caminho contribuiu de forma significativa para o desenvolvimento de competências avançadas e para a consecução do perfil de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. A metodologia adotada foi descritiva e analítica, sustentada numa análise crítico-refletiva das atividades desenvolvidas, permitindo fundamentar e integrar o conhecimento adquirido.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatória; Procedimentos Cirúrgicos Ambulatórios; Segurança do Paciente; Medicamentos LASA; Gestão de Risco.

ABSTRACT

This report is part of the Master's Degree in Medical-Surgical Nursing, in the field of Perioperative Nursing, at Escola Superior de Saúde de Santa Maria, in partnership with Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, within the curricular unit Clinical Placement with Report. The objectives are: i) to describe the state of the art on safe practices in ambulatory surgery care, with a focus on risk management related to LASA (look-alike, sound-alike) medications; ii) to illustrate the acquisition of critical thinking and clinical reasoning skills derived from practical experiences; iii) to demonstrate the development of core and specific competencies in Medical-Surgical Nursing, in accordance with Regulation no. 140/2019 and Regulation no. 429/2018; and iv) to evidence the attainment of Master's level competencies, as established in Decree-Law no. 65/2018.

The first clinical placement — “Caring in the operating room” — was credited by the Technical-Scientific Council, in recognition of competencies previously acquired. The Clinical Placement with Report comprised two modules: Module I, conducted in an ambulatory surgery unit, and Module II – Clinical Option. The specialization focused on perioperative safety in general ambulatory surgery, reflecting both personal and professional interests, with the aim of consolidating specialized competencies for safe and effective practice. A descriptive and analytical methodology was adopted, grounded in a critical-reflective analysis of the activities carried out, enabling the integration of knowledge acquired and developed throughout the process of specialized competency acquisition. The diverse specialized practice contexts provided rich experiences that consolidated the role as a future Nurse Specialist, with an emphasis on safe perioperative care and on minimizing risks associated with LASA medication administration. This trajectory significantly contributed to the development of advanced competencies and to fulfilling the profile of a Master in Medical-Surgical Nursing.

Keywords: Perioperative Nursing; Ambulatory Surgical Procedures; Patient Safety; Medication Errors; Look-Alike Sound-Alike Drugs; Risk Management.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	3
RESUMO	6
INTRODUÇÃO.....	12
CAPÍTULO I. REVISÃO NARRATIVA: PRÁTICAS SEGURAS E GESTÃO DO RISCO DE MEDICAMENTOS LASA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO	15
1.1. Conceito e Classificação de Medicamentos LASA.....	15
1.2. Fatores que contribuem para erros com LASA	18
1.3. Estratégias de prevenção e mitigação de erros com medicamentos LASA na cirurgia de ambulatório	22
1.4. Estratégias integradas e multicomponentes no perioperatório	31
1.5. Impacto dos Erros LASA na Segurança do Doente	32
CAPÍTULO II. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA	35
2.1. O papel do enfermeiro circulante e instrumentista no bloco operatório.....	35
2.2. Caracterização do contexto institucional.....	37
CAPÍTULO III. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA	39
2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal	40
2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade	45
2.3 Domínio da gestão de cuidados	50
2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais	53
CAPÍTULO IV - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA.....	57

4.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa	58
4.1.1 Capacita a pessoa/família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica;	59
4.1.2 Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória.....	63
4.1.3 Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional.....	66
4.2 Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	70
4.2.1 Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório.....	70
4.2.2 Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios	75
4.2.3 Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório.....	81
CAPÍTULO IV – REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE	84
CONCLUSÃO.....	90
BIBLIOGRAFIA	93
APÊNDICES	116
Apêndice 1 - Panfleto Informativo sobre Cirurgia ao Quisto Sacrococcígeo	117
Apêndice 2 - Apresentação sobre a Segurança na Utilização da Medicação	119
Apêndice 3 - Apresentação sobre a Segurança e Gestão de Risco Perioperatório: Ferramenta de Comunicação ISBAR	131

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1.....	17
Figura 2.....	25
Figura 3.....	29

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Recomendações do ISMP e FDA para identificação e gestão de medicamentos	
LASA	23

INTRODUÇÃO

A Enfermagem perioperatória tem passado, nas últimas décadas, por um processo contínuo de transformação, impulsionado pelos avanços científicos, pela inovação tecnológica e pela ação de entidades reguladoras que têm como meta a melhoria da segurança e da qualidade dos cuidados. O desenvolvimento e integração de tecnologias, como a prescrição assistida por informática (*computerized provider order entry*), os registos eletrónicos de administração de medicamentos (*electronic medication administration records*) e os sistemas de código de barras, demonstraram reduzir de forma significativa os erros de medicação e otimizar a segurança do doente em contextos cirúrgicos, contribuindo para a eficiência dos processos assistenciais (Ye, 2023). Ao mesmo tempo, a complexificação dos contextos clínicos e a exigência crescente de resultados de excelência têm potenciado a valorização de papéis especializados de Enfermagem. A adoção de soluções digitais e tecnológicas no ponto de cuidado, incluindo sistemas de apoio à decisão clínica e ferramentas de inteligência artificial, é considerada promissora para a melhoria dos resultados perioperatórios e para o fortalecimento da prática baseada na evidência (Ahmed et al., 2025; Alqaraleh et al., 2025). Neste enquadramento, a Ordem dos Enfermeiros reforça a necessidade de garantir equipas dotadas do número adequado de profissionais qualificados, capazes de assegurar uma prestação de cuidados atempada, segura e eficaz (OE, 2019).

O presente relatório insere-se no Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, desenvolvido pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria em parceria com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório. Os objetivos definidos incluem a descrição do estado da arte sobre práticas seguras na cirurgia de ambulatório, com especial foco na gestão do risco associado a medicamentos LASA (*look-alike, sound-alike*); a ilustração da aquisição de competências de reflexão crítica e raciocínio clínico; a evidência do desenvolvimento de competências comuns e específicas, de acordo com os Regulamentos n.º 140/2019 (OE, 2018) e n.º 429/2018 (OE, 2018); e a demonstração da aquisição de competências de Mestre, conforme o Decreto-Lei n.º 65/2018 (PCM, 2018).

O Ensino Clínico I — Cuidar em sala operatória — foi creditado pelo Conselho Técnico-Científico em reconhecimento de mais de seis anos de experiência profissional no Serviço de Cirurgia de Ambulatório, a exercer funções em anestesia, circulação, recobro e instrumentação em múltiplas especialidades. O Estágio com Relatório compreendeu três módulos: o primeiro, realizado numa Unidade de Cirurgia de Ambulatório; o segundo, de opção clínica; e o terceiro, correspondente à elaboração do presente relatório.

Ao longo do percurso académico, surgiu um interesse particular pela segurança perioperatória, especificamente no que concerne à prevenção de erros relacionados com os medicamentos LASA. A literatura recente confirma que estes medicamentos representam um risco significativo, estimando-se que estejam envolvidos em até 25 % dos erros de medicação, devido a semelhanças na grafia, pronúncia ou embalagem (Meyer & McAllister, 2023; WHO, 2022). Um estudo australiano recente evidenciou que, entre os incidentes de medicação identificados no contexto perioperatório, 18,7 % estavam associados a LASA, sendo a semelhança na embalagem um dos fatores determinantes em mais de 65 % dos casos (Ryan et al., 2025). A cultura de segurança constitui, assim, um eixo estruturante para a qualidade assistencial e para a confiança no sistema de saúde. A implementação de estratégias como *tall-man lettering*, codificação por cores, sistemas de prescrição eletrónica e rastreabilidade por código de barras tem demonstrado impacto positivo na redução de erros e no fortalecimento de práticas seguras, exigindo uma abordagem sistémica e sustentada na evidência (Khoury & Usta, 2024).

Neste sentido, este trabalho procura alinhar-se com este princípio, adotando uma metodologia descritiva e analítica, apoiada numa reflexão crítica sobre as atividades desenvolvidas e ancorada na prática baseada na evidência, com recurso a fontes científicas atuais e de elevada credibilidade, provenientes de bases como PubMed, EBSCO, SciELO e Google Scholar. O relatório estrutura-se em quatro capítulos: o primeiro apresenta uma revisão narrativa sobre práticas seguras e gestão do risco associada a medicamentos LASA, contextualizando os ensinamentos clínicos; os capítulos seguintes abordam a análise e reflexão sobre o desenvolvimento das competências comuns, específicas e de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica.

Este trabalho foi elaborado em conformidade com a 7.^a edição das normas de referência da *American Psychological Association* (APA), adotadas pela Escola

Superior de Enfermagem de Santa Maria como padrão para a redação de trabalhos académicos.

CAPÍTULO I. REVISÃO NARRATIVA: PRÁTICAS SEGURAS E GESTÃO DO RISCO DE MEDICAMENTOS LASA NA CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

A segurança na administração de medicamentos é um pilar essencial da Enfermagem perioperatória, especialmente no contexto da cirurgia de ambulatório. Nestes ambientes, a heterogeneidade de procedimentos exige intervenções rápidas e precisas, tornando o risco de erros particularmente elevado. Entre esses riscos, destacam-se os medicamentos LASA (*look-alike, sound-alike*), cujos nomes ou embalagens semelhantes aumentam significativamente a probabilidade de ocorrência de eventos adversos (Ryan et al., 2025; WHO, 2023a). No ambiente perioperatório, os riscos relacionados com rótulos e embalagens similares persistem como fatores críticos, apesar de diversas recomendações para mitigação (Irene Lizano-Díez et al., 2020). Uma investigação no âmbito hospitalar australiano revelou que, entre os incidentes de medicação perioperatória reportados, 18,7% foram atribuíveis a LASA — e, em 65,2% dos casos, a embalagem foi identificada como um fator importante (Ryan et al., 2025). Este resultado reforça que as falhas no design das embalagens ou nas estratégias de armazenamento constituem pontos vulneráveis em todo o ciclo de medicação. Perante estes dados, esta revisão narrativa propõe-se a consolidar o estado da arte sobre práticas seguras e gestão de risco associadas a medicamentos LASA em cirurgia de ambulatório. O objetivo é fornecer uma base sólida para o desenvolvimento de competências especializadas em Enfermagem perioperatória, alinhadas com uma cultura organizacional de segurança do doente. Este capítulo sustenta-se num interesse pessoal e profissional na segurança do doente e na melhoria contínua da prática clínica.

1.1. Conceito e Classificação de Medicamentos LASA

A designação internacional *look-alike, sound-alike* (LASA) inclui medicamentos cuja semelhança ortográfica ou visual (nome, rótulo, cor, formato da embalagem) e/ou semelhança fonética (som do nome quando pronunciado) é suficientemente grande para induzir seleção errada durante o ciclo do medicamento, desde a prescrição até à administração. A Organização Mundial da Saúde descreve claramente estas dimensões e documenta que as confusões podem ocorrer entre nomes de marca, genéricos ou mesmo

entre diferentes dosagens e apresentações, sublinhando o carácter transversal e persistente do fenómeno na segurança do doente (WHO, 2023a).

No plano operativo, compreender o que é e como se classifica um medicamento LASA é determinante para orientar medidas de prevenção. A literatura recente em contexto perioperatório evidencia um problema multifatorial: para além da semelhança nominal, fatores de design (tipografia, contraste, hierarquia visual), de embalagem (cor, tamanho, forma do frasco/ampola) e de contexto (iluminação, interrupções, pressão de tempo) modulam o risco de confusão e devem integrar qualquer taxonomia prática. Uma *scoping review* internacional publicada no *International Journal of Clinical Pharmacy* mapeou os incidentes LASA no perioperatório e mostrou que as recomendações mais frequentemente reportadas incidem na padronização da rotulagem e no armazenamento segregado, mas apontou a necessidade de avaliar melhor a efetividade clínica de soluções tecnológicas, como armários automatizados e apoio eletrónico à decisão (Ryan et al., 2024).

A classificação dos medicamentos LASA pode basear-se em três dimensões fundamentais: i) tipo de semelhança — visual ou fonética; ii) natureza do nome — genérico, comercial ou Denominação Comum Internacional (DCI); e iii) grau de risco clínico, considerando o potencial de dano caso o medicamento incorreto seja administrado. A estratificação por risco é especialmente relevante para fármacos com índice terapêutico estreito, nos quais pequenas variações de dose ou substância ativa podem ter consequências graves (Ryan et al., 2024). Estudos recentes mostram que, em ambientes hospitalares perioperatórios, os medicamentos LASA são mais frequentemente identificados em grupos terapêuticos como anestésicos, anticoagulantes, opióides, insulinas e agentes quimioterápicos, dada a elevada utilização e o risco associado ao seu manuseamento (Ryan et al., 2025).

A Figura 1 apresenta exemplos concretos de medicamentos *look-alike*, nos quais a similaridade na cor do rótulo, na disposição da informação e no formato da embalagem pode induzir à seleção incorreta. Estes casos evidenciam o risco acrescido em contextos onde a decisão sobre a administração é tomada sob pressão de tempo, como no bloco operatório ou em unidades de cirurgia de ambulatório.

Figura 1

Exemplos De Look-Alike Drugs.



Nota: A – Pyrolate (Glycopyrrolate) e Tropine (Atropine) Injection; B – Augmentin DUO e Augmentin DDS Syrup. Fonte: A autora.

A padronização internacional de listas de pares LASA é outro pilar para a identificação sistemática. A lista atualizada do *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP, 2023) agrega combinações frequentes reportadas a nível internacional e recomenda medidas específicas para reduzir confusões, como *tall-man lettering* em nomes críticos, inclusão simultânea de nomes genéricos e comerciais e configuração de sistemas informáticos para restringir pesquisas por mínimo de caracteres, mitigando sugestões ambíguas. Estas listas, quando adaptadas ao formulário institucional, funcionam como base normativa para etiquetagem diferenciada, separação física e dupla verificação em pontos críticos do processo (ISMP, 2023).

Assim, um enquadramento classificativo robusto para medicamentos LASA, aplicável à cirurgia de ambulatório, deve integrar: a distinção explícita entre semelhança visual e fonética; a identificação do nível de nomenclatura implicado (genérico, marca, DCI); e a estratificação de risco clínico que considere fatores de design da embalagem/rotulagem e condições contextuais do trabalho perioperatório. A articulação deste enquadramento com listas internacionais (ISMP) e com recomendações normativas (OMS), bem como com evidência sobre eficácia de técnicas de diferenciação tipográfica, fornece a base técnica para políticas institucionais, auditoria contínua e priorização de intervenções de maior impacto (ISMP, 2023).

1.2. Fatores que contribuem para erros com LASA

Os erros que envolvem os medicamentos LASA resultam de uma confluência de determinantes que atravessam o desenho dos fármacos e das suas embalagens, o ambiente físico e sociotécnico de trabalho, a organização dos processos, as ferramentas tecnológicas e fatores cognitivos e linguísticos. No perioperatório — e, em particular, na cirurgia de ambulatório — a intensidade do fluxo de tarefas, a pressão temporal e a elevada rotatividade de doentes criam condições de alto risco para confusão entre nomes ou apresentações semelhantes. A literatura mais recente mostra que estes eventos não são residuais: num hospital regional australiano, a análise de cinco anos de incidentes reportados identificou que 18,7% dos erros de medicação perioperatórios eram LASA, sendo que 65,2% tinham contributos diretos do design/embalagem e 20% foram classificados como alto risco, sinalizando a relevância clínica do problema e o papel determinante da apresentação visual na génese do erro (Ryan et al., 2025).

Do ponto de vista do design e apresentação, a semelhança cromática, a hierarquia tipográfica pouco diferenciada, a proximidade visual de concentrações e a reutilização de esquemas gráficos entre fabricantes ou dentro do mesmo fabricante favorecem erros de seleção, sobretudo quando a preparação/administração é feita sob pressão. Uma *scoping review* recente mapeou sistematicamente os incidentes LASA no perioperatório e concluiu que os rótulos e as embalagens são fatores recorrentes; apesar de frequentemente se recomendarem medidas de “baixa-tecnologia” — como separação física e rotulagem reforçada — ainda faltam estudos de efetividade clínica robusta sobre intervenções tecnológicas no bloco operatório (por exemplo, armários automatizados com lógica de segregação e *decision support* no ponto de uso) (Ryan et al., 2024).

Nas condições ambientais e organizacionais, a literatura evidencia que interrupções, ruído, iluminação subótima e carga de trabalho elevada diminuem a atenção e aumentam a propensão a decisões rápidas com base em pistas visuais superficiais (cor, forma), amplificando o risco LASA. A mesma *scoping review* salienta que estes ambientes de stress são estruturais no perioperatório e não “acidentais”, razão pela qual estratégias sólidas de engenharia de processos são tão importantes quanto soluções de *packaging* e de nomenclatura (Ryan et al., 2024).

Os fatores cognitivos e linguísticos também contribuem para erros com LASA. Semelhanças fonéticas entre nomes — especialmente em comunicação verbal durante

procedimentos ou em situações de urgência — podem originar ordens e registos incorretos. Embora parte deste risco seja mitigável com redundâncias (repetição em voz alta, *read-back*, confirmação pelo par clínico), a investigação experimental também demonstra que intervenções ao nível tipográfico podem reduzir a confusão visual entre nomes. Em *in situ simulation* com monitorização ocular, o *tall-man lettering* diminuiu a taxa de identificação incorreta de seringas e melhorou a atenção visual de enfermeiros de cuidados críticos, sustentando a adoção desta prática em ambientes de alto risco; como esperado, o efeito é mais pronunciado em tarefas de leitura/seleção visual do que em comunicação puramente auditiva (Lohmeyer et al., 2023).

A infraestrutura tecnológica institui, por sua vez, barreiras de defesa variáveis. A adoção de BCMA (*bar-code medication administration*) e de prescrição/validação eletrónica pode reduzir erros de seleção e administração quando a adesão operacional é elevada e os fluxos estão bem desenhados. Um estudo de melhoria documentou a integração de BCMA em bombas de perfusão para automatizar a dupla verificação no arranque/substituição de seringas, apontando redução de erros de administração e aumento de conformidade — reforçando que o benefício depende de desenho de processo e *compliance*, não apenas da tecnologia em si (Manon et al., 2023). Em paralelo, uma síntese metodológica recente sobre BCMA sugere a redução consistente de erros de administração em contextos hospitalares quando a rastreabilidade é fechada (*closed-loop*), embora reconheça heterogeneidade de resultados e lacunas de evidência específica para o perioperatório (Tan et al., 2024).

Ruutinen et al. (2021) realizaram um estudo multicêntrico em hospitais de diferentes países europeus para avaliar a eficácia dos armários de dispensação automatizados (ADC) na redução da exposição a medicamentos *look-alike*, *sound-alike*. Apesar dos ADC serem frequentemente apontados como uma barreira tecnológica para minimizar erros — permitindo controlo de acessos, rastreabilidade e segregação física — os autores identificaram que o risco não é completamente eliminado. A investigação combinou auditorias presenciais e análise de registos eletrónicos (*logs*) dos ADC, com o objetivo de identificar potenciais pontos de falha. Os resultados mostraram que, em mais de 30% das unidades analisadas, pares de medicamentos LASA estavam armazenados em proximidade física ou sob nomenclatura ambígua no *software*. Estes problemas eram agravados pela ausência de padronização rigorosa na forma como os nomes eram

introduzidos no sistema (por exemplo, abreviaturas inconsistentes, diferenças entre DCI e nome comercial) e pela falta de uniformidade na etiquetagem local das gavetas e frascos.

Os autores destacaram que a organização física interna das gavetas era frequentemente determinada por conveniência de espaço e não por critérios de segurança, ou seja, mesmo com o acesso controlado, a proximidade visual de fármacos semelhantes continuava a favorecer erros de seleção, sobretudo em contextos de alta pressão temporal, como ocorre no perioperatório. Outro ponto crítico identificado foi a lacuna na integração dos ADC com listas institucionais de LASA, como as do ISMP. Em muitos casos, o software não estava configurado para emitir alertas específicos ou bloquear a abertura simultânea de gavetas que contivessem pares LASA de alto risco (Ruutiainen et al., 2021). Para além disso, um trabalho de investigação realizado em 2021 modelou discrepâncias em ADC e mostrou que eventos não reportados podem ser substantivos, revelando a necessidade de auditorias proativas baseadas em *logs* e reconciliação entre sistemas, sob pena de se manter uma “zona cega” de incidentes e quase-erros (Fong et al., 2022).

A governação do medicamento e a regulação de nomes são determinantes “a montante” do risco LASA. No espaço europeu, a atualização da orientação da EMA sobre aceitabilidade de nomes (em vigor desde 1 de janeiro de 2024) clarifica critérios para evitar colidências ortográficas/fonéticas, incluindo o conceito de “erro cognitivo” na avaliação, e reforça procedimentos para submissão e escrutínio de nomes inventados no procedimento centralizado — medidas com impacto direto na prevenção primária de novos pares LASA (CMPHU, 2023; CMS, 2024). A nível global, a OMS incorporou o tema LASA no *Global Patient Safety Challenge – Medication Without Harm* (WHO, 2023a), com materiais técnicos e *policy briefs* recentes (2023–2024) que recomendam explicitamente eliminar nomes LASA e harmonizar aparência de genéricos do “mesmo” medicamento entre fabricantes, para reduzir variação visual de apresentações equivalentes (WHO, 2023a). Outro vetor relevante é o papel do farmacêutico perioperatório e de equipas multidisciplinares de segurança do medicamento. Uma revisão sistemática de 2025 evidencia que intervenções farmacêuticas multicomponentes — reconciliação terapêutica, revisão independente, padronização de rótulos/seringas, *coaching* da equipa — reduzem erros em ambientes cirúrgicos de alto risco; a revisão

alerta, contudo, para a necessidade de padronizar desfechos e metodologias para melhor quantificar o efeito em LASA especificamente (Naseralallah et al., 2025).

Em paralelo, um artigo de 2025 na *British Journal of Anaesthesia* detalha um redesenho do processo do medicamento no perioperatório (do armazenamento à administração) com recomendações de segurança que incluem segregação visual reforçada, *pre-filled syringes* padronizadas e verificação eletrônica, ilustrando como a arquitetura de sistema e a cultura de segurança precisam caminhar juntas (Ribed et al.). Importa sublinhar que a interação entre fatores é a regra e não a exceção. O estudo citado, ao mapear incidentes com a ferramenta local de gestão de risco, mostra que a maioria dos eventos LASA tem multicausalidade: um rótulo semelhante pode não gerar erro isoladamente, mas, combinado com iluminação deficiente, interrupções e ausência de barreiras como dupla verificação ou BCMA, torna-se o gatilho final da falha. Esta visão sistêmica (e não “individualizante”) é consistente com a literatura contemporânea de segurança do doente e explica por que motivos intervenções singulares — por exemplo, só mudar o rótulo — por vezes falham em demonstrar impacto sustentado: sem redesenhar processos e ambiente, a intervenção perde eficácia (Ryan et al., 2024; Ryan et al., 2025).

Finalmente, há lacunas de conhecimento que a literatura dos últimos anos tem vindo a expor e que são pertinentes para a cirurgia de ambulatório: a) escassez de ensaios pragmáticos que testem combinações de medidas (por exemplo: *tall-man lettering* combinado com BCMA e ADC com lógica de bloqueio) com desfechos clínicos e não só *surrogate outcomes*; b) necessidade de taxonomias institucionais de LASA conectadas a listas internacionais (ISMP, 2023) e alinhadas com formulários locais, assegurando que *alerts* informatizados sejam salientes mas evitem fadiga de alarme; c) avaliação de custo-efetividade de medidas de alto investimento no contexto perioperatório, para suportar adoção sustentada (Lohmeyer et al., 2023; WHO, 2023a).

Em conjunto, a evidência recente convergente indica que a prevenção de erros LASA no perioperatório exige engenharia de sistema: diferenciação visual e tipográfica baseada em evidência, *layout* e segregação física inteligentes, tecnologias de rastreabilidade e verificação (BCMA, prescrição/validação eletrônica, ADC configurados com regras de segurança), listas LASA institucionais dinâmicas alinhadas com ISMP e orientações OMS/EMA, e uma cultura de equipa que privilegie redundâncias cognitivas

(dupla verificação estruturada, *read-back*) sem penalizar a notificação de incidentes. Trata-se de um problema multifatorial e, portanto, as soluções eficazes são necessariamente multicomponentes e contextualizadas à realidade da cirurgia de ambulatório (CMPHU, 2023; Manon et al., 2023; Ruutiainen et al., 2021).

1.3. Estratégias de prevenção e mitigação de erros com medicamentos LASA na cirurgia de ambulatório

A prevenção de erros com medicamentos LASA em cirurgia de ambulatório requer uma engenharia de sistema que combine intervenções de baixo custo e rápida implementação, digitalização segura do processo do medicamento, padronização visual e organizacional, e uma cultura de segurança que privilegie redundâncias inteligentes e aprendizagem contínua. O alinhamento com referenciais internacionais (OMS/WHO, ISMP, EMA) permite uniformizar critérios, reduzir variabilidade e sustentar a melhoria contínua com indicadores e auditorias periódicas (CMPHU, 2023; ISMP, 2023; WHO, 2023a).

Entre as estratégias tipográficas, o *tall-man lettering* permanece como técnica com evidência experimental recente. Um estudo publicado no *BMJ Quality & Safety* avaliou o comportamento visual de enfermeiros em contexto simulado, mostrando redução da taxa de erro na identificação de nomes em rótulos de seringas quando se aplicou *tall-man lettering*, o que respalda a sua utilização em ambientes de alto risco e informa critérios de desenho de rótulos e interfaces. Resultados de *eye-tracking* reforçam, ainda, que a posição e a saliência das letras maiúsculas influenciam a atenção e a acuidade de reconhecimento (Lohmeyer et al., 2023).

Entre as medidas de implementação imediata destacam-se a diferenciação tipográfica dos nomes (incluindo *tall-man lettering*), a rotulagem reforçada e a segregação física de fármacos semelhantes ao nível do armazenamento e do ponto de preparação/administração. A evidência experimental de contexto clínico simulado mostra que o *tall-man lettering* reduz a taxa de identificação incorreta de seringas e melhora a atenção visual de enfermeiros, suportando o seu uso em áreas de alto risco; os ganhos são particularmente consistentes em tarefas de leitura/seleção visual (mais do que em comunicação puramente auditiva) (Lohmeyer et al., 2023). Para maximizar consistência,

recomenda-se alinhar o padrão local de *tall-man lettering* e os pares priorizados com a lista atualizada de nomes frequentemente confundidos do ISMP (2023).

No sentido de uniformizar quais letras colocar em maiúsculas, o ISMP adota a metodologia CD3, que sugere trabalhar a partir da esquerda do nome do fármaco colocando em maiúsculas todos os caracteres divergentes, e depois, da direita para a esquerda, a minúsculas as letras comuns. Este método, seguido também pela FDA, promove consistência visual e reduz risco de confusão entre medicamentos LASA. A Tabela 1 sintetiza as principais recomendações ISMP/FDA para identificação, armazenamento e prescrição de medicamentos LASA, aplicáveis ao contexto da cirurgia de ambulatório e operacionalizáveis pela equipa de enfermagem perioperatória.

Tabela 1

Recomendações Do ISMP E FDA Para Identificação E Gestão De Medicamentos LASA. Fonte: Institute for Safe Medication Practices (2023).

Nº	Recomendação
I	Rotular todos os medicamentos LASA com ponto vermelho para identificação rápida.
II	Armazenar atrás de fechadura e separados do restante stock.
III	Verificar por dois profissionais em todas as etapas (prescrição, pedido, dispensação, administração e monitorização).
IV	Criar lista hospitalar de medicamentos LASA aprovada pela farmácia e comité terapêutico e disseminar junto da equipa.
V	Codificar por cores os armários de armazenamento para diferenciar LASA (ex.: azul para “look-alike”, rosa para “sound-alike”).
VI	Evitar armazenamento conjunto de pares LASA.
VII	Evitar adicionar ao formulário hospitalar medicamentos com aparência ou pronúncia semelhantes.
VIII	Minimizar prescrição de marcas com potencial de confusão; prescrição deve ser clara e legível.
IX	Evitar ordens verbais; quando inevitáveis, restringir a profissionais habilitados e confirmar.

A segregação física no armazenamento (separar pares LASA, usar prateleiras/caixas dedicadas, cores padronizadas para alertas visuais) deve ser replicada nos pontos de uso (carros de medicação, mesas de anestesia, postos de preparação), para evitar “reconvergência” de apresentações semelhantes logo antes da administração. A OMS, no âmbito do *Medication Without Harm*, inclui a padronização de apresentação e a eliminação de variação visual desnecessária entre apresentações equivalentes como prioridade política e operacional (WHO, 2023b).

A administração com código de barras (BCMA), quando integrada de forma eficaz no fluxo de trabalho, constitui uma barreira robusta contra a seleção e administração erradas: estudos de melhoria e antes-e-depois em contexto de bloco operatório mostram que a BCMA acoplada a bombas de perfusão automatiza a dupla verificação em eventos críticos (arranque/substituição de seringa) e aumenta a conformidade com o *double-check*, reduzindo erros de administração — sendo o efeito dependente de adesão e desenho de processo (Hogerwaard et al., 2023; Manon et al., 2023). Os resultados mais recentes sugerem que os sistemas de gestão de medicação com ciclo fechado — que integram prescrição eletrónica, validação e BCMA — têm potencial para reduzir erros de medicação, embora a evidência ainda seja heterogênea e a sua eficácia no contexto perioperatório requerer investigação específica (Zheng et al., 2021).

A utilização e a ergonomia são críticas para que as equipas adiram ao *scan* em cenários de pressão temporal. Um estudo com enfermeiros identificou barreiras como posicionamento do leitor, desenho do *trolley* e percepção de que o *scan* “atrapalha o ritmo”, apesar de reconhecerem ganhos de segurança — sinalizando que a mudança de processo e o design do posto de trabalho são tão importantes quanto a tecnologia em si (Hogerwaard et al., 2023).

Para LASA, os sistemas de apoio à decisão clínica devem incluir: i) alertas específicos para pares LASA institucionais (evitando *alert fatigue*), ii) regras de bloqueio quando o escaneamento não corresponde a prescrição/validação, e iii) restrições de pesquisa (mínimo de caracteres/letras não contíguas) para reduzir sugestões ambíguas ao procurar por nome de fármaco — recomendações alinhadas com ISMP/ECRI (ISMP, 2023). Para além disso, a gestão segura de medicamentos de alerta máximo no perioperatório e, em particular, no contexto da cirurgia de ambulatório, exige uma

abordagem estruturada que inclua todas as etapas do ciclo do medicamento — desde a aquisição até à preparação e administração.

A Figura 2 seguinte sintetiza um conjunto de estratégias recomendadas por entidades como o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP, 2023) e a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2022), que visam reduzir o risco associado a estes fármacos. Estas ações incluem a limitação das apresentações disponíveis no formulário institucional, a utilização de etiquetagem reforçada e *tall-man lettering* para diferenciar nomes semelhantes, a padronização da prescrição com formulários específicos, e a implementação de sistemas de dupla verificação na preparação. Integrar estas medidas de forma transversal garante maior consistência e eficácia na prevenção de erros com medicamentos de alto risco e LASA, ao mesmo tempo que promove a cultura de segurança e o cumprimento de protocolos standardizados.

Figura 2

Processo De Gestão De Medicamentos De Alerta Máximo.



Nota: Este esquema é adaptado das recomendações da OMS e ISMP, contemplando as etapas de compra, armazenamento, prescrição e administração, com estratégias específicas para minimizar o risco de erros e reforçar a segurança do doente. Fontes: ISMP (2023) e WHO (2022).

Os ADC devem ser considerados ferramentas e não “soluções completas”. De facto, sem padronização da nomenclatura no software, etiquetagem local e organização física das gavetas, os pares LASA continuam a ser confundidos dentro dos ADC. Sendo as auditorias periódicas e listas institucionais de LASA incorporadas na base de dados do

ADC são necessárias para reduzir o risco (Hogerwaard et al., 2023). A criação e manutenção dinâmica de uma lista institucional de LASA (derivada da lista ISMP e ajustada ao formulário local) é um pilar estruturante. Esta lista deve: i) mapear todas as apresentações efetivamente utilizadas; ii) atribuir regras de armazenamento/segregação e de rotulagem (*tall-man lettering*, uso de DCI com marca e com indicação), e iii) alimentar o CDSS, o BCMA e o ADC, garantindo coerência entre o mundo físico e o digital. A lista ISMP (2023) oferece uma base validada e atualizada para este trabalho (ISMP, 2023). Em paralelo, procedimentos operacionais padrão devem formalizar dupla verificação estruturada (visual e eletrônica), proibir ordens verbais não urgentes, padronizar seringas pré-rotuladas e definir *layouts* de carros/estações de preparação com zonas de alto risco sinalizadas.

A prevenção primária de novos pares LASA envolve regulação de nomes inventados e harmonização da aparência entre apresentações equivalentes. A EMA atualizou a sua orientação sobre aceitação de nomes (em vigor desde 1 de janeiro de 2024), com critérios mais claros para evitar colidências ortográficas/fonéticas (incluindo “erro cognitivo”), tendo impacto direto na probabilidade de novos LASA entrarem no mercado europeu (CMPHU, 2023; CMS, 2024). No plano global, a OMS, através do *Global Patient Safety Challenge – Medication Without Harm*, reforça medidas de política e *toolkits* para eliminar nomes LASA, harmonizar a aparência de genéricos entre fabricantes e priorizar segurança medicamentosa nas estratégias nacionais e institucionais (WHO, 2023b).

A aplicação destas orientações, contudo, não é homogênea entre regiões e países. Lizano-Díez et al. (2020) analisaram as estratégias de prevenção implementadas na União Europeia para identificar e mitigar erros LASA, constatando que, enquanto o procedimento centralizado de autorização de medicamentos da EMA envolve um grupo de trabalho com representantes das agências nacionais para garantir que os nomes aprovados não geram conflitos em nenhum Estado-Membro, nos procedimentos descentralizados ou de reconhecimento mútuo a verificação é feita de forma independente por cada autoridade nacional, originando inconsistências e lacunas na prevenção.

O estudo supracitado evidenciou que a ausência de critérios uniformes aumenta a probabilidade de introdução de nomes com potencial de confusão no mercado. Entre as recomendações apresentadas, os autores enfatizam a criação de listas harmonizadas de

medicamentos LASA a nível europeu, a adoção de metodologias padronizadas para avaliação de nomes (como o uso sistemático de testes de confusão fonética e ortográfica) e o alinhamento das práticas de rotulagem e embalagem entre países. Um caso paradigmático destacado foi a semelhança entre o antidepressivo Brintellix® (vortioxetina) e o antiagregante plaquetário Brilinta® (ticagrelor), que resultou em confusões clínicas documentadas e levou à alteração do nome Brintellix® para Trintellix® nos Estados Unidos (I. Lizano-Díez et al., 2020). Este exemplo ilustra que, mesmo em mercados com forte regulação, as medidas reativas continuam a ser necessárias na ausência de mecanismos preventivos suficientemente robustos.

Os resultados reforçam ainda que a construção e manutenção de uma cultura de segurança do doente neste domínio devem assentar numa abordagem *top-down*, articulando órgãos reguladores, fabricantes, distribuidores e prestadores de cuidados. Os autores concluem que esforços internacionais coordenados, sustentados em políticas baseadas na evidência e alinhados com orientações da EMA e da OMS, são essenciais para reduzir a variabilidade regulatória e prevenir a entrada de novos pares LASA no mercado, mitigando assim o risco de incidentes evitáveis (I. Lizano-Díez et al., 2020).

Schrader et al. (2020) analisaram a relevância da problemática LASA no contexto domiciliário, onde a ausência de barreiras de verificação adicionais aumenta a vulnerabilidade a erros de medicação. Num universo de 255 770 prescrições avaliadas, verificou-se que 11,4 % apresentavam pares de medicamentos abaixo do limiar crítico de similaridade ortográfica (índice de Levenshtein $\leq 0,4$), evidenciando elevada probabilidade de erro devido à semelhança dos nomes. Estes resultados reforçam que a gestão do risco LASA não é exclusiva do contexto hospitalar ou perioperatório, exigindo políticas e sistemas de nomenclatura que cubram todo o ciclo terapêutico, incluindo a utilização no domicílio.

Um fator adicional que agrava a suscetibilidade a erros é a multiplicidade de nomes que um mesmo medicamento pode assumir (Ryan et al., 2024). Qualquer substância ativa tem pelo menos três designações distintas: i) o nome químico, atribuído segundo a nomenclatura da União Internacional de Química Pura e Aplicada (IUPAC), que descreve a estrutura molecular — por exemplo, *N-acetil-para-aminofenol*; ii) o nome genérico ou denominação comum internacional (DCI), que promove uniformidade na prescrição e comunicação clínica; e iii) um ou mais nomes comerciais, atribuídos por cada

fabricante, frequentemente motivados por estratégias de marketing — como *Tylenol* ou *Panadol* — e que, legalmente, não implicam qualquer superioridade terapêutica. Esta coexistência de múltiplas designações, quando não harmonizada e acompanhada de medidas de diferenciação visual e fonética, aumenta o risco de confusão e justifica a adoção de critérios regulatórios consistentes para a aceitação e gestão de nomes de medicamentos, em consonância com as diretrizes mais recentes da EMA e com as listas de vigilância do ISMP.

A competência da equipa é decisiva. Programas de simulação focados em cenários LASA (com rótulos, embalagens e nomes próximos), combinados com técnicas de *read-back* e *briefings/debriefings* estruturados, melhoram a deteção precoce de inconsistências e a interoperabilidade entre profissões. A evidência de *eye-tracking* em contexto clínico reforça a utilidade do *tall-man lettering* como suporte cognitivo para a equipa, quando treinada para o reconhecer (Lohmeyer et al., 2023). A cultura justa — que privilegia o reporte sem punição, análise sistémica e aprendizagem — é catalisador para que quase-erros LASA sejam notificados e gerem mudanças de processo; métricas de processo (por exemplo, taxa de *scan* BCMA em momentos críticos) e de resultado (erros evitados, *near-misses*) devem ser visíveis e discutidas em reuniões clínicas.

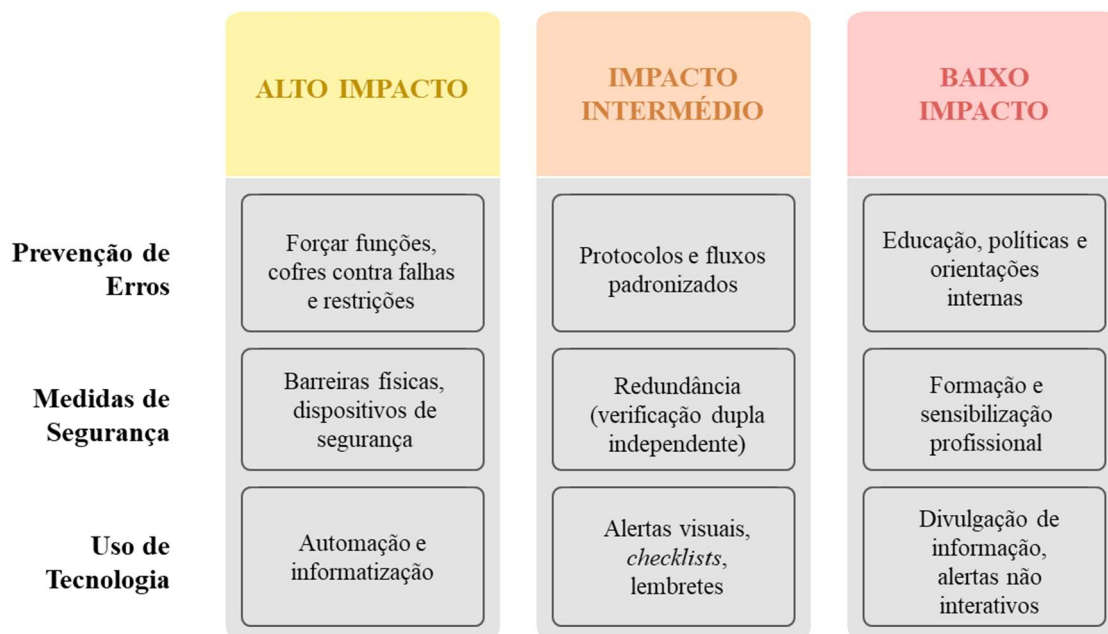
Intervenções multicomponentes lideradas por farmacêuticos — reconciliação terapêutica, revisão independente, padronização de rótulos/seringas, *coaching* junto da enfermagem e anestesia — têm demonstrado reduzir erros em ambientes cirúrgicos de alto risco, embora a literatura aponte necessidade de padronizar desfechos para quantificar melhor o impacto específico em LASA (Hogerwaard et al., 2023). Na prática, integrar farmacêuticos no planeamento de *stocks* de ambulatório, no desenho de etiquetas (com Troca de Marca de Laboratório - TML e DCI) e na auditoria de ADC/BCMA cria uma cadeia de segurança transversal.

A adoção de medidas para prevenir erros com medicamentos LASA deve considerar a sua aplicabilidade, mas também a eficácia real em reduzir o risco. O *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP) sistematizou esta relação através da Hierarquia de Eficácia das Estratégias de Redução de Erros de Medicação (Figura 2), que organiza as intervenções em três níveis: alto, médio e baixo poder de mitigação (ISMP, 2020). As estratégias de alto impacto, como a automatização de processos, leitura de código de

barras, segregação física de medicamentos e sistemas de apoio à decisão clínica, atuam diretamente sobre o desenho do sistema e reduzem significativamente a probabilidade de erro. As estratégias de impacto intermédio incluem a padronização de rótulos, verificação dupla independente e simplificação de fluxos, enquanto as estratégias de baixo impacto se centram em educação, lembretes e políticas organizacionais, que dependem fortemente do desempenho humano e são mais suscetíveis a falhas (ISMP, 2020).

Figura 3

Hierarquia Da Eficácia Das Estratégias De Redução Do Risco Associado A Medicamentos LASA.



Nota: Recomendações do *Institute for Safe Medication Practice*, organizada por níveis de poder de intervenção: elevado (automação, informatização e barreiras físicas), médio (verificação, padronização e alertas) e baixo (educação, políticas e promoção da vigilância). Fonte: ISMP, 2020.

Este modelo alinha-se com o conceito clássico dos “cinco direitos” da administração segura de medicamentos — doente certo, medicamento certo, dose certa, via certa e hora certa — que, embora essenciais, devem ser operacionalizados dentro de um sistema seguro, com múltiplas barreiras e redundâncias (WHO, 2019, 2023a). A integração dos “cinco direitos” na hierarquia do ISMP permite que estas verificações não sejam apenas ações individuais, mas componentes estruturais de um processo robusto de prevenção de erros, aplicado desde a prescrição até à monitorização pós-administração.

A sustentabilidade depende de ciclo de melhoria contínua com dados operacionais. Recomenda-se: i) indicadores de processo (por exemplo, % de *scan* BCMA por etapa crítica; % de conformidade com dupla verificação; n.º de *alerts* LASA revistos/ajustados/mês); ii) indicadores de resultado (taxa de incidentes/quase-erros LASA por 1.000 administrações; tempo até correção após *alert*); iii) auditorias trimestrais a ADC, carros de anestesia e pontos de preparação, com amostras fotográficas dos *sets* de alto risco para verificar manutenção da segregação e padronização visual; reconciliação de *logs* com registos clínicos para identificar zonas cegas; e iv) revisão anual da lista institucional de LASA alinhada à atualização do ISMP e às aquisições de novos produtos (ISMP, 2023).

Nesta linha de pensamento, a *Joint Commission* estabelece na norma MM.01.01.03 que todas as instituições de saúde devem desenvolver e manter uma lista própria de medicamentos de alto risco, bem como definir processos claros para o seu armazenamento, prescrição, dispensação, administração e monitorização (JC, 2023). Apesar da maioria dos hospitais cumprir os requisitos mínimos desta norma, ainda existem instituições que não dispõem de uma lista formal de medicamentos de alto risco ou que a mantêm desatualizada, comprometendo a eficácia das medidas de prevenção de erros (Rodziewicz et al., 2024).

De acordo com o *Institute for Safe Medication Practices* (ISMP, 2023), uma lista institucional de medicamentos de alto risco deve, no mínimo, incluir: eletrólitos concentrados (como cloreto de potássio e cloreto de sódio hipertónico), bloqueadores neuromusculares, todos os tipos de opioides (não só aqueles utilizados em analgesia controlada pelo doente), anticoagulantes, insulina, medicamentos administrados por via peridural ou intratecal e fármacos utilizados em quimioterapia. Para além destes, devem ser adicionados outros medicamentos cujo uso seja particularmente prevalente ou cujo potencial de uso incorreto represente risco significativo para a segurança do doente, ajustando a lista à realidade epidemiológica e terapêutica local (WHO, 2023a).

A literatura reforça que a eficácia desta medida está associada não só à existência da lista, mas também à sua integração nos sistemas de apoio à decisão clínica, nos processos de dupla verificação e nos programas de treino das equipas (ISMP, 2023; WHO, 2023a). Assim, a manutenção de uma lista dinâmica, alinhada com as

recomendações internacionais, constitui um pilar essencial para a prevenção de eventos adversos graves relacionados com medicamentos LASA e outros fármacos de alto risco.

No cenário de ambulatório — ritmos acelerados, alta rotatividade e múltiplas especialidades — as intervenções mais custo-efetivas combinam: i) padrão visual/tipográfico (TML, DCI+marca+indicação); ii) segregação física consistente até ao ponto de uso; iii) BCMA acoplada a bombas inteligentes com regras de bloqueio e CDSS com alertas LASA bem calibrados; iv) listas LASA institucionais integradas em ADC/BCMA/PE; v) simulação e *read-back* como rotina; e vi) cultura justa com reporte e *feedback* rápido. Este conjunto segue o percurso delineado pela OMS/ISMP/EMA e pela experiência empírica recente em blocos operatórios (CMPHU, 2023; ISMP, 2023; Manon et al., 2023; WHO, 2023a).

1.4. Estratégias integradas e multicomponentes no perioperatório

A prevenção de erros com medicamentos LASA na cirurgia de ambulatório e em ambientes perioperatórios exige uma integração sistemática de medidas adaptadas às condições específicas destes contextos. A urgência, a sobreposição de tarefas críticas e o uso frequente de fármacos de elevado risco — aliados à comunicação intensa em equipa — representam um cenário ideal para a ocorrência de falhas, exigindo soluções que transcendam abordagens genéricas (Ryan et al., 2024; WHO, 2023a).

A tecnologia BCMA (*Barcode Medication Administration*) mostra-se uma ferramenta poderosa, porém não isenta de desafios. Um inquérito com enfermeiros revelou que, apesar de reconhecerem benefícios claros — como apoiar os “cinco direitos” da administração medicamentosa — a utilização era afetada por desafios ergonómicos, falhas de integração tecnológica e perceções de aumento de tempo de trabalho (Grailey et al., 2023). Estudos observacionais demonstram que, quando bem implementada, a BCMA reduz erros de administração e reforça a aderência aos protocolos (Mulac et al., 2021). Para além disso, uma abordagem comportamental implementada num hospital do Reino Unido mostrou que, com apoio contínuo e *feedback* aos profissionais, a taxa de *scan* via BCMA aumentou substancialmente, reforçando a importância do contexto local e da motivação da equipa (Grailey et al., 2023). A eficácia de intervenções visuais também é apoiada por estudos sistemáticos. Por exemplo, estudos sobre *tall-man lettering* documentam ganhos na atenção visual e redução de erros de confusão entre nomes

semelhantes, sendo recomendados pelo ISMP, FDA e OMS como parte de estratégias antidote a LASA (Institute for Safe Medication Practices, 2023).

Uma investigação europeia recente destaca o valor da aplicação de cores padronizadas e de dupla verificação estruturada (entre enfermeiro e anestesiológista) em frascos de fármacos críticos. Esta combinação resultou numa diminuição de cerca de 50 % nos erros relacionados com trocas entre vasopressores e anestésicos locais (Ribed et al., 2025). O papel do farmacêutico perioperatório também está a ganhar relevo: uma revisão sistemática de 2024 destaca que intervenções multicomponentes lideradas por farmacêuticos — incluindo reconciliação terapêutica, revisão independente e educação da equipa — tendem a reduzir erros, embora a qualidade dos estudos ainda seja variável e sejam necessários mais ensaios robustos (Naserlallah et al., 2025).

A literatura internacional e nacional convergem assim na apreciação de que os maiores benefícios emergem de estratégias combinadas — ou “multicomponentes” — que envolvem padronizações visuais, tecnologia, protocolos claros e formação contínua. O protagonismo da equipa de enfermagem perioperatória é decisivo — não só na execução, mas na conceção e monitorização das intervenções —, reforçando a segurança através da identificação precoce de discrepâncias nos medicamentos.

Em última instância, a eficácia e a sustentabilidade destas iniciativas dependem da sua integração num sistema de segurança consolidado, com cultura justa e monitorização contínua: auditorias, indicadores de adesão, simulação de cenários LASA, e atualização regular das listas de risco. Estas práticas representam não só a mitigação de eventos adversos, mas também um fortalecimento da competência especializada em enfermagem perioperatória.

1.5. Impacto dos Erros LASA na Segurança do Doente

Os erros relacionados com medicamentos LASA representam uma ameaça persistente e multifatorial à segurança do doente, assumindo especial relevância no contexto da cirurgia de ambulatório, onde os tempos de internamento são curtos, a monitorização pós-operatória é limitada e a elevada rotatividade de casos impõe fluxos rápidos e precisos em todas as etapas do processo medicamentoso (Ryan et al., 2024). A sua gravidade advém não só do potencial para provocar danos clínicos imediatos, mas também de consequências tardias que podem comprometer a recuperação, aumentar a

morbilidade, reduzir a confiança do doente no sistema de saúde e implicar repercussões legais e organizacionais significativas.

Um estudo recente em ambiente perioperatório australiano mostrou que, dos 6 002 incidentes de medicação reportados em cinco anos, 4,1 % corresponderam a erros LASA. Desses, 65,2 % foram atribuídos ao design ou à embalagem dos fármacos, especialmente em contextos de alta rotação como o bloco operatório ou a farmácia hospitalar, identificando um problema profundamente sistémico (Ryan et al., 2025). Uma *scoping review* publicada em 2023 reforçou esse problema, destacando que os incidentes LASA em regiões perioperatórias estão frequentemente relacionados a embalagens e frascos semelhantes. A revisão identificou intervenções de redução de risco — que não envolvem tecnologia — como regulação, padronização de armazenamento, rotulagem reforçada e tampas adaptadas, mas destacou a necessidade de avaliações clínicas robustas para determinar sua verdadeira eficácia (Ryan et al., 2024).

Ainda que os dados específicos sobre os custos atribuíveis exclusivamente a erros LASA em contexto ambulatorio sejam escassos, é amplamente reconhecido que eventos adversos evitáveis relacionados com a medicação acarretam encargos substanciais. Uma análise sistemática de eventos adversos em pacientes hospitalizados identificou uma grande variabilidade nos custos estimados, evidenciando a complexidade da quantificação e o impacto financeiro elevado desses eventos no sistema de saúde (Durand et al., 2024). Para além disso, a Organização Mundial da Saúde, através da iniciativa *Medication Without Harm*, reforça que esses eventos comprometem a confiança dos doentes e das suas famílias no sistema de saúde e minam a perceção de competência dos profissionais (WHO, 2023b). Para os enfermeiros, vivenciar ou testemunhar um erro LASA pode gerar stress moral e sensação de culpa, dificultando a notificação espontânea, especialmente em ambientes onde a cultura de segurança ainda não está consolidada.

Os erros LASA não devem ser encarados como falhas individuais, mas sim como reflexo de fragilidades sistémicas ao longo de todo o ciclo do medicamento — desde a seleção, prescrição, armazenamento, administração até à monitorização. A prevenção eficaz requer, portanto, intervenções integradas: padronização visual (como *tall-man lettering*), segregação física dos fármacos semelhantes, tecnologias de apoio (como BCMA e prescrição eletrónica em ciclo fechado), formação contínua e promoção da cultura justa. Esta abordagem é precisamente recomendada por uma análise sistémica da

segurança do medicamento, que destaca a necessidade de medidas coordenadas em múltiplos níveis organizacionais e tecnológicos para reduzir erros de medicação (Guntschnig et al., 2025).

Assim, o impacto dos erros LASA na segurança do doente não pode ser entendido apenas como a soma de eventos isolados, mas como um fenómeno sistémico que afeta múltiplas dimensões — clínica, económica, psicossocial, organizacional e legal. A mitigação deste impacto exige uma abordagem integrada, que combine padronização visual e tipográfica, tecnologias de apoio à decisão, segregação física rigorosa, formação contínua, cultura justa e envolvimento ativo do enfermeiro especialista perioperatório em todas as fases do processo medicamentoso. O enfermeiro especialista em áreas médico-cirúrgicas tem um papel central na prevenção de incidentes LASA. Estratégias como treino em simulação, leitura crítica de rótulos, verificação independente e intervenção proativa podem interromper eventos adversos antes que atinjam o utente.

CAPÍTULO II. DESCRIÇÃO SUMÁRIA DOS CONTEXTOS DA PRÁTICA CLÍNICA

O ensino clínico constitui, por excelência, um espaço de aprendizagem experiencial e de desenvolvimento profissional, onde a integração de conhecimentos teóricos, técnicos e relacionais se articula com a prática assistencial (Wang et al., 2025). Representa um cenário privilegiado para a aquisição de competências especializadas, sustentadas pela reflexão crítica e pela evidência científica, respondendo às exigências da Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de atuação perioperatória.

O plano curricular do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, contempla duas unidades de ensino clínico: Cuidar em Sala Operatória, Cirurgia de Ambulatório e Estágio de Opção. No meu percurso académico, a creditação do ensino clínico de Cuidar em Sala Operatória foi atribuída mediante a elaboração de um Relatório de Experiência Profissional, que evidenciou, através de um processo reflexivo estruturado, a consolidação de competências adquiridas ao longo de anos de exercício profissional como enfermeira perioperatória. No âmbito desta creditação, foi descrito e fundamentado o percurso profissional no bloco operatório, demonstrando a capacidade de atuação nas diferentes funções e papéis da equipa de enfermagem: enfermeira anestesista, enfermeira circulante e enfermeira instrumentista, cada uma com exigências técnicas e científicas específicas. Esta experiência compreendeu várias áreas cirúrgicas, incluindo cirurgia geral, ginecologia, ortopedia, urologia, cirurgia vascular, estomatologia, oftalmologia, otorrinolaringologia e cirurgia plástica, permitindo consolidar competências na gestão de contextos complexos e de elevado risco clínico.

2.1. O papel do enfermeiro circulante e instrumentista no bloco operatório e de anestesia

O enfermeiro circulante é responsável por assegurar a prestação de cuidados holísticos, garantindo a segurança e o conforto do doente, bem como o apoio técnico à equipa cirúrgica. Segundo a *Association Européenne des Soins Infirmiers Périopératoires* (AORN, 2019), esta função deve ser desempenhada por um profissional experiente, com formação atualizada e capacidade de resposta imediata a situações urgentes ou

emergentes. A prática inclui a gestão logística da sala, a monitorização do ambiente cirúrgico e a comunicação entre os diferentes intervenientes, assegurando que todos os recursos necessários estão disponíveis e funcionais.

Por sua vez, o enfermeiro instrumentista assume um papel eminentemente técnico, centrado na preparação, manuseamento e gestão de instrumentos cirúrgicos, garantindo que a intervenção decorre de forma eficiente e segura. Para além de dominar as especificidades de cada especialidade cirúrgica, o instrumentista deve antecipar as necessidades da equipa e adaptar-se a alterações imprevistas no decurso do ato operatório, mantendo sempre uma visão global do campo cirúrgico e das condições de assepsia (AORN, 2021a).

O exercício da função de enfermeira anestesista assume uma natureza complexa e multifacetada. Envolve a preparação rigorosa e a monitorização contínua da pessoa submetida a intervenção cirúrgica durante o período perioperatório imediato, assegurando a administração segura de agentes anestésicos e de terapêuticas adjuvantes, bem como a avaliação permanente dos parâmetros vitais. Esta função implica comunicação estreita com o anestesiológico, capacidade de resposta rápida a emergências e profundo conhecimento das técnicas e fármacos utilizados (Lekens et al., 2025).

A constante evolução das técnicas cirúrgicas, dos equipamentos e dos materiais exige do enfermeiro de bloco operatório um compromisso permanente com a atualização de conhecimentos. Nesse sentido, desempenha funções como formadora em serviço, em áreas como: integração de novos enfermeiros no bloco operatório, normas de atuação do enfermeiro circulante, emergências clínicas relacionadas com intoxicação por anestésicos locais e prevenção de infeção do local cirúrgico, alinhando estas práticas com as recomendações nacionais e internacionais. A experiência adquirida durante a pandemia de COVID-19, em que desempenhei funções numa unidade de cuidados intensivos, foi igualmente determinante para o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em estado crítico. Esta vivência reforçou a importância da polivalência do enfermeiro especialista, capaz de transitar entre diferentes contextos de elevada complexidade clínica.

2.2. Caracterização do contexto institucional

O ensino clínico foi desenvolvido num Centro Hospitalar da zona Norte de Portugal, instituição pública de gestão integrada no Serviço Nacional de Saúde (SNS), com autonomia administrativa, financeira e patrimonial. Este centro hospitalar integra várias unidades hospitalares, abrangendo doze concelhos de quatro distritos, correspondendo a cerca de 9,95% da população de Portugal continental, segundo os dados dos Censos de 2021 (INE, 2021).

A instituição apresenta uma ampla oferta de serviços diferenciados, apoiada por recursos humanos qualificados e tecnologia de ponta, com o objetivo de prestar cuidados personalizados, humanizados e de elevada qualidade. É certificada pelo modelo de acreditação ACSA – Hospitais e possui serviços certificados segundo a norma NP EN ISO 9001:2015, incluindo Imuno-hemoterapia, Esterilização e Instalações e Equipamentos.

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório está organizada para realizar procedimentos cirúrgicos programados em regime de alta no próprio dia ou, em casos específicos, em regime “*one day surgery*” com pernoita máxima de 24 horas. A unidade é constituída por duas valências, uma das quais equipada para acolher doentes com necessidade de vigilância pós-operatória prolongada. Em 2022, foram realizados 24.573 procedimentos cirúrgicos no centro hospitalar, dos quais 17.246 (70,2%) ocorreram em regime de ambulatório (SNS, 2023). Na valência onde decorreu o meu estágio, foram efetuadas 2.055 cirurgias, predominando as intervenções de pele e tecidos moles (1.378), seguidas de pequena cirurgia (529), cirurgia colorretal (121) e outras de menor volume.

Fisicamente, cada unidade dispõe de salas operatórias totalmente equipadas com marcação cirúrgica, ventilador, monitor multiparamétrico, sistema de aspiração, bisturi elétrico, carro de circulante, carro de anestesia com todo o material necessário, torres de laparoscopia e urologia, microscópio cirúrgico, carro de emergência e diverso material específico por especialidade. As áreas funcionais incluem receção/secretariado, salas de espera para doentes e familiares, vestiários, zonas de transferência, sala de indução anestésica, recobro com capacidade diferenciada, copa, armazéns, farmácia, áreas de limpos e sujos, gabinetes de chefia e de direção clínica. Este desenho arquitetónico e funcional segue as recomendações da *International Association for Ambulatory Surgery* para fluxos seguros e eficientes.

A equipa de enfermagem da UCA é composta por 35 enfermeiros, incluindo uma enfermeira gestora, especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica (alguns com dupla especialização em Reabilitação ou Enfermagem Comunitária) e enfermeiros generalistas. Trabalham em articulação com médicos, técnicos, assistentes operacionais e outros profissionais de apoio. O planeamento dos horários é mensal, garantindo cobertura adequada para todas as especialidades atendidas: ortopedia, urologia, oftalmologia, ginecologia, otorrinolaringologia, cirurgia plástica, cirurgia vascular e cirurgia geral. A equipa pauta-se por uma cultura colaborativa, de partilha de conhecimento e apoio mútuo, que facilita a integração de novos elementos e sustenta práticas seguras. Estão em fase de implementação novas consultas de enfermagem, incluindo a consulta pré-operatória presencial e a consulta pós-operatória aos 30 dias, complementando o atual sistema de follow-up telefónico no dia seguinte à cirurgia.

CAPÍTULO III. DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM MÉDICO-CIRURGICA NA ÁREA DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

O presente capítulo apresenta o processo de aquisição e desenvolvimento de competências comuns do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, focando-se na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. O objetivo é descrever as atividades, estratégias e reflexões desenvolvidas ao longo do percurso formativo que sustentaram este desenvolvimento, em consonância com o definido no Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2019).

A competência, no contexto profissional, representa a capacidade de “saber agir” de forma responsável, segura e eficaz. Implica a mobilização e integração de conhecimentos teóricos, capacidades técnicas, valores éticos e capacidade de tomada de decisão adaptada a diferentes situações clínicas (Notarnicola et al., 2025). Ser competente envolve não só a execução técnica, mas também a análise crítica e a adaptação às necessidades específicas do doente e do contexto, num processo sustentado pela aprendizagem contínua e pela experiência profissional. Os enfermeiros especialistas contribuem de forma significativa para resultados de elevada qualidade, segurança dos cuidados e satisfação dos doentes (Lukewich et al., 2022). Estes profissionais demonstram liderança clínica, gestão de equipas e implementação de práticas fundamentadas em evidência científica.

A certificação de competências clínicas especializadas tem como objetivo assegurar que o Enfermeiro Especialista tenha conhecimentos aprofundados, capacidades técnicas diferenciadas e competências relacionais que lhe permitem atuar ao longo de todos os níveis de prevenção, desde a promoção da saúde até à reabilitação (OE, 2019). De acordo com o mesmo regulamento, o Enfermeiro Especialista é o profissional que presta cuidados de enfermagem especializados nas áreas de especialidade, evidenciando competências científicas, técnicas e humanas. O artigo n.º 3 do Regulamento n.º 140/2019 define as competências comuns como:

“as competências, partilhadas por todos os enfermeiros especialistas, independentemente da sua área de especialidade, demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140/2019, p. 4745)

Neste contexto, a prática clínica do Enfermeiro Especialista é orientada por quatro domínios fundamentais: i) responsabilidade profissional, ética e legal; ii) melhoria contínua da qualidade; iii) gestão de cuidados; e iv) desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2019). Estes domínios estruturam a ação profissional, garantindo que o desempenho do enfermeiro é sustentado por princípios éticos, qualidade assistencial, eficiência organizacional e atualização constante do conhecimento. Assim, nos subcapítulos seguintes, serão documentadas as atividades desenvolvidas, as estratégias aplicadas e as reflexões críticas que evidenciam a aquisição e consolidação das competências comuns do Enfermeiro Especialista, à luz dos quatro domínios referidos, com particular enfoque nas especificidades do contexto perioperatório.

2.1. Responsabilidade profissional, ética e legal

No âmbito do Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o enfermeiro especialista deve “demonstrar um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica”, garantindo práticas que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Esta norma enquadra-se no objetivo do meu estágio: consolidar competências éticas e legais em contexto perioperatório de cirurgia de ambulatório, articulando decisões clínicas com os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça, e reforçando a defesa ativa dos direitos do doente (informação, confidencialidade, consentimento e dignidade) (OE, 2019). Para dar operacionalidade a estes princípios, alinhei a minha prática com o Código de Ética do *International Council of Nurses* (revisão 2021), que enfatiza a responsabilidade profissional, o respeito pela autonomia, a confidencialidade e a prestação de cuidados centrados na pessoa. No âmbito da prática profissional traduziu-se na: apresentação formal ao doente e família, explicação clara e em linguagem acessível dos procedimentos e riscos, promoção do consentimento livre e esclarecido, e salvaguarda contínua da privacidade (resguardar cortinas, modulação da voz, limitação de presença de terceiros) (ICN, 2021). No acolhimento e na transição para o bloco, validei

a existência do consentimento escrito, clarifiquei dúvidas e promovi tempo de reflexão, respeitando objeções e preferências. Em casos de menor literacia em saúde ou fragilidade cognitiva, envolvi familiares/cuidador, assegurando a vontade do doente e o melhor interesse possível (DGS, 2023; ERS, 2023).

A evidência científica demonstra que a disponibilização de informação estruturada no período pré-operatório contribui para a diminuição da ansiedade, o aumento da satisfação do doente e a otimização da recuperação pós-cirúrgica (Ng et al., 2021). Na ausência de uma consulta pré-operatória formal em alguns contextos da instituição onde realizei o estágio, criei, no momento de acolhimento, um “espaço educativo” adaptado ao tempo disponível e às condições do serviço. Este momento incluía explicações verbais segmentadas — para evitar sobrecarga de informação — e a entrega de folhetos informativos específicos para cada tipo de cirurgia.

Esta atuação responde diretamente ao objetivo formativo de conceber, gerir e supervisionar cuidados informados e centrados na pessoa (Fernandes et al., 2024; Ng et al., 2021). Numa das situações vividas, uma doente agendada para cirurgia de ambulatório demonstrava visível ansiedade e verbalizava dúvidas sobre o tempo de recuperação e os cuidados a ter no domicílio. Nesse contexto, para além das orientações verbais, entreguei-lhe um folheto específico sobre os cuidados pós-cirúrgicos, sublinhando pontos críticos como sinais de alarme e restrições temporárias. Durante a explicação, utilizei linguagem simples e pausada, verificando a compreensão com recurso à técnica de *teach-back*. Este método, descrito na literatura como eficaz para melhorar a retenção de informação, revelou-se útil quando a doente, no final, repetiu corretamente as principais recomendações (Seely et al., 2022).

Em áreas com maior exposição, como as zonas de transferência ou o recobro, adotei medidas para garantir a privacidade e a dignidade dos doentes, controlando o ruído, orientando o fluxo de profissionais e visitantes, e utilizando barreiras físicas, como cortinas ou biombos, durante a execução de procedimentos. Esta conduta é consistente com a orientação do ICN (2021) sobre confidencialidade e com a política regulatória portuguesa para direitos dos utentes, reforçando a competência ética de proteger a vulnerabilidade do doente em momentos de elevada ansiedade (ERS, 2023; ICN, 2021). Recordo, por exemplo, o caso de um doente idoso que manifestava constrangimento perante a necessidade de exposição corporal para a colocação de monitores. Para

preservar a sua privacidade, organizei o espaço de forma a cobrir áreas não necessárias à intervenção e minimizei o tempo de exposição. Pequenos gestos como este são, de acordo com a evidência recente, determinantes para a percepção de humanização e para a construção de confiança no profissional de saúde (Talhaoğlu, 2025; Tan et al., 2023).

Para assegurar a segurança clínica e cumprir responsabilidades legais, integrei a Lista de Verificação de Cirurgia Segura em todos os procedimentos e utilizei a ferramenta ISBAR nas transferências de cuidados, como, por exemplo, do bloco operatório para a Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos (UCPA). Diversos estudos recentes indicam que a utilização de *checklists* estruturados durante *handovers* clínicos contribui para a melhoria dos desfechos — ao reduzir omissões de informação e aumentar a qualidade da comunicação (Nasiri et al., 2021). Para além disso, protocolos estruturados de *handover* pós-operatório (com *checklist*) demonstraram reduzir o número de perguntas adicionais dos intervenientes, diminuir omissões e melhorar a eficiência da transferência de cuidados (Qian et al., 2024). Intervenções educativas com simulação, incluindo treino baseado em protocolos como ISBAR combinado com CARE-team, têm promovido mais confiança, melhor estruturação e comunicação mais interativa entre enfermeiros durante *handovers* (Jack Pun, 2023). Por fim, em ambientes de elevado risco, modelos de *handover* padronizados (como o SBAR) são recomendados para reduzir falhas de comunicação e reforçar a continuidade e segurança no cuidado clínico (Fliegenschmidt et al., 2023).

Num turno particularmente intenso no recobro, recebi um doente de cirurgia abdominal com instabilidade hemodinâmica. O *handover* do colega do bloco foi realizado integralmente em formato ISBAR, permitindo-me ter, em menos de dois minutos, uma visão clara do estado clínico, das intervenções realizadas e das prioridades imediatas. Esta estruturação possibilitou uma resposta célere e eficaz, reforçando a importância desta ferramenta na prática clínica. Nas minhas passagens de turno e transferências para UCPA/recobro tardio, apliquei estes elementos (ISBAR e confirmação cruzada), melhorando a tomada de decisão e diminuindo “zonas cinzentas” de responsabilidade (Andreasen et al., 2023; Arriaga, 2021). Ao adotar ISBAR, alinhei a prática com evidência atual e cumpri o objetivo de supervisão/gestão de cuidados com base em recomendações internacionais (Haugen, 2023; Kalsoft et al., 2022; McCarthy et al., 2025).

Quando disponíveis, a consulta e o contacto pré-operatórios — seja presencialmente, por via telefónica ou através de recursos digitais — têm mostrado benefícios claros, como a diminuição da ansiedade e uma melhor preparação do doente (Haugen, 2023; Kalsoft et al., 2022; McCarthy et al., 2025). No contexto de cirurgia de ambulatório, participei em telefonemas de véspera para confirmação de presença e revisão de instruções pré-cirúrgicas, observando que doentes contactados previamente chegavam mais esclarecidos e colaborantes, resultado coerente com estudos anteriores em enfermagem perioperatória (Haugen, 2023; Kalsoft et al., 2022; McCarthy et al., 2025).

A consolidação da competência ética também inclui promover um ambiente não punitivo que favorece notificação de incidentes/quase-erros, aprendizagem e *feedback*. Evidências recentes em enfermagem (2023–2024) associam a perceção de *Just Culture* a maior reporte, melhor comunicação e segurança no perioperatório, ao incentivar o registo de *near-misses* (incluindo LASA) e discutir casos em *debriefings*. Alinhei a minha prática com os princípios de responsabilidade partilhada e melhoria contínua, pilares do perfil do enfermeiro especialista (Han et al., 2024; John et al., 2023; Logroño et al., 2023).

A avaliação pré-anestésica através da classificação *ASA Physical Status* foi outro elemento que utilizei para comunicar com clareza os riscos aos doentes e à equipa, apoiando o processo de consentimento informado. Este tem sido utilizado há mais de 60 anos para comunicar, de forma sucinta, o estado fisiológico e as comorbilidades do doente antes da anestesia. Embora não preveja, por si só, o risco perioperatório, quando integrando outros fatores, como tipo de cirurgia, fragilidade, e nível de descondicionamento, melhora significativamente a estratificação de risco (ASA, 2020).

Esta classificação consiste em seis níveis graduais, do I (pessoa saudável) até ao VI (doente em morte cerebral, candidato à doação de órgãos). O “E” opcional designa procedimentos de urgência, caso o atraso implique risco crítico ao doente (ASA, 2024). Importa ressaltar que estudos contemporâneos revelam que, mesmo com as suas limitações — como variabilidade entre avaliadores — o ASA continua a ter valor preditivo robusto. Este está associado independentemente a complicações pós-operatórias e mortalidade, especialmente em contexto ambulatorial, onde níveis mais elevados de ASA resultam em maior índice de eventos adversos e readmissões (ASA, 2024).

Modelos que combinam ASA com índices de comorbilidades (como Elixhauser) ainda melhoram essa capacidade preditiva (Li et al., 2021). As atualizações da ASA (2020–2024) fornecem exemplos e critérios mais objetivos para esta avaliação, permitindo uma comunicação mais uniforme e baseada em evidência. Durante o estágio, certifiquei-me de registrar o ASA atribuído para cada doente nas passagens de turno e nos *handovers* para a UCPA. Por exemplo, ao comunicar ao anestesiolologista que um doente fora classificado como ASA III, reforcei que se tratava de comorbidade grave com limitações funcionais significativas — como hipertensão mal controlada. Esta abordagem sistematizada orientou uma preparação mais cuidadosa da equipa, ativa o planeamento de recuperação e reforça o compromisso com uma prática segura, informada e ética (ASA, 2021).

Tendo em conta que a transição dos cuidados para a UCPA representa um momento de elevada importância na segurança do doente, como futura Enfermeira Especialista envolvi-me ativamente na tomada de decisões éticas eficazes neste domínio. Demonstrei competências na priorização de emergências e atuei de forma assertiva para garantir a proteção dos direitos do cliente. Por exemplo, em situações de transferência de doentes vulneráveis (idosos ou com défice cognitivo), assegurei que a informação clínica essencial era comunicada de forma completa e estruturada à equipa recetora, utilizando o protocolo ISBAR, de modo a não omitir dados relevantes para a continuidade segura dos cuidados. Noutra ocasião, perante um doente que manifestou desconforto com a presença de vários profissionais durante a vigilância pós-anestésica, solicitei a redução do número de pessoas no espaço, preservando a sua privacidade e intimidade, conforme preconizado pelo Código Deontológico da Ordem dos Enfermeiros OE (2015) e pelas orientações do ICN (2021).

As decisões éticas para o Enfermeiro Especialista são muitas vezes difíceis, mas necessárias no cuidado do cliente cirúrgico. Assim, como estudante da especialidade na área da enfermagem à pessoa em situação perioperatória, assumi uma postura profissional e humana para manter um ambiente tranquilo e seguro, demonstrando disponibilidade, mantendo diálogo assertivo, escuta ativa e empatia. Realizei o levantamento das necessidades do doente/família e a preparação pré-operatória segundo o protocolo de cada especialidade, respeitando sempre a decisão do doente, quer fosse de aceitar ou recusar cuidados/intervenções, e defendendo essa decisão perante a equipa quando necessário.

Todas as ações descritas, nomeadamente educação pré-operatória, proteção da confidencialidade/privacidade, uso de *checklist* e ISBAR, promoção de cultura justa e reporte, materializam as competências comuns do especialista definidas pela OE (conceção, gestão e supervisão de cuidados; suporte à formação e investigação). Estas práticas traduzem o compromisso do enfermeiro especialista em garantir a segurança, os direitos e a dignidade da pessoa cuidada, promovendo simultaneamente a tomada de decisão responsável e a liderança ética na melhoria contínua da qualidade dos cuidados em cirurgia de ambulatório (OE, 2019).

2.2 Domínio da melhoria contínua da qualidade

O domínio da melhoria contínua da qualidade exige do enfermeiro especialista uma atuação proativa e estratégica, centrada na implementação, monitorização e avaliação de práticas que elevem a segurança, eficácia e humanização dos cuidados perioperatórios. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 (OE, 2019), o enfermeiro especialista deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das estratégias na área de governação clínica, bem como no desenvolvimento de práticas de qualidade e programas de melhoria contínua do ambiente terapêutico. Esta atribuição traduz-se num conjunto de competências que vão para além da execução de cuidados: envolve a escuta ativa, a identificação de falhas, a liderança em projetos de melhoria e a colaboração interprofissional.

A qualidade em saúde ganhou centralidade nas políticas públicas e estratégias globais. A OMS lançou o Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021–2030, enfatizando a construção de sistemas e organizações capazes de prevenir danos evitáveis, promover a cultura de segurança e implementar práticas baseadas em evidência e melhoria contínua (WHO, 2021). Em Portugal, o Plano Nacional de Segurança dos Doentes 2021–2026 alinha-se com essa visão, privilegiando pilares estratégicos como cultura de segurança, governança clínica, prevenção de incidentes e educação contínua (DGS, 2021). No ambiente perioperatório, caracterizado pela interação entre recursos humanos, tecnologia e vulnerabilidade do doente, a aplicação destes princípios requer uma base sólida de governança, protocolos claros e monitorização constante (Bass & Hose, 2023). Ferramentas como a Lista de Verificação de Cirurgia Segura da OMS

provam-se eficazes na redução de eventos adversos quando implementadas com adesão e liderança clínica (Bass & Hose, 2023).

Para que o domínio da melhoria contínua da qualidade fosse incorporado na prática diária, desenvolvi diversas iniciativas em alinhamento com os meus objetivos: conceber, gerir e supervisionar cuidados de qualidade. Na realização de cirurgias, particularmente hernioplastias e colecistectomias, adotei o uso consistente da Lista de Verificação de Cirurgia Segura antes da incisão. Esta abordagem segue recomendações internacionais e foi associada a melhores desfechos, redução de mortalidade e complicações (Armstrong et al., 2022). No estágio, verifiquei que a aplicação rigorosa da *checklist* melhorou não só os fluxos de trabalho, mas também a consciência coletiva da equipa durante a hora crítica: preparámos todos os materiais e confirmámos dados importantes (identificação, cirurgia, anticoagulantes, alergias), antes de prosseguir. Paralelamente, adotei uma conduta exemplar nos cinco momentos para higiene das mãos, uso correto de luvas, avaliação sistemática da dor e adesão aos Protocolos Baseados em Evidência Clínica.

A literatura revela que a adesão a estas práticas reduz infeções perioperatórias e melhora o conforto do doente (Simmons et al., 2022). Este cuidado atencioso contribuiu para a segurança do doente e para a construção de confiança. No mesmo sentido de promover cuidados seguros e humanizados, identifiquei a ausência de material informativo sobre os cuidados pós-operatórios específicos para cirurgia ao quisto sacrococcígeo. Para responder a esta lacuna, produzi um folheto claro e objetivo, aprovado pela equipa e entregue aos doentes (Apêndice 1). A evidência atual sustenta que folhetos informativos produzidos no momento certo aumentam a adesão e reduzem as incertezas pós-alta (Brodersen et al., 2023). Paralelamente, dinamizei uma sessão sobre medicamentos LASA (Apêndice 2), promovendo a conscientização e a prevenção de erros, conforme orientação da ISMP (ISMP, 2020). A literatura mostra que formações curtas e experiencialmente baseadas podem reduzir significativamente os eventos relacionados com esses erros (J. Pun, 2023).

Ainda no desempenho do domínio da melhoria contínua da qualidade, reconheci que a comunicação eficaz e a cultura de segurança são fundamentais. Durante as passagens de turno, notei falhas no uso da ferramenta ISBAR. Pelo que resolvi liderar pelo exemplo, utilizando a técnica em todas as transferências clínicas e incentivei colegas

a fazerem o mesmo. Estudos recentes indicam que o uso estruturado do ISBAR, mesmo em contextos bilíngues ou complexos, melhora a compreensão do plano de cuidados e promove maior clareza nas responsabilidades, contribuindo para a segurança do doente. Por exemplo, ao comparar turnos com e sem ISBAR, observou-se que o entendimento da situação clínica aumentou significativamente (J. Pun, 2023).

Simultaneamente, procurei fomentar um ambiente que valoriza o reporte de incidentes e *near-misses*, um passo essencial para consolidar uma cultura de segurança. Embora o reporte não resulte diretamente em soluções, este representa um recurso vital para análise sistêmica e melhorias futuras, em linha com o que evidenciam abordagens consolidadas de segurança do doente. Para além disso, envolvi-me em grupos de trabalho orientados para melhoria de processos perioperatórios, onde contribuí com registos, ideias e a proposta de criar indicadores específicos de infeção do local cirúrgico. A participação ativa dos enfermeiros nas estruturas de governança clínica tem demonstrado elevar significativamente a qualidade assistencial (Ferreira et al., 2025).

No ambiente físico, particularmente no recobro tardio e nas transições entre turnos, identifiquei oportunidades de melhorar o fluxo de trabalho e a organização logística — por exemplo, ao realocar os materiais de emergência junto ao monitor multiparamétrico, reposicionar o carro de anestesia para facilitar o acesso bilateral, e reorganizar o posto de enfermagem de modo a otimizar a visibilidade da pessoa. Estas mudanças pequenas, porém estratégicas, estão alinhadas com as recomendações de ergonomia no bloco operatório, que apontam para ambientes mais seguros e menos suscetíveis a erros operacionais (Fassbinder & Abernathy, 2024).

Adicionalmente, integrei o ciclo reflexão-ação na minha prática clínica, considerando cada procedimento como uma oportunidade de análise crítica e alinhamento com a evidência científica. Por exemplo, ao estudar a prevenção das infeções do local cirúrgico, notei a falta de auditorias regulares. A literatura recente sublinha que a combinação de auditorias clínicas sistemáticas com *feedback* estruturado aumenta significativamente a adesão às práticas de prevenção (Fridrich et al., 2022). Com base nisso, sugeri a adoção de ciclos trimestrais de auditoria com devolução de resultados à equipa, uma proposta bem recebida pela tutora. Para além disso, detetei no ensino clínico uma oportunidade para inovar em qualidade. Quando identifiquei a ausência de materiais informativos sobre os cuidados pós-operatórios de um determinado procedimento,

elaborei um folheto claro e acessível. Estudos apontam que este tipo de recurso educativo fortalece a literacia em saúde e a autogestão do utente (Bulto & Hendriks, 2023).

Durante os ensinamentos clínicos, reconheci ainda que a cultura de segurança nem sempre estava plenamente consolidada: incidentes menores ou *near-misses* eram frequentemente subnotificados, muitas vezes por receio de responsabilização pessoal. Para reverter esta tendência, aproveitei os momentos de *debriefing* para reforçar que a cultura de segurança deve ser não punitiva e orientada para o aprendizado. Estudos recentes reforçam que equipas que percebem a existência de uma *Just Culture* apresentam maiores taxas de reporte e maior eficácia na prevenção de danos clínicos (John et al., 2023).

Ao incentivar os colegas a registar quase-erros e a discutir falhas de forma aberta e construtiva, alinhei a prática profissional com o objetivo de supervisionar cuidados e promover contextos de aprendizagem contínua. A reflexão sobre erros, quando bem conduzida, fortalece a confiança na equipa e reforça o compromisso ético e profissional. A manutenção de um ambiente seguro e limpo no bloco operatório é central para a redução de complicações infecciosas. Observei rigor na separação de circuitos de materiais limpos e contaminados e participei ativamente no cumprimento de *bundles* perioperatórios de prevenção de infeções, que incluem profilaxia antibiótica, normotermia e controlo da glicemia. A evidência recente indica que a adesão integrada a estes *bundles* reduz significativamente a taxa de infeções do local cirúrgico, especialmente quando são compostos por intervenções com base em evidência (Wolfhagen et al., 2022).

A técnica ISBAR foi aplicada de forma consistente nas transferências entre o bloco operatório e a UCPA. Verifiquei que, quando usada adequadamente, diminui interrupções e clarifica responsabilidades, o que é decisivo em contextos perioperatórios complexos. Evidência recente confirma a associação entre *handovers* estruturados e redução de eventos adversos (Lazzari & Rabottini, 2025). Para além disso, dei *feedback* imediato aos colegas sobre sua utilização prática, demonstrando liderança e promovendo uma supervisão colaborativa dentro da equipa multidisciplinar.

A satisfação do doente é um indicador essencial da qualidade assistencial, pelo que participei na recolha e análise de dados de satisfação pós-operatória, focando em aspetos como informação recebida, controlo da dor e tempo de espera. Estudos recentes

reconhecem que a satisfação do doente é uma dimensão importante da gestão da qualidade em saúde (Vladu et al., 2024). Ao contribuir para esse processo, desenvolvi a competência de avaliar resultados e propor melhorias fundamentadas em indicadores objetivos, reforçando o papel do enfermeiro especialista como gestor de qualidade.

No momento da alta, dei especial foco à transmissão de orientações claras e personalizadas, utilizando uma abordagem baseada na comunicação ativa. Para garantir que o doente e a sua família compreendessem corretamente os cuidados pós-operatórios, apliquei a técnica de *teach-back*, solicitando que repetissem as recomendações com suas próprias palavras, e assim confirmar a compreensão dos sinais de alarme e as instruções de autocuidado. Esta prática não só fortalece a segurança do doente como também promove autonomia e confiança no processo de recuperação. Estudos recentes comprovam que intervenções educativas estruturadas, lideradas por enfermeiros no período pós-operatório, reduzem significativamente as readmissões hospitalares e melhoram os resultados no domicílio.

Uma meta-análise de 2025 mostrou que intervenções de cuidados de transição lideradas por enfermeiro resultaram numa redução de readmissões (razão de risco de 0,67) e em menor frequência de visitas não planeadas a hospital, para além de melhorar a qualidade de vida dos doentes (Sakashita et al., 2025). Para além disso, um estudo publicado em 2024 evidenciou que o planeamento de alta liderado por enfermeiros em cirurgia reduz a duração da hospitalização, melhora a compreensão dos doentes e eleva os níveis de satisfação individual (Hossain, 2024).

Durante o estágio, identifiquei limitações organizacionais que dificultavam a melhoria contínua da qualidade. A inexistência de consultas pré-operatórias formais impedia uma preparação mais sólida dos doentes. A literatura atual destaca que intervenções estruturadas de aconselhamento pré-operatório, especialmente aquelas baseadas em *checklists* claramente organizadas, são eficazes na redução dos níveis de ansiedade pós-operatória e na melhoria da satisfação do paciente. Um estudo prospectivo realizado em 2023 que envolveu 600 pacientes submetidos a cirurgias eletivas demonstrou que o aconselhamento pré-operatório estruturado diminuiu significativamente a ansiedade, a dor pós-operatória e aumentou a satisfação dos utentes nos primeiros dias pós-cirurgia (Dawod et al., 2024).

Outro desafio foi a sobrecarga profissional, que limitava o tempo disponível para educação ao doente. Estudos recentes evidenciam que ambientes com sobrecarga assistencial crónica dificultam a implementação de práticas educativas e seguras — um elemento que tem impacto direto na qualidade do cuidado prestado. Em particular, uma investigação observacional conduzida em 254 hospitais nos EUA, pouco antes da pandemia de COVID-19, revelou que enfermeiras com *burnout* e a baixa dotação contínua estão associadas à pior perceção da qualidade e segurança percebida no serviço clínico (Lasater et al., 2021). Identificar essas barreiras e refletir sobre possíveis estratégias mitigadoras, como redistribuir tarefas ou priorizar cuidados críticos, representa uma competência essencial do enfermeiro especialista na promoção de melhorias sustentadas.

Todas as experiências descritas consolidam competências essenciais do enfermeiro especialista, alinhando-se aos objetivos formativos, nomeadamente conceber práticas inovadoras como folhetos informativos e momentos educativos no acolhimento, gerir processos como a implementação da técnica *teach-back*, checklists e comunicação estruturada, supervisionar cuidados extra ao incentivar o reporte de incidentes e a adesão a protocolos, e promover formação e investigação, com sessões sobre medicamentos LASA e fundamentação científica para propostas de melhoria. Este conjunto de ações traduz o papel que o Regulamento n.º 140/2019 e a Ordem dos Enfermeiros atribuem ao especialista: ser um agente ativo de qualidade, segurança e humanização nos cuidados perioperatórios.

2.3 Domínio da gestão de cuidados

O domínio da gestão de cuidados implica que o enfermeiro especialista atue como coordenador estratégico, capaz de gerir recursos, otimizar processos e liderar equipas multidisciplinares, garantindo simultaneamente a segurança clínica e a humanização dos cuidados. De acordo com o Regulamento n.º 140/2019 da Ordem dos Enfermeiros, o especialista deve adaptar a liderança às circunstâncias e mobilizar os recursos humanos e materiais para assegurar cuidados de qualidade e eficazes (OE, 2019).

Durante o estágio, tive oportunidade de desempenhar funções de gestão no intraoperatório, um contexto marcado por elevada complexidade, em que a coordenação de papéis e a comunicação assertiva são determinantes para evitar atrasos, erros ou

conflitos. O bloco operatório, pela sua dinâmica intensa, requer uma liderança que promova ambiente calmo e colaborativo, assegurando que cada elemento desempenha o seu papel de forma segura e harmoniosa. Na prática, pude acompanhar doentes desde o acolhimento até à alta em cirurgia de ambulatório, em procedimentos como colecistectomia laparoscópica, hemorroidectomia e hernioplastia inguinal. Este acompanhamento integral permitiu-me gerir a prestação de cuidados de acordo com a fase clínica, ajustando intervenções, recursos e apoio emocional conforme as necessidades. Esta gestão de cuidados centrada no doente e faseada ao longo do processo cirúrgico encontra respaldo na literatura, que aponta que a coordenação contínua de cuidados perioperatórios melhora a experiência do doente, reduz complicações e aumenta a eficiência organizacional (Pasquer et al., 2024).

Outro aspeto relevante foi a observação e colaboração com a enfermeira-chefe, que evidenciou um estilo de liderança democrático, baseado no respeito, confiança e valorização das competências individuais. A sua postura fomentava um ambiente de colaboração interprofissional e de motivação da equipa, permitindo gerir situações de maior pressão sem comprometer a qualidade assistencial. Estudos recentes destacam que lideranças baseadas em evidências e em modelos participativos promovem melhores resultados clínicos e reforçam a coesão das equipas (Välimäki et al., 2024). Assim, a minha experiência permitiu compreender que o papel do especialista ultrapassa a dimensão técnica: implica gestão de fluxos, mediação de conflitos, adaptação às necessidades em tempo real e sobretudo a capacidade de inspirar confiança, garantindo que a equipa funciona de forma eficiente e centrada na segurança do doente.

Para além da liderança no espaço intraoperatório, o desenvolvimento de competências em gestão de cuidados exigiu a capacidade de gerir recursos materiais e humanos de forma eficiente. No bloco operatório, este aspeto revelou-se essencial, pois falhas na disponibilidade de equipamentos ou na alocação de profissionais podem gerar atrasos, prolongar o tempo cirúrgico e aumentar riscos para o doente. Durante o estágio, presenciei situações em que a falta de determinados dispositivos obrigava a reorganizar rapidamente o plano de trabalho. Nessas ocasiões, foi essencial a capacidade da enfermeira-chefe em redistribuir enfermeiros por salas e reordenar prioridades clínicas, assegurando dotações seguras. Essa capacidade adaptativa é central no perfil do enfermeiro especialista e é destacada em estudos recentes, que sublinham que estratégias

de gestão de segurança e logística no perioperatório reduzem significativamente eventos adversos e elevam a satisfação dos utentes (Wu et al., 2025).

Como mencionado anteriormente, elaborei um folheto informativo dirigido aos doentes submetidos a cirurgia ao quisto sacrococcígeo. A produção e distribuição de materiais educativos constitui uma intervenção de gestão que fortalece a literacia em saúde, melhora a adesão terapêutica e reduz reinternamentos. De forma consistente, um estudo recente demonstrou que resumos de alta qualidade, escritos numa linguagem acessível e estruturados, aumentam a compreensão do plano de cuidados e a literacia em saúde do paciente no momento da alta hospitalar (Schwarz et al., 2024).

A formação interna sobre medicamentos LASA, também anteriormente mencionada, utilizando casos práticos e metodologias participativas reforçou o papel educativo do enfermeiro especialista como gestor de riscos e promotor de segurança. A evidência atual corrobora que intervenções curtas e direcionadas, como *workshops* e sessões formativas sobre LASA, contribuem para reduzir significativamente a ocorrência de erros de medicação em ambiente hospitalar. Particularmente, um estudo publicado em 2023 analisou a implementação de uma intervenção educativa focada em medicamentos LASA em unidades hospitalares colombianas. Após a aplicação de estratégias, incluindo revisões esclarecedoras e formação das equipas, observaram uma redução de cerca de 40 % na taxa de erros LASA no serviço farmacêutico, comprovando que ações educativas relativamente simples podem ter impacto substancial na segurança medicamentosa (Castro-Bolívar et al., 2023).

No conjunto, todas estas atividades, gestão intraoperatória, acompanhamento do percurso doente, reorganização de recursos, criação de materiais educativos e formação em segurança medicamentosa, contribuíram para o fortalecimento das minhas competências de gestão de cuidados. Este percurso permitiu-me integrar evidência científica, liderança prática e reflexão crítica, consolidando o perfil do enfermeiro especialista como gestor e líder no ambiente perioperatório. A experiência vivida no estágio permitiu-me compreender, de forma concreta, que a gestão de cuidados em perioperatório não se reduz a tarefas organizacionais ou de logística, mas constitui uma dimensão essencial da identidade profissional do enfermeiro especialista. Esta identidade constrói-se no cruzamento entre liderança clínica, tomada de decisão ética, gestão de recursos e dinamização de equipas, sempre com foco na segurança e bem-estar do doente.

Ao observar e participar nas atividades da enfermeira-chefe, percebi que o especialista é simultaneamente gestor, educador e mediador, capaz de alinhar a prática clínica com as políticas institucionais e com a evidência científica. A sua atuação revela que a liderança em enfermagem vai muito além da autoridade formal: exige escuta ativa, empatia, visão estratégica e capacidade de motivar. A literatura recente sublinha que este tipo de liderança transformacional tem impacto direto na satisfação do doente, no desempenho da equipa e na qualidade assistencial (Välimäki et al., 2024).

No contexto português, a Ordem dos Enfermeiros define no Regulamento n.º 140/2019 que o especialista deve gerir cuidados de forma a garantir eficácia, eficiência e segurança. Esta definição tornou-se prática concreta no meu estágio: desde o acompanhamento integral do doente cirúrgico até à elaboração de materiais educativos e dinamização de formações em segurança. Cada uma destas ações constituiu uma oportunidade de desenvolver não só competências técnicas, mas também a minha capacidade reflexiva e adaptativa enquanto futuro especialista.

Um dos pontos mais marcantes foi a perceção de que a gestão de recursos humanos e materiais é, muitas vezes, invisível para o doente, mas decisiva para o sucesso clínico. A redistribuição de enfermeiros entre salas, a negociação com fornecedores de material cirúrgico e a organização de *stocks* são exemplos de práticas que, quando bem geridas, permitem que a experiência do doente decorra de forma segura e sem falhas. Estudos recentes reforçam que uma gestão estratégica de recursos no perioperatório está associada a menor taxa de eventos adversos e maior eficiência hospitalar (Wu et al., 2025).

Assim, este percurso permitiu-me consolidar a convicção de que o enfermeiro especialista é um agente de mudança. Ao integrar evidência científica, prática reflexiva e liderança no quotidiano do bloco operatório, contribuí para a melhoria contínua da qualidade e para a construção de sistemas de saúde mais seguros, sustentáveis e centrados no doente.

2.4 Domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais

A evolução profissional em enfermagem sustenta-se em práticas de formação contínua, reflexão e partilha colaborativa. Este domínio, definido pelo Regulamento n.º 140/2019, destaca duas capacidades fundamentais do enfermeiro especialista (OE, 2019):

cultivar autoconhecimento e assertividade, para além de fundamentar a prática clínica em evidências científicas. Durante o meu estágio, estas competências foram continuamente trabalhadas através de reflexões críticas, uso sistemático da literatura atualizada e participação ativa como formadora em iniciativas de segurança e comunicação.

A educação profissional contínua constitui um dos principais mecanismos de atualização e qualificação dos enfermeiros. A literatura recente confirma que a educação profissional contínua tem impacto direto na segurança do doente, na qualidade dos cuidados e no desenvolvimento de competências avançadas, funcionando como uma ferramenta estratégica de aprendizagem profissional e de retenção de profissionais em contextos de elevada exigência clínica (Amir et al., 2024). De facto, a atualização contínua é hoje vista não só como requisito regulamentar, mas como um compromisso ético do enfermeiro para garantir cuidados seguros, eficazes e humanizados.

Durante o meu percurso formativo, assumi este compromisso ao procurar integrar novas evidências nas práticas diárias, adaptando a minha atuação às necessidades identificadas no contexto perioperatório. Esta postura fortaleceu as minhas competências clínicas, assim como contribuiu para promover uma cultura de aprendizagem entre pares, uma vez que o conhecimento atualizado partilhado em equipa gera impacto coletivo. Paralelamente, programas que incentivam a reflexão crítica têm demonstrado eficácia significativa no desenvolvimento do pensamento crítico, na competência reflexiva e na eficácia docente de enfermeiros de educação clínica (Shin et al., 2023).

A reflexão crítica é uma ferramenta fundamental para transformar a experiência vivida em aprendizagem significativa. Ao longo do estágio, utilizei-a sistematicamente para avaliar intervenções realizadas, questionar práticas estabelecidas e alinhar procedimentos com as melhores recomendações internacionais. Um estudo de 2023 reforça que programas orientados para a reflexão crítica promovem melhorias concretas na capacidade de julgamento clínico e no ensino em enfermeiros educativos (Shin et al., 2023). No bloco operatório, esta atitude revelou-se essencial. Por exemplo, ao observar a ausência consistente da técnica ISBAR em algumas passagens de turno, recorri a uma reflexão crítica que me levou a intervir ativamente, incentivando a sua utilização e fundamentando a importância dessa prática na redução de erros de comunicação. A partir desta experiência, percebi como a reflexão não é apenas individual, mas também um

instrumento coletivo de mudança, capaz de promover a segurança do doente e a coesão da equipa.

Outra dimensão relevante deste domínio é a capacidade formativa do enfermeiro especialista. Neste sentido, identifiquei necessidades educativas na equipa e dinamizei ações de formação interna, como a sessão sobre medicamentos LASA (Apêndice 2) e a promoção do uso sistemático da técnica ISBAR (Apêndice 3). A literatura demonstra que formações participativas e contextualizadas, que utilizam exemplos práticos e envolvem os profissionais na resolução de problemas, são significativamente mais eficazes do que métodos unilaterais e expositivos (Vázquez-Calatayud et al., 2021). Na prática, a minha intervenção formativa funcionou como catalisador para uma aprendizagem coletiva, estimulando a aquisição de novos conhecimentos, assim como a criação de um espaço de partilha, discussão e reflexão sobre a realidade do serviço. Este papel de educador e facilitador é inerente ao enfermeiro especialista e exige competências de liderança que vão para além da técnica, envolvendo motivação, comunicação assertiva e gestão de grupo.

O ambiente perioperatório é um espaço singular de aprendizagem, marcado pela complexidade tecnológica, pela vulnerabilidade do doente e pela necessidade de uma atuação em equipa coesa. Um estudo integrativo recente concluiu que a experiência clínica nesse contexto representa uma oportunidade de aprendizagem intensa, mas também desafiante, exigindo estratégias pedagógicas específicas para apoiar o estudante/enfermeiro em formação (Namara et al., 2023). No meu estágio, pude comprovar essa realidade ao lidar com cenários de elevada pressão e necessidade de tomada de decisão rápida. Estas experiências obrigaram-me a consolidar competências de gestão emocional, priorização de cuidados e atuação em segurança, ao mesmo tempo em que me permitiram refletir sobre os aspetos interpessoais da prática. O suporte dos orientadores e a integração na equipa foram fundamentais para transformar momentos de elevada complexidade em oportunidades de aprendizagem robusta.

Um outro aspeto essencial no desenvolvimento das aprendizagens profissionais é a aprendizagem interprofissional, que promove a colaboração entre disciplinas e fortalece o cuidado integrado. Um curso recente que envolveu enfermeiros e residentes cirúrgicos em simulações perioperatórias mostrou melhorias significativas no desempenho da

equipa, destacando como este tipo de educação favorece a comunicação e a performance clínica colaborativa (Hashemi et al., 2024).

A simulação clínica é uma estratégia pedagógica poderosa, especialmente em contextos de alta complexidade como o perioperatório. Estudos recentes mostram que simulações integradas com *checklists* reduzem a incerteza e melhoram o trabalho em equipa em equipas interprofissionais, reorganizando fluxos clínicos antes da execução real das intervenções (Ferguson et al., 2022). Para além disso, evidências específicas apontam que a simulação perioperatória prepara eficazmente os profissionais para emergências clínicas reais, aumentando a prontidão frente a situações críticas (Lamont et al., 2025).

A literacia digital é outro pilar do desenvolvimento profissional contemporâneo. A capacidade de navegar em bases de dados, aceder a *guidelines* clínicas atualizadas e usar ferramentas digitais auxiliares torna-se indispensável no cuidado especializado. Embora o estágio não tenha contemplado explicitamente ensino digital, pude perceber a sua utilidade ao integrar protocolos e evidência científica de forma pontual a intervenções clínicas. Esta capacidade, hoje imprescindível, reflete uma competência que distingue o enfermeiro especialista.

A autonomia profissional consolidou-se ao longo do estágio. Assumi iniciativas de diagnóstico formativo, criei material educativo (como folhetos perioperatorios), e propondo melhorias nos processos internos da unidade. Estudos atuais mostram que a autonomia está associada a uma maior segurança do doente e satisfação profissional (Zaitoun et al., 2023). Esta constatação reforçou a importância de exercer um papel proativo, com segurança técnica e ética, enquanto futura especialista.

Assim, a ampliação deste domínio demonstra que o desenvolvimento das aprendizagens profissionais depende de múltiplas dimensões: colaboração entre profissões, simulação clínica, literacia digital e atuação autónoma. O estágio permitiu assim vivenciar cada uma delas, ainda que com diferentes intensidades, e mostrou como cada elemento contribui para formar um enfermeiro especialista reflexivo, competente e comprometido com a melhoria contínua e com a segurança do utente.

CAPÍTULO IV - COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM MÉDICO-CIRÚRGICA À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIA

A complexidade do cuidado no contexto perioperatório exige do enfermeiro especialista competências altamente especializadas que vão para além da técnica, integrando saberes científicos, atuação ética e sensibilidade humana (Ribeiro et al., 2025). Este profissional deve ser capaz de colaborar eficazmente numa equipa multiprofissional, participar ativamente na organização e humanização dos cuidados, e garantir a segurança e qualidade ao longo de todo o percurso cirúrgico. De acordo com o Regulamento n.º 429/2018, o perfil do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica em perioperatório reúne duas competências-alvo: a) “prestar cuidados centrados na pessoa em situação perioperatória e sua família ou pessoa significativa; e b) maximizar a segurança da pessoa em situação cirúrgica e da equipa multidisciplinar, fundamentando-se na chamada "consciência cirúrgica". Estas competências manifestam-se nas diversas etapas do processo — consulta perioperatória, acolhimento, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos — cada uma com critérios avaliativos específicos.

Estudo recentes reforçam que o papel do enfermeiro perioperatório não se restringe ao cuidado técnico, mas inclui também componentes decisivos como a liderança educativa e a gestão de riscos (Ribeiro et al., 2025). A AORN reconhece que o educador perioperatório é fundamental para a segurança do doente, a melhoria contínua e a comunicação interprofissional, assumindo responsabilidades que vão desde a formação da equipa à implementação de práticas baseadas em evidência científica (AORN, 2021b). Para além disso, a simulação interprofissional surge como ferramenta pedagógica transformadora, capaz de aprimorar a comunicação, a colaboração e a autoconfiança em contextos complexos como o bloco operatório. Um estudo sueco recente demonstrou que o treino de equipas inteiras — cirurgiões, anestesistas e enfermeiros — em simulações realistas aumentou a autoeficácia e a motivação intrínseca dos participantes, para além de facilitar a transferência das aprendizagens para a prática quotidiana (Escher et al., 2023).

No plano educativo internacional, a EORNA lançou uma versão revista do *Best Practice of Perioperative Care* (2023), disponibilizando recomendações atualizadas para

apoiar o desenvolvimento profissional e promover a qualidade assistencial nos cuidados perioperatórios (EORNA, 2023).

A segurança clínica no perioperatório exige formação específica para reconhecer e responder à deterioração aguda do doente. Evidências recentes salienta a importância de educação especializada dirigida para estes eventos, contribuindo decisivamente para a prevenção de complicações críticas (Lamont et al., 2025). Nos subcapítulos seguintes apresento uma reflexão crítica relativa à prática de cuidados que contribuíram para a aquisição e desenvolvimento das competências específicas na área de enfermagem à pessoa em situação perioperatória.

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

A atenção ao doente perioperatório e à sua família exige do enfermeiro especialista competências especializadas que combinam conhecimento técnico, compreensão humanística e intervenção educativa. Estas competências são centrais para promover cuidados seguros e humanizados, capacitar o doente para a autogestão e facilitar uma reintegração eficaz nos seus contextos familiares e sociais (Regulamento n.º 429/2018). Estudos recentes evidenciam que intervenções educativas perioperatórias centradas na família — como consultas informativas adaptadas ou programas de psicoeducação — resultam na redução significativa da ansiedade em crianças e adolescentes, melhorando o seu comportamento na indução anestésica, e diminuindo também a ansiedade dos pais (Martins Esteves et al., 2022). Em adultos, programas estruturados de psicoeducação desenvolvidos por enfermagem têm demonstrado ganhos na satisfação informativa e no autocontrolo da ansiedade, mesmo quando a redução dos índices ansiosos não foi estatisticamente significativa (Oliveira et al., 2023).

Perante as necessidades particulares da pessoa e da família ou de quem lhe é significativo durante a experiência cirúrgica e anestésica, o enfermeiro utiliza seus saberes e competências para oferecer um cuidado individualizado. Este cuidado visa favorecer a compreensão de todas as etapas do processo, preparando os envolvidos para o autocuidado e facilitando a sua reintegração no convívio familiar e social.

4.1.1 Capacita a pessoa/família/pessoa significativa para a gestão da experiência cirúrgica;

O papel do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica, na área da pessoa em situação perioperatória, ultrapassa a dimensão técnica e assistencial. Ele assume, também, a função de educador e facilitador da aprendizagem, promovendo a autonomia, a corresponsabilização e a tomada de decisão informada por parte do doente e da sua família (AORN, 2021b). Este compromisso traduz-se em intervenções planeadas, individualizadas e baseadas na evidência científica, que visam reduzir a ansiedade pré-operatória, otimizar a recuperação pós-operatória e prevenir complicações.

Durante o meu estágio, um dos focos principais da minha prática foi precisamente a capacitação do doente e da família para gerir a experiência cirúrgica, através de múltiplas estratégias: criação de um ambiente de acolhimento respeitoso e terapêutico, ensino individualizado, entrega de material educativo estruturado, reforço da informação no momento da alta e contacto telefónico de seguimento. Este conjunto de intervenções assegurou não só a compreensão efetiva das recomendações, como também promoveu o sentimento de segurança e controlo no percurso cirúrgico.

A literatura confirma a relevância deste processo. Estudos recentes demonstram que intervenções educativas pré-operatórias personalizadas, adaptadas ao perfil informativo do doente, são significativamente mais eficazes do que a educação convencional. Concretamente, reduzem a ansiedade, aumentam o conhecimento e promovem uma participação mais ativa do doente nos cuidados (Zhuo et al., 2023). Esta evidência valida a importância de estratégias educativas ajustadas à literacia em saúde de cada indivíduo, aspeto que procurei assegurar sempre na comunicação com os doentes, evitando linguagem excessivamente técnica e confirmando a compreensão através da técnica do *teach-back*.

No momento da alta, a situação torna-se ainda mais crítica, sobretudo em cirurgias de ambulatório. Muitos doentes regressam a casa em fase de recuperação da anestesia, podendo apresentar défices de atenção, dificuldades cognitivas ou limitações sensoriais. Se a informação não for transmitida de forma clara e repetida, existe risco de má compreensão, adesão insuficiente às recomendações e, conseqüentemente, de complicações ou reinternamentos. Por esta razão, envolvi ativamente o acompanhante/cuidador, reforçando com ele as aprendizagens mais relevantes. A literatura sublinha que a inclusão da família ou cuidador no processo educativo é um fator

determinante para garantir a continuidade dos cuidados no domicílio (Feninets et al., 2022).

Um dos pontos inovadores da minha prática foi o contacto telefónico de seguimento no dia seguinte à cirurgia, que me permitiu avaliar a evolução clínica, esclarecer dúvidas emergentes e encaminhar situações que exigiam vigilância extra. Esta intervenção revelou-se fundamental, pois em vários casos identifiquei necessidades não detetadas no momento da alta — como dificuldades no penso da ferida, dúvidas na gestão da medicação ou sinais precoces de complicação. A investigação recente confirma que este tipo de acompanhamento reduz eventos adversos e melhora a confiança do doente no processo de recuperação (Zhuo et al., 2023).

A experiência mostrou-me que educação estruturada, em conjunto com acompanhamento de seguimento formam um binómio essencial para a transição segura do hospital para o domicílio. Porém, identifiquei também uma limitação relevante: a ausência de consulta pré-operatória de enfermagem. Esta lacuna reduz a preparação atempada do doente, limitando a possibilidade de transmitir informações progressivamente e de envolver o cuidador desde cedo. A evidência aponta que quando a capacitação do doente se inicia logo após a decisão cirúrgica, os resultados são mais consistentes: há menor ansiedade, maior adesão terapêutica e menos complicações pós-operatórias (Zhuo et al., 2023).

Apesar das limitações estruturais, procurei adaptar a minha prática clínica, transformando cada momento de contacto com o doente numa oportunidade educativa. Esta postura ativa reflete o papel crítico do enfermeiro especialista enquanto mediador entre conhecimento científico e prática quotidiana, ajustando o ensino às necessidades reais da pessoa e garantindo a continuidade dos cuidados. Uma das aprendizagens mais importantes deste percurso foi compreender que a capacitação da pessoa e da família no perioperatório não é apenas uma tarefa técnica, mas sim um processo pedagógico e ético. Ensinar cuidados como higiene da ferida, sinais de alarme ou orientações sobre repouso e mobilização exige mais do que transmitir informação: requer escuta ativa, validação da compreensão e construção de confiança sólida.

A literatura atual confirma que a comunicação que é clara, empática e adaptada ao nível de literacia em saúde tem impacto direto na adesão ao tratamento e na segurança pós-alta. Em particular, um estudo sistemático sobre comunicação com doentes idosos

demonstrou que estratégias verbais e não verbais adequadas melhoram significativamente a satisfação, o bem-estar psicológico e a conformidade com os cuidados impostos (Sharkiya, 2023). Para além disso, uma *scoping review* recente identificou que práticas de comunicação estruturadas, oportunas e transparentes — incluindo abordagens presenciais e digitais — aumentam a satisfação do cuidador/família e reduzem o distrés emocional, fatores críticos no contexto cirúrgico (Pandit et al., 2025). Estas evidências reforçam que ensinar doentes e familiares de forma humanizada, verificando a sua compreensão e ajustando a linguagem, é tão importante quanto os cuidados técnicos no perioperatório.

A minha prática revelou um desafio constante: muitos doentes apresentavam défices de literacia em saúde, que dificultavam a assimilação de conceitos fundamentais como manuseamento da ferida ou identificação de sinais de infeção. Nesses casos, foi necessário simplificar a linguagem, recorrer a ilustrações, e reforçar a informação com o acompanhante. Estudos recentes mostram que materiais educativos estruturados como folhetos claros, vídeos explicativos e *checklists*, quando entregues no momento adequado (pré-alta), aumentam significativamente a retenção da informação e capacitam o doente para a autogestão em casa. Por exemplo, uma intervenção estruturada de ensino pré-operatória demonstrou maior preparação dos doentes, satisfação acrescida e melhor recuperação em cirurgias programadas (Willemin et al., 2022). Foi nesta linha que surgiu a conceção do panfleto informativo sobre cirurgia do quisto sacrococcígeo (Apêndice 1), desenvolvido como resposta a uma lacuna identificada na prática clínica.

O processo de criação do panfleto foi, para mim, uma oportunidade valiosa de integrar conhecimento clínico e competências pedagógicas, assegurando um conteúdo fundamentado em evidência científica, linguagem acessível e validação por parte da equipa multidisciplinar. Mais do que um recurso didático, o folheto tornou-se uma ferramenta de empoderamento do doente, permitindo-lhe rever as orientações em casa, no seu próprio ritmo, e partilhá-las com os familiares. A literatura recente confirma que materiais educativos escritos, quando combinados com apoio verbal como uma explicação direta e o *teach-back* reduzem a incerteza e aumentam a confiança do doente no período pós-operatório.

Particularmente, um estudo sistemático publicado em 2024 constatou que intervenções educativas que utilizam materiais visuais (folhetos ilustrados, fichas,

infográficos) acompanhado de apoio verbal fazem uma diferença significativa na compreensão e segurança do utente após a alta (Sharkiya, 2023). Apesar destes avanços, mantenho uma análise crítica: a entrega de material educativo no momento da alta, embora útil, é insuficiente. O ideal seria que o ensino se iniciasse precocemente, na consulta pré-operatória, com reforços progressivos até à alta. A ausência desta consulta constitui um entrave organizacional que compromete a eficácia da capacitação, tal como evidenciado em revisões recentes sobre práticas educativas perioperatórias (Zhuo et al., 2023). Esta limitação mostrou-me a importância de defender mudanças estruturais nos serviços de saúde, onde o enfermeiro especialista pode assumir um papel central na reorganização de processos educativos.

Outro aspeto crítico prende-se com o contacto telefónico pós-alta, que implementei em várias situações. A evidência mostra que este tipo de acompanhamento melhora a continuidade dos cuidados, deteta precocemente complicações e aumenta a satisfação dos doentes (Zhuo et al., 2023). Contudo, esta prática ainda não está institucionalizada no serviço, o que limita a sua aplicação sistemática. A reflexão que retiro é que muitas vezes a inovação em enfermagem começa em iniciativas individuais, mas necessita de legitimação organizacional para se tornar uma prática sustentável e generalizada.

Assim, a análise crítica da minha prática evidencia que a capacitação da pessoa/família no perioperatório requer três pilares complementares: i) educação estruturada e adaptada ao nível de literacia em saúde; ii) materiais de apoio acessíveis, validados e baseados em evidência; e iii) continuidade dos cuidados através do seguimento pós-alta. A integração destes pilares traduz-se em ganhos efetivos em saúde, redução de complicações e aumento da autonomia e confiança do doente. A experiência do estágio permitiu-me desenvolver e consolidar competências neste domínio, mas também reconhecer fragilidades organizacionais que limitam a eficácia do processo educativo. Como enfermeira especialista em formação, considero que o meu papel é não só adaptar a prática às circunstâncias existentes, mas também questionar criticamente os modelos vigentes e propor melhorias sustentadas, orientadas por evidência científica e centradas na dignidade e autonomia da pessoa em situação perioperatória.

4.1.2 Promove cuidados à pessoa em situação perioperatória

A prestação de cuidados em contexto perioperatório exige pensamento crítico, conhecimentos técnicos avançados, capacidades relacionais e atuação colaborativa com a equipa multiprofissional, tudo orientado pelos princípios de segurança, humanização e qualidade assistencial. O enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica assume um papel central ao longo de todas as fases do processo cirúrgico — consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos conforme estipulado no Regulamento n.º 429/2018. Esta atuação inclui a execução técnica, mas também a responsabilização ética e o compromisso com as melhores práticas baseadas em evidência.

Durante o estágio, adotei intervenções que integraram estas dimensões, tais como a aplicação proativa da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, que a literatura atual reconhece como uma ferramenta essencial na prevenção de eventos adversos e na promoção da comunicação eficaz e cultura de segurança interprofissional. Este instrumento, alinhado com as recomendações da OMS, tem-se provado associado à redução de complicações e de mortalidade no perioperatório (Barimani et al., 2020). Para além disso, destaquei a relevância significativa da participação ativa da pessoa em situação cirúrgica na Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, confirmando a sua identidade, local da intervenção e consentimento informado, uma estratégia que reforça os princípios da centralidade da pessoa nos cuidados e promove confiança e segurança. Esta abordagem é respaldada por estudos que evidenciam a melhoria da satisfação do utente quando envolvido ativamente no processo de segurança cirúrgica (Harris et al., 2022).

Outra área essencial da minha atuação incluiu o posicionamento cirúrgico seguro. A prevenção de lesões nervosas, vasculares ou cutâneas requer conhecimentos anatómicos aprofundados e atenção às características individuais do doente, como idade, peso e condições médicas associadas. A integração destas variáveis na escolha da posição cirúrgica evidencia uma prática clínica crítica e personalizada. Evidência recente reforça que o planeamento cuidadoso, em equipa, e a comunicação estruturada sobre o posicionamento são fundamentais para evitar complicações e preservar integridade corporal (AORN, 2022a).

No período pós-anestésico imediato, foquei-me na vigilância da dor e dos sinais vitais, tratando a dor como o 5.º sinal vital. Usei escalas validadas (como EVA) para monitorizar e adaptar a analgesia às necessidades individuais, tendo suporte da Unidade de Dor Aguda e protocolos baseados em evidência para intervenções eficazes. Esta vigilância contribui diretamente para o conforto do doente e melhoria dos resultados clínicos e assistenciais (Martinez-Nicolas et al., 2024).

No domínio da segurança medicamentosa, uma das iniciativas que desenvolvi foi a elaboração de um Manual de Anestesia de Medicamentos LASA e Medicamentos de Alerta Máximo, que sistematiza práticas seguras no manuseamento de fármacos em anestesia. O manual inclui uma caracterização dos riscos associados aos medicamentos LASA e de alerta máximo, descreve estratégias preventivas baseadas em evidência internacional — como a rotulagem TALL MAN, dupla verificação independente, padronização de concentrações e armazenamento diferenciado, e o uso de tecnologias como códigos de barras e prescrição eletrónica — e apresenta recomendações adaptadas à cirurgia de ambulatório.

Este instrumento, elaborado com base nas recomendações da DGS, ISMP e OMS, visa promover a segurança do doente e a formação contínua da equipa de enfermagem, tendo sido complementado por uma sessão de formação em serviço, onde foram discutidos casos práticos e simuladas situações de risco associadas à utilização de medicamentos LASA e de alerta máximo. Esta intervenção respondeu a uma lacuna observada no bloco operatório, onde fármacos com nomes ou embalagens semelhantes aumentam o risco de erros graves. Estudos recentes reforçam que estratégias educativas específicas para LASA, combinadas com medidas institucionais como rotulagem diferenciada e dupla verificação sistemática, reduzem significativamente a ocorrência de erros de medicação em ambiente hospitalar (Costa, 2020; Ryan et al., 2024).

Outro aspeto central na promoção de cuidados seguros e humanizados está na qualidade dos registos clínicos. Durante o estágio, utilizei o sistema informático *Patient Care*, aplicando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) como base taxonómica para documentação. A literatura atual reconhece que registos estruturados e padronizados, especialmente em sistemas eletrónicos, garantem continuidade e rastreabilidade dos cuidados, mas também servem como indicadores sensíveis de qualidade em enfermagem e reforçam a visibilidade da profissão nos resultados em saúde. Uma revisão sistemática recente mostrou que a documentação

eletrónica de enfermagem está associada a melhoria na segurança do doente, qualidade da assistência e integridade dos dados clínicos (Wu et al., 2022).

Adicionalmente, um estudo multicêntrico demonstrou que a adoção de registos eletrónicos estruturados levou a um aumento significativo na qualidade das notas clínicas (escala Qnote), realçando a clareza e concisão da informação registada (Ebbbers et al., 2022). A utilização destes sistemas para além de garantir a comunicação eficaz entre profissionais, traduz-se em maior segurança clínica e na possibilidade de auditoria e monitorização da qualidade assistencial.

Na minha prática, reforcei a importância de utilizar o processo de enfermagem como estrutura organizadora da tomada de decisão clínica, percorrendo conscientemente as etapas de avaliação, diagnóstico, planeamento, implementação e avaliação. Este modelo foi um guia seguro para identificar precocemente problemas, prevenir complicações e adaptar intervenções às necessidades únicas de cada pessoa em situação perioperatória. A literatura científica sustenta firmemente essa abordagem: um estudo sobre a adoção sistemática do processo mostrou que enfermeiros que o aplicam consistentemente alcançam melhores resultados clínicos, maior autonomia profissional e níveis superiores de satisfação dos doentes (Rodríguez-Suárez et al., 2023). Este resultado reforça a ideia de que o processo não é apenas uma formalidade documental, mas uma prática transformadora que eleva a qualidade do cuidado e centra a ação na pessoa.

Criticamente, reconheço que, apesar dos avanços, persistem desafios significativos. A inexistência de uma consulta de enfermagem perioperatória formalizada limita a eficácia do processo educativo, privando o doente da oportunidade de receber informação gradual, estruturada e personalizada desde o momento da indicação cirúrgica. Estudos recentes destacam esta lacuna; por exemplo, Gonçalves et al. (2025) demonstraram que a implementação de uma consulta pré-operatória de enfermagem reduziu significativamente a ansiedade, aumentou o nível de informação e elevou a satisfação do doente com o cuidado prestado (Gonçalves et al., 2025). Ao refletir sobre esta realidade, percebo que uma consulta de enfermagem prévia permitiria maior envolvimento do cuidador, reforço da literacia em saúde e preparação mais eficaz para a recuperação no domicílio.

Assim, a minha experiência formativa evidenciou que promover cuidados à pessoa em situação perioperatória implica muito mais do que executar procedimentos técnicos: exige liderança clínica, gestão do risco, comunicação eficaz e uso crítico da evidência científica. A implementação de boas práticas, como a Lista de Verificação de

Segurança Cirúrgica, o posicionamento seguro, a monitorização rigorosa da dor, o ensino estruturado para a alta e a formação em LASA, contribuiu para cuidados mais seguros, centrados na pessoa e baseados em evidência. No entanto, permanece o desafio de reforçar a literacia em saúde e de consolidar espaços formais de consulta de enfermagem perioperatória, elementos críticos para a efetivação plena desta competência.

4.1.3 Desenvolve a sua intervenção numa perspetiva interprofissional

O desenvolvimento de uma intervenção eficaz numa perspetiva interprofissional assume uma relevância central na cirurgia de ambulatório, onde o ritmo intenso e a complexidade clínica exigem comunicação clara, partilha de responsabilidades e elevada coordenação entre profissionais. Durante o meu estágio, constatei que a cooperação entre perfis, como enfermeiros, cirurgiões e anestesiólogos, não se limita ao cumprimento técnico das tarefas: configura-se como um espaço onde ocorre aprendizagem contínua e partilha de saberes, contribuindo para uma prática mais segura, humanizada e eficaz. Um estudo qualitativo recente reforça essa visão, demonstrando que equipas cirúrgicas relataram que a colaboração interprofissional favorece a tomada de decisões partilhadas, reduz barreiras hierárquicas e promove intervenções centradas na segurança do doente, através da confiança e do esforço coletivo (Sillero Sillero & Buil, 2021).

Desde o primeiro contacto com a equipa, adotei uma postura plenamente orientada para a escuta ativa, respeitando a individualidade de cada colega e integrando-me nas rotinas já estabelecidas. Esta predisposição foi particularmente valiosa, pois o estágio tinha ocorrido anteriormente no mesmo serviço, permitindo-me desenvolver relações de confiança antes mesmo de iniciar as atividades. Esta familiaridade com a equipa, como demonstrado em estudos recentes, beneficia diretamente a segurança psicológica, pois equipas com membros estáveis e que compõem relações interpessoais positivas apresentam comunicação mais aberta e eficaz, facilitando a deteção precoce de riscos e melhorando o desempenho colaborativo no período perioperatório (Arad et al., 2022).

Outro aspeto que valorizei foi a participação ativa nas reuniões de equipa, momentos fundamentais de partilha de saberes e reflexão coletiva. Nestes encontros, observei que a troca de experiências clínicas enriqueceu significativamente a minha visão global da prática e fortaleceu a minha capacidade de integrar cuidados de forma mais coesa. Pude perceber que o *briefing* inicial facilitava significativamente a partilha de informação essencial e alinhava as expectativas da equipa antes de cada intervenção. Da

mesma forma, o *debriefing* ao final do procedimento promovia um ambiente refletivo, onde erros ou dificuldades eram discutidos sem atribuição de culpas, com foco na aprendizagem e na melhoria contínua.

Esta experiência demonstrou-me que criar espaços formais de comunicação é indispensável para consolidar boas práticas clínicas. Schaap et al. (2021) demonstrou que a implementação de *briefings* e *debriefings* perioperatórios fortalece significativamente a segurança participativa no clima colaborativo das equipas cirúrgicas, reforçando a cultura de cooperação, ainda que o impacto direto na eficiência operacional tenha sido menos pronunciado. Estes resultados reforçam que estas reuniões estruturadas não servem apenas para a preparação técnica, mas também fortalecem a aprendizagem coletiva e a segurança do doente.

Para além disso, apostei na implementação de estratégias de comunicação humanizada, tanto com a equipa como com os doentes e as suas famílias. Utilizei linguagem clara, adaptada ao nível de literacia em saúde de cada pessoa, validando a compreensão e incentivando o diálogo. Ao mesmo tempo, destaquei junto da equipa a importância de uniformizar as mensagens, garantindo que toda a informação circulava de forma consistente e compreensível em cada etapa do percurso perioperatório. De facto, Howick (2025) identificou que falhas na comunicação contribuíram para cerca de 24% dos incidentes de segurança do doente, sendo a única causa identificável em 1 em cada 10 casos. Estes dados reforçam que investir em comunicação clara, empática e coordenada é essencial para promover segurança, confiança e qualidade nos cuidados de saúde.

A prática interprofissional também depende profundamente da capacidade de construir relações baseadas em respeito, confiança e reconhecimento mútuo dos papéis de cada profissional. No meu estágio, uma intervenção aparentemente simples, utilizar toucas cirúrgicas identificadas com o nome e a função de cada membro da equipa, reforçou essa dinâmica. Verifiquei que essa estratégia aumentou o uso de nomes próprios durante as comunicações, melhorou a clareza dos papéis e promoveu um clima colaborativo mais integrado. Essa perceção é realçada por estudos recentes que mostraram que o uso de toucas com identificadores de nome e função foi associado a um aumento no sentido de equipa e na ligação entre colegas no âmbito perioperatório (Wong et al., 2023).

Outra vertente crítica da minha prática interprofissional centrou-se na gestão segura da medicação e na prevenção de erros em ambiente perioperatório. Durante o

estágio, identifiquei situações de risco relacionadas com a semelhança de embalagens, concentrações ou denominações de fármacos, especialmente anestésicos e opioides de curta ação. Para mitigar estes riscos, dinamizei uma formação interna breve, fundamentada em casos práticos observados no serviço, usando metodologias participativas que envolveram toda a equipa de enfermagem e, sempre que possível, o anestesiológista de sala.

A literatura recente confirma que intervenções educativas curtas, focadas e interativas são estratégias eficazes para reduzir a probabilidade de erros de medicação, ao fortalecer o conhecimento prático e a competência dos profissionais (Giannetta et al., 2021). Complementarmente, promovi a adoção sistemática da dupla verificação (*double-check*) de fármacos de alto risco, sempre que possível com outro enfermeiro, antes da administração intraoperatória. Embora esta prática esteja amplamente recomendada em políticas internacionais de segurança, os estudos científicos destacam que a qualidade da evidência ainda é limitada.

Uma revisão sistemática concluiu que, embora muitas instituições adotem a dupla verificação, a evidência de que ela reduz erros na administração de medicamentos é insuficiente e inconsistente. Dos poucos estudos de boa qualidade incluídos, apenas um mostrou redução significativa de erros com a dupla verificação, enquanto os demais não identificaram benefícios claros ou simplesmente relataram taxas de adesão à prática (Koyama et al., 2020). No meu estágio, concretizei esta medida sobretudo nos momentos de preparação de anestésicos e antibióticos profiláticos, registando os pares de verificação no processo clínico em papel.

Outro aspeto da minha intervenção consistiu em reforçar a rotulagem imediata e estandardizada de seringas e diluições no carro de anestesia, uma prática frequentemente negligenciada em turnos de maior pressão. Para solucionar essa questão, desenvolvi, em colaboração com a equipa, um kit com etiquetas pré-formatadas com informações essenciais (nome do fármaco, dose, concentração, hora da preparação), disponibilizado diretamente no carrinho de anestesia. Esta simples, porém uma medida estratégica aumentou a rotulagem consistente nas fases mais críticas. Estudos multicêntricos recentes corroboram esta abordagem, afirmando que a implementação de um módulo de ensino focalizado na rotulagem padronizada de seringas narcóticas resultou num aumento estatisticamente significativo da conformidade na rotulagem de fentanil e hidromorfona em seringas utilizadas na prática anestésica (McCain et al., 2023).

Para além das ações no bloco, articulei com a Farmácia Hospitalar a sinalização de embalagens e denominações suscetíveis de confusão, propondo a segregação física por concentração e rotulagem diferenciada. A proposta teve boa receptividade, tendo sido aceite para integração gradual na revisão interna da lista de medicamentos LASA e de alto risco. Esta abordagem interprofissional revelou-se construtiva e está alinhada com as recomendações de consenso para a segurança medicamentosa perioperatória, que defendem arrumação padronizada, rotulagem consistente, dupla verificação e envolvimento ativo da farmácia na conceção e auditoria das medidas (Nanji et al., 2020).

Em paralelo, reforcei a rotulagem imediata e padronizada de seringas com um kit de etiquetas pré-formatadas, solução sustentada por evidência que mostra redução de erros de identificação quando os rótulos destacam elementos críticos (Lohmeyer et al., 2023).

Estas estratégias articuladas, formação participativa, dupla verificação, rotulagem estandardizada e articulação com farmácia, permitiram não só aumentar a segurança medicamentosa, mas também fortalecer a cultura de responsabilidade partilhada entre os vários membros da equipa. Em termos críticos, reconheço que estas medidas dependem fortemente da adesão coletiva e da consistência na prática. Embora tenha verificado boa aceitação inicial, a sua sustentabilidade exigirá reforço contínuo, monitorização e envolvimento institucional. A literatura é clara ao referir que a prevenção de erros com LASA só se consolida quando integrada em políticas organizacionais, apoiada por auditorias regulares e sistemas de reporte não punitivo (Salhotra & Tyagi, 2019).

Por fim, importa sublinhar que todo este percurso evidenciou em mim a importância da atuação interprofissional como competência transversal, desde a comunicação estruturada com ISBAR, passando pelos *briefings/debriefings*, até à gestão segura da medicação, a minha prática mostrou que o enfermeiro especialista tem um papel catalisador na construção de pontes entre profissionais, na dinamização de mudanças e na promoção da segurança do doente. A integração destas estratégias sustentadas em evidência científica permitiu-me consolidar a reflexão crítica de que a intervenção interprofissional não é apenas desejável, mas imprescindível na prática perioperatória contemporânea.

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

Face ao elevado risco inerente aos cuidados perioperatórios, decorrente da vulnerabilidade da pessoa submetida a procedimentos cirúrgicos, da complexidade técnica das intervenções e das especificidades do ambiente cirúrgico, a atuação do enfermeiro especialista em enfermagem à pessoa em situação perioperatória assume um papel fundamental na promoção da segurança e na qualidade dos cuidados prestados (Regulamento n.º 429/2018). Este profissional mobiliza competências especializadas e conhecimentos avançados, integrando-os numa prática ética, crítica e responsável, sustentada na melhor evidência científica disponível. A sua intervenção é orientada por uma visão holística da pessoa, assegurando o respeito pela dignidade, autonomia e integridade do doente, mesmo neste contexto marcado pela elevada complexidade, tecnicidade e imprevisibilidade (Regulamento n.º 429/2018).

De acordo com o Regulamento supracitado o enfermeiro especialista nesta competência deve demonstrar consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório, liderar o processo de prevenção e controlo de infeção associada aos cuidados perioperatórios, assumindo a responsabilidade na implementação de protocolos de segurança, na monitorização da adesão às boas práticas e realizar a gestão e controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório, assegurando a sua correta preparação, funcionalidade e rastreabilidade. Esta competência contribui diretamente para a eficácia dos procedimentos cirúrgicos, a segurança do utente e racionalização dos recursos disponíveis (Regulamento n.º 429/2018).

4.2.1 Demonstra consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro para todos os intervenientes no período perioperatório

A consciência cirúrgica é compreendida atualmente não só como um sistema de valores internos que orienta a prática profissional do enfermeiro de forma ética e correta, mas também como uma moralidade operacional contínua exercida no ambiente perioperatório (“*surgical conscience*”), que exige atenção constante a técnicas assépticas, controlo de infeções e responsabilidade ética em benefício do doente, mesmo diante de pressões ou hierarquias adversas (AORN, 2025c). Este conceito foi aprofundado recentemente por Duff et al. (2022), que o definem como a obrigação moral de

salvaguardar a assepsia cirúrgica e a segurança do doente, custe o que custar, articulando os constructos de saber, sentir e agir, modulados por fatores como formação, ambiente e cultura organizacional (Duff et al., 2022).

A literatura recente reforça que a segurança não depende apenas de “cumprir listas”, mas da qualidade com que se aplicam práticas e *checklists*, da comunicação e do clima de equipa. Estudos de meta-análises e revisões mostram que a lista de verificação da OMS melhora processos e, quando bem implementada e completa, associa-se a melhores resultados; contudo, a adesão e a completude variam e exigem treino, auditoria e reimplementação focada na cultura local (Armstrong et al., 2022; Etheridge et al., 2024; Habtie et al., 2025; Sotto et al., 2021).

Na prática, cuidei para que o ambiente fosse controlado: portas fechadas, limitação de pessoas na sala, movimentação mínima da equipa estéril, promoção do silêncio e correção de falhas no vestuário. A evidência atual liga o tráfego intraoperatório e as aberturas de portas a alterações de pressão/fluxo de ar e maior carga microbiana, com potenciais implicações na infeção do sítio cirúrgico, ainda que a magnitude causal continue a ser debatida, a recomendação prudente é reduzir aberturas desnecessárias e otimizar comportamentos (Drago et al., 2025; Groenen et al., 2025; San José Alonso et al., 2022). Também intervim na gestão do ruído, assegurando que o ambiente se mantinha calmo e funcional. Sensibilizei a equipa para reduzir conversas paralelas e sons desnecessários durante a indução e a emergência anestésica, regulei o volume dos alarmes e equipamentos não críticos, e garanti a manutenção das portas fechadas para limitar a propagação sonora proveniente das zonas adjacentes. Para além do conforto da pessoa intervencionada e da concentração da equipa, estudos recentes sobre acústica do bloco operatório demonstram que a redução do ruído melhora a comunicação, a segurança e o desempenho coletivo (Slim & Valverde, 2025).

A segurança no posicionamento foi uma prioridade constante: planeei recursos humanos e materiais, protegi as zonas de pressão com dispositivos adequados, adaptei o decúbito ao estado clínico, isolei pontos de contacto com metais e líquidos para prevenir queimaduras e mantive vigilância contínua das funções respiratória e circulatória, bem como da integridade neuromuscular. As atualizações recentes da AORN reforçam exatamente estas medidas, integrar o plano de posicionamento no *briefing* pré-operatório, usar superfícies de suporte de alta especificação quando indicadas, abandonar dispositivos de risco (por exemplo, ombreiras no *Trendelenburg*) e realizar avaliação

estruturada do risco de lesão por pressão intraoperatória, como práticas com melhor evidência para reduzir eventos relacionados com o posicionamento (AORN, 2023).

Para além das recomendações, a evidência de sínteses recentes aponta intervenções com benefício: meta-análises de 2025 mostram que *bundles* multifacetados e estratégias específicas (incluindo “micromovimento” e posicionamentos que redistribuem carga) reduzem IAPI (*Injury from Anesthesia- and Procedure-related Pressure Injury*) em cirurgias prolongadas, enquanto superfícies/colchões de maior desempenho ajudam a atenuar pressão em sacro e calcâneos (Jamshid Malekara et al., 2025; Zhang et al., 2024; Zhuo et al., 2023).

Para seleccionar e priorizar estas medidas de forma individualizada, utilizei avaliação de risco com instrumentos validados em contexto perioperatório; destacam-se a validação portuguesa recente da ELPO (Escala de Avaliação de Risco de Lesão por Pressão no Perioperatório) e uma *network* meta-análise que comparou a acurácia de diferentes escalas para IAPI, sustentando o uso rotineiro de ferramentas padronizadas e a educação contínua da equipa (Salvini et al., 2024; Shang et al., 2025).

No uso da eletrocirurgia, onipresente na maioria dos procedimentos, apliquei as orientações vigentes. Após o posicionamento, garanti pele íntegra, limpa e seca, e coloquei o eléctrodo neutro autoadesivo e de uso único sobre massa muscular bem perfundida, o mais próximo possível do campo operatório, evitando proeminências ósseas, cicatrizes, implantes metálicos e zonas húmidas. Esta conduta, descrita nas diretrizes AORN e em sumários técnicos recentes, minimiza queimaduras e falhas; a literatura também reforça o valor de políticas e *checklists* de segurança energética, (AORN, 2022a; Link, 2021).

A prevenção de acidentes com dispositivos cortoperfurantes foi transversal ao meu trabalho. Mantive controlo e acondicionamento corretos de cortantes/agulhas, usei dispositivos de segurança e zona neutra, promovi dupla luva quando apropriado e reporte sistemático — alinhado com o *guideline* AORN de 2025 e recursos CDC de 2024, que sublinham a elevada prevalência e subnotificação destes incidentes e a necessidade de programas estruturados de formação, engenharia de segurança e monitorização (AORN, 2025b; CDC, 2024).

Como enfermeira circulante, garanti material disponível, válido e estéril, com abertura asséptica e organização do espaço para circulação segura da instrumentista e cirurgiões, e verifiquei previamente o funcionamento de todos os equipamentos. Registei e reconciliei a contagem de compressas com a instrumentista, uma prática ancorada na

prevenção de RSI (*retained surgical items*), onde a AORN recomenda contagens padronizadas, reconciliação de discrepâncias e, quando possível, tecnologias adjuntas para reduzir eventos sentinela (AORN, 2025a).

A gestão de espécimes foi meticulosa: acondicionamento e rotulagem correta (n.º de processo, nome, data de nascimento), conferida em dupla e encaminhada ao laboratório; registei o material “em manga” com a documentação própria para assegurar rastreabilidade e esterilização subsequente. As diretrizes AORN para gestão de espécimes e materiais de implementação destacam que os erros mais frequentes são rotulagem e transporte, e recomendam processos formais de dupla verificação, comunicação padronizada e auditoria (AORN, 2020). No final de cada cirurgia, participei na arrumação segura do material e no transporte do doente: transferi com dispositivo de transfere, garanti grades elevadas, monitorizei consciência, coloração cutânea e sinais respiratórios, e colaborei no trajeto até ao recobro, mantendo vigilância contínua e registo rigoroso.

A literatura reforça que transições de cuidados estruturadas com “pausas” e *checklists* de *handoff* reduzem omissões de informação e eventos de hipoxemia, melhoram a satisfação da equipa e encurtam tempos para intervenções necessárias (Jaulin et al., 2021; Servas et al., 2022).

A minha intervenção no recobro centrou-se na preparação imediata do ambiente: oxigénio disponível e funcional, aquecimento ativo (mantas/lençóis aquecidos/sistemas térmicos), posicionamento com cabeceira elevada e proteção de privacidade (cortinas). Mantive monitorização contínua de sinais vitais, perdas hemáticas, penso cirúrgico, diurese, nível de consciência, administração terapêutica e comunicação empática. Guias recentes destacam estes pilares e salientam a gestão ativa da normotermia e critérios padronizados de alta, para segurança e fluidez dos circuitos perioperatórios (AORN, 2024; Davidson & Litchfield, 2024).

Na alta clínica, priorizei a continuidade de cuidados: transmissão clara de informação, esclarecimento de dúvidas, orientação para retorno progressivo às atividades de vida diária e ensino de sinais de alarme e cuidados domiciliários. A evidência dos últimos anos indica que ensino estruturado, presencial, multimodal ou *web-based*, aumenta ativação do doente, adesão e pode reduzir complicações e (re)admissões, sobretudo quando combinada com comunicação padronizada e tecnologias de apoio (Becker et al., 2021; Kang et al., 2022; Pellet et al., 2024).

Enquanto instrumentista, atuei em colecistectomias e hernioplastias laparoscópicas, hernioplastias abertas (umbilical/supraumbilical), implantação de

dispositivos de acesso venoso central (implantofix) e cirurgias colorretais (hemorroidectomias/fistulectomias). A execução segura exigiu domínio técnico, nomeadamente abertura e verificação de integridade dos componentes, lavagem cirúrgica, manutenção escrupulosa do campo estéril, antissepsia cutânea e colocação de coberturas, ligação de equipamentos, contagem e previsão ativa de instrumentos, além da comunicação imediata de ausências para reposição célere. Esta antecipação e coordenação alinham-se com estudos recentes sobre comportamentos proativos de segurança e comunicação de equipa como determinantes de fluidez e menor risco de eventos (Today, 2024). Mantive o registo integral dos procedimentos na plataforma de “Cirurgia Segura” e no sistema clínico institucional, assegurando a rastreabilidade das intervenções e a conformidade com as normas de documentação da pessoa. Esta prática garantiu a continuidade e segurança da informação entre os diferentes profissionais e fases do perioperatório, em conformidade com as *guidelines* da AORN, que enfatizam o alinhamento entre tecnologia, segurança e comunicação clínica eficaz (AORN, 2022b). Ao longo do estágio, integrei-me numa equipa multidisciplinar colaborativa, experiente e exigente, condição essencial para uma prática segura, eficaz e centrada na pessoa.

Em paralelo, promovi o bem-estar físico e emocional da equipa e dos utentes, assegurando pausas regulares durante turnos prolongados, mantendo uma comunicação empática nas fases de maior tensão cirúrgica e incentivando momentos breves de descontração no recobro entre intervenções. Também proporcionei apoio emocional a colegas em situações de maior carga assistencial, reforçando a importância do autocuidado e do trabalho em equipa. Estas dimensões, amplamente relacionadas com o desempenho no bloco e com a cultura de segurança, fortaleceram a motivação intrínseca e o compromisso coletivo com a melhoria contínua (Etheridge et al., 2024; Ferorelli et al., 2022).

No recobro durante o meu estágio, concentrei esforços em identificar lacunas, assumir responsabilidades e operacionalizar melhorias com base na evidência: preparação do ambiente, normotermia, monitorização estruturada, comunicação e critérios objetivos de alta. Estudos recentes e orientações profissionais descrevem como a padronização do *handoff*, a educação do doente/família e a gestão ativa de *throughput* da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos reduzem atrasos, omissões e eventos adversos, promovendo percursos mais seguros (Halterman et al., 2025).

Enquanto futura enfermeira especialista, reconheço que a segurança do doente e de todos os intervenientes no processo cirúrgico constitui um dos pilares centrais da

minha prática profissional e acadêmica. A criação de um ambiente seguro, aliada à melhoria contínua da qualidade dos cuidados, é um compromisso que impacta diretamente os resultados em saúde, conforme estudos recentes que associam culturas de segurança fortes em blocos operatórios a taxas reduzidas de eventos adversos e maior resolução clínica eficiente (Nwosu et al., 2022; Wright & Sha, 2025).

A transformação positiva do contexto clínico requer a conjugação entre conhecimento atualizado, pensamento crítico e uma cultura colaborativa. Estudos mostram que ambientes perioperatórios com equipas multidisciplinares coordenadas e comunicação estruturada promovem práticas mais seguras, maior eficiência e percepção de segurança tanto pelos doentes como pelos profissionais (Escauriza et al., 2025; McEvoy & Abernathy, 2023).

Os estágios realizados fortaleceram em mim a convicção de que a atualização científica contínua e a reflexão crítica são motores indispensáveis para uma prática diferenciada e de elevada qualidade. Revisões sobre aprendizagem ao longo da vida apontam que ambientes que incentivam o desenvolvimento profissional contínuo e crítico tornam-se mais resilientes, adaptáveis e aptos a responder ao dinamismo do contexto clínico (Verkooijen et al., 2024).

Com base nas atividades realizadas e na análise reflexiva das mesmas, considero que atingi plenamente os objetivos desta unidade de competência. Demonstrei consciência cirúrgica na promoção de um ambiente seguro no período perioperatório, assegurando cuidados sistematizados, individualizados e ajustados às necessidades de cada doente, ao mesmo tempo em que promovi um contexto de segurança, confiança e colaboração para toda a equipa. Esta integração entre ciência atualizada, ética profissional e prática colaborativa traduz-se num modelo de enfermagem perioperatória moderna, especializada e alinhada com as recomendações internacionais mais recentes (Arnal-Velasco et al., 2025).

4.2.2 Lidera o processo de prevenção e controlo de infeção associado aos cuidados perioperatórios

Assumir a liderança no controlo de infeção no âmbito dos cuidados perioperatórios exige uma abordagem estruturada, sistemática e baseada em evidência atual. Conceitos como *care bundles*, conjuntos coordenados de intervenções específicas e fundamentadas, são amplamente reconhecidos pela evidência como eficazes na redução

das infecções do local cirúrgico (SSI) quando aplicados com consistência e adesão plena da equipa interdisciplinar.

Um estudo recente demonstrou que a adoção de *bundles* que combinam boas práticas como preparo da pele, profilaxia antibiótica adequada, manutenção da normotermia e higiene das mãos resultou numa redução significativa nas taxas de SSI em diversos tipos de cirurgia (Ching, 2024). De igual forma, evidências robustas mostraram que sistemas de saúde que adotaram protocolos estruturados e integrados de prevenção com envolvimento ativo do enfermeiro perioperatório, observaram diminuição de morbidade, mortalidade, tempo de internamento e custos hospitalares (APIC, 2024).

Mais especificamente, *bundles* voltados para a profilaxia antibiótica demonstraram eficácia quando incluíram critérios como administração dentro dos 60 minutos prévios à incisão, dosagem correta e adequação ao tipo de cirurgia. Para além disso mostraram reduções significativas em SSI, tanto em cirurgias ortopédicas quanto em procedimentos abdominais complexos (Chaker et al., 2024).

O enfermeiro perioperatório é o agente principal na implementação e coordenação destes protocolos. Diretrizes recentes da AORN enfatizam que o enfermeiro desempenha um papel-chave na liderança dos processos de prevenção de infeção, organizando o preparo da sala, verificando material estéril, coordenando a educação da equipa e assegurando o cumprimento dos *bundles* perioperatórios no tempo certo dentro do fluxo cirúrgico (Ellsworth et al., 2023). Ademais, estudos mostram que as intervenções são mais eficazes quando são combinadas com auditoria contínua, *feedback* em tempo real e envolvimento ativo da equipa na monitorização de indicadores de qualidade, práticas que fortalecem tanto a cultura de segurança como a adesão duradoura dos protocolos. (Horgan et al., 2024).

Na minha prática como enfermeira circulante, assumi a responsabilidade pela gestão do ambiente cirúrgico e pela disponibilidade dos materiais necessários, garantindo que todas as intervenções fossem realizadas em conformidade com os princípios de prevenção e controlo de infeção. Entre as medidas implementadas, destaco o controlo rigoroso da abertura das portas da sala operatória, a manutenção de um ambiente calmo e disciplinado e a limitação do número de pessoas presentes no interior da sala. Estas intervenções encontram suporte na literatura atual, que demonstra a associação entre o tráfego excessivo de pessoas, a abertura frequente de portas e o aumento da carga microbiana no ar, constituindo fator de risco para SSI. Ensaios recentes reforçam que estratégias como a limitação do movimento dentro da sala e a disciplina comportamental

da equipa reduzem significativamente a contaminação ambiental e melhoram a segurança cirúrgica (Chaker et al., 2024; Wolfhagen et al., 2022).

A vigilância constante sobre o cumprimento das normas de vestuário e sobre a técnica asséptica da equipa foi sempre mantida, assegurando a abertura do material cirúrgico em condições de esterilidade e registando todas as etapas no protocolo de cirurgia segura. Estas práticas estão em consonância com as recomendações internacionais mais recentes, que destacam a importância da vigilância ativa do enfermeiro perioperatório para reduzir falhas de assepsia e promover a rastreabilidade de cada procedimento. Uma revisão de 2023 sublinha que a aplicação de protocolos padronizados e a supervisão contínua das práticas assépticas são determinantes para prevenir infeções e reforçar a cultura de segurança no bloco operatório (Ellsworth et al., 2023).

Outra prática relevante durante o estágio foi a consulta antecipada do plano cirúrgico do dia seguinte, que me permitiu confirmar a disponibilidade de materiais e dispositivos específicos, assim como organizar o carrinho da circulante de forma adequada às necessidades de cada procedimento. Este planeamento prévio, reconhecido como prática de segurança pela literatura recente, contribui para reduzir atrasos intraoperatórios, minimizar interrupções e evitar riscos de infeção associados à improvisação durante a cirurgia. Estudos publicados entre 2022 e 2024 mostram que a preparação e verificação antecipada de recursos resultam em maior eficiência, redução de imprevistos e maior adesão aos protocolos de controlo de infeção (Horgan et al., 2024).

A preparação de todo o material cirúrgico incluiu a verificação da integridade das embalagens, da validade dos componentes e do acondicionamento adequado, elementos essenciais para garantir a segurança do processo. Trabalhos recentes evidenciam que falhas na cadeia de esterilização ou na verificação da integridade dos dispositivos estão associadas a aumento do risco de infeções, reforçando o papel crítico do enfermeiro circulante como supervisor direto destas etapas (Ching, 2024).

No interior da sala operatória, garanti o bom funcionamento da marquesa cirúrgica e dos seus acessórios, ajustando-os às necessidades de cada intervenção. Esta adaptação incluiu a colocação de braçais e suportes, bem como o posicionamento adequado dos membros superiores, sempre em conformidade com protocolos que visam não só a ergonomia cirúrgica, mas também a prevenção de complicações como lesões cutâneas ou neuromusculares. A literatura mais recente reforça que a segurança no posicionamento é uma das dimensões mais relevantes do cuidado perioperatório, associada tanto à

prevenção de lesões por pressão intraoperatórias como à redução do risco de infeções secundárias (Nikolic et al., 2025).

No contexto da prevenção da infeção do local cirúrgico (ILC), uma das minhas funções enquanto enfermeira circulante foi colaborar com a equipa responsável pelo Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA), assegurando a monitorização da higienização das mãos e a implementação do Feixe de Intervenções da Direção-Geral da Saúde (Norma n.º 020/2015, atualizada em 2022). Esta norma, alinhada com as recomendações internacionais, preconiza medidas fundamentais como a higiene corporal pré-operatória com clorexidina, a profilaxia antibiótica no tempo adequado, a evicção da tricotomia, a manutenção da normotermia, o controlo rigoroso da glicemia e a garantia de oxigenação adequada durante o período intraoperatório.

A literatura recente mostra que a adoção de *bundles* estruturados e consistentes com estas medidas está diretamente associada a uma redução significativa das taxas de ILC em diferentes contextos cirúrgicos (Ching, 2024; Wolfhagen et al., 2022). A higiene das mãos, monitorizada regularmente no serviço, foi um dos focos centrais, dada a sua eficácia comprovada na prevenção de infeções associadas aos cuidados de saúde. Relatórios internacionais publicados nos últimos cinco anos sublinham que a adesão sustentada às práticas de higienização das mãos reduz em até um terço a incidência de infeções hospitalares, incluindo SSI, sendo considerada a medida isolada de maior impacto preventivo (Berríos-Torres et al., 2017). A minha prática, ao reforçar a vigilância e corrigir comportamentos inadequados quando necessário, traduziu-se em alinhar a teoria com a prática quotidiana da equipa cirúrgica.

Outro aspeto fundamental foi a manutenção da normotermia, assegurando temperatura corporal $\geq 36^{\circ}\text{C}$ durante todo o perioperatório. A evidência atual confirma que a hipotermia perioperatória está associada a aumento de complicações infecciosas, coagulopatias e maior tempo de recuperação. Ensaios clínicos recentes demonstram que o uso de sistemas de aquecimento ativo, como mantas térmicas e colchões aquecidos, reduz substancialmente o risco de SSI e melhora o prognóstico dos doentes (Nikolic et al., 2025).

Em paralelo, garanti o controlo da glicemia capilar, especialmente em doentes com risco acrescido, como diabéticos, assegurando valores ≤ 180 mg/dl no período perioperatório. A literatura contemporânea reforça que a hiperglicemia é um dos fatores independentes mais relevantes para o aumento do risco de ILC, e que a sua monitorização

e correção ativa reduzem complicações e melhoram desfechos clínicos (Nouh et al., 2025). Também atuei na garantia de oxigenação adequada, mantendo saturações periféricas $\geq 95\%$ durante o intraoperatório. Estudos recentes indicam que níveis adequados de oxigenação tecidual estão diretamente relacionados com uma cicatrização eficiente e a uma menor incidência de SSI, recomendando-se que a administração suplementar de oxigênio seja ajustada de acordo com a condição clínica do doente e a complexidade da cirurgia (Berríos-Torres et al., 2017).

A prevenção e o controlo de infeções em contexto perioperatório exigem mais do que a aplicação de normas técnicas; requerem uma vigilância epidemiológica sistemática e uma cultura de segurança incorporada por toda a equipa. Durante o meu estágio, compreendi a importância de monitorizar continuamente indicadores como ILC, adesão à higiene das mãos, taxas de cumprimento da profilaxia antibiótica e manutenção da normotermia. A evidência científica recente confirma que programas de vigilância ativos, quando acompanhados de *feedback* às equipas clínicas, resultam em reduções significativas nas taxas de infeção e estimulam uma cultura organizacional mais comprometida com a segurança (Berríos-Torres et al., 2017; Wolfhagen et al., 2022).

Neste enquadramento, destaco o papel da educação da equipa de enfermagem. Como enfermeira circulante, promovi momentos de orientação, partilhando conhecimento sobre boas práticas de assepsia e discutindo com os colegas a importância de cada intervenção no *bundle* de prevenção de ILC. Revisões recentes mostram que estratégias de formação contínua, combinadas com auditoria e *feedback*, aumentam a adesão aos protocolos de prevenção de infeções e reduzem de forma consistente os eventos adversos em bloco operatório (Horgan et al., 2024). Estudos qualitativos também revelam que enfermeiros percebem o seu papel como central na segurança perioperatória, garantindo tanto a execução técnica correta quanto a supervisão das práticas da equipa (Habtie et al., 2025).

Todas estas práticas foram devidamente registadas em suporte papel e informático, garantindo rastreabilidade e possibilidade de auditoria futura. A documentação estruturada é considerada uma estratégia essencial para a qualidade e segurança, permitindo não só a monitorização de indicadores, mas também a retroalimentação necessária para melhoria contínua (Horgan et al., 2024).

A auditoria interna revelou-se igualmente uma prática estruturante. Registei dados clínicos relevantes (temperatura, glicemia, parâmetros do feixe de prevenção de ILC) e garanti que fossem rastreáveis para análises posteriores. Trabalhos atuais apontam que a

documentação sistemática e a análise periódica dos registos são determinantes para a melhoria contínua e para a implementação de ações corretivas em tempo oportuno (Horgan et al., 2024).

Para além disso, percebi a importância da cultura de segurança colaborativa. O trabalho em equipa, com comunicação clara e respeito pelas normas, criou um ambiente propício para a cooperação multidisciplinar. Estudos recentes confirmam que blocos operatórios com equipas que partilham valores de segurança e têm liderança clínica ativa apresentam melhores resultados em saúde, maior adesão às práticas de prevenção de infeção e menor incidência de complicações perioperatórias (Chaker et al., 2024; Ching, 2024). Assim, a minha experiência reforçou a noção de que a liderança do enfermeiro perioperatório na prevenção de infeções não se limita ao cumprimento técnico de protocolos, mas estende-se à vigilância epidemiológica, à promoção da aprendizagem contínua e à criação de um ambiente colaborativo.

A análise global das práticas desenvolvidas durante o estágio permitiu-me reconhecer que a liderança do processo de prevenção e controlo de infeção em contexto perioperatório exige não só a execução técnica rigorosa, mas também a capacidade de articular ciência, reflexão crítica e liderança colaborativa. A evidência contemporânea sublinha que a eficácia das medidas preventivas depende diretamente da forma como estas são integradas na cultura organizacional, envolvendo toda a equipa em torno de objetivos comuns de segurança (Horgan et al., 2024; Wolfhagen et al., 2022).

Do ponto de vista reflexivo, percebi que a liderança em prevenção e controlo de infeção vai além da execução: envolve antecipar riscos, educar colegas e sustentar uma prática de vigilância contínua. A literatura recente demonstra que o enfermeiro perioperatório, ao atuar como elo central entre o doente, a equipa e os protocolos institucionais, contribui para uma prática clínica mais segura, reduzindo a variabilidade e fortalecendo a confiança dos pacientes no sistema de saúde (Ellsworth et al., 2023; Habtie et al., 2025).

Assim, considero ter demonstrado a consecução da unidade de competência referente à liderança no processo de prevenção e controlo da infeção associada aos cuidados perioperatórios. Evidenciei a capacidade de planear, executar e avaliar intervenções de forma sistematizada e sustentada em evidência científica, promovendo não só a segurança e o bem-estar da pessoa, mas também a responsabilização e o envolvimento dos profissionais da equipa. A integração destas práticas no quotidiano clínico, aliada à aprendizagem contínua e ao compromisso ético, consolida uma

enfermagem perioperatória moderna, diferenciada e suportada pela melhor evidência disponível.

4.2.3 Promove a gestão e o controlo dos dispositivos médicos utilizados no perioperatório

Durante o estágio na UCA, deparei-me com uma realidade distinta daquela que vivencio no meu contexto profissional habitual. Enquanto no hospital onde exerço funções é frequente lidar com a escassez de recursos e a necessidade de improvisação, na UCA encontrei disponibilidade imediata e organização dos dispositivos médicos, incluindo instrumentais cirúrgicos e equipamentos de anestesia. Este contraste permitiu-me desempenhar as funções de enfermeira circulante com maior fluidez, garantindo maior eficiência dos procedimentos e reforçando a segurança do doente. Estudos mostram que a disponibilidade e gestão eficiente de recursos médicos está diretamente associada à redução de atrasos intraoperatórios, à melhoria da performance da equipa e a menores taxas de eventos adversos (Pasquer et al., 2024).

Assumi um papel ativo na gestão e controlo dos dispositivos médicos, com destaque para a contagem rigorosa de materiais quantificáveis, como compressas e agulhas, realizada no início e no final da cirurgia. Esta prática, já enfatizada pela AESOP, mantém-se central na atualidade, sendo confirmada por *guidelines* recentes da AORN (2022–2024), que recomendam dupla contagem colaborativa entre o enfermeiro circulante e o instrumentista e, sempre que possível, o uso de tecnologias de rastreamento como RFID (*Radio Frequency Identification*) ou códigos de barras para prevenir a retenção inadvertida de corpos estranhos no doente (Nikolic et al., 2025). Para além de prevenir incidentes graves, esta prática reforça o princípio ético de responsabilidade partilhada da equipa perioperatória.

A tomada de decisão informada, baseada na recolha e análise de dados relativos ao uso dos dispositivos médicos, revelou-se essencial para mitigar riscos e assegurar a melhoria contínua da prática perioperatória. Estudos destacam que a gestão integrada de consumíveis e equipamentos médicos promove não só a qualidade dos cuidados, mas também a sustentabilidade dos sistemas de saúde, permitindo reduzir desperdícios e assegurar o uso racional dos recursos (Nwosu et al., 2022). Enquanto enfermeira circulante, desenvolvi diversas atividades que sustentam a competência de gestão de dispositivos médicos. Assegurei a higienização e rastreabilidade do instrumental cirúrgico, colaborando na documentação do estado funcional e garantindo a

conformidade com normas de controlo de infeção. Este ponto é reforçado por evidência recente que destaca a importância da rastreabilidade completa dos dispositivos médicos, desde a esterilização até ao uso intraoperatório, como ferramenta essencial para prevenir infeções e facilitar auditorias de qualidade (Ching, 2024).

Verifiquei sistematicamente a integridade, disponibilidade e operacionalidade dos dispositivos médicos, assegurando sua utilização conforme as instruções dos fabricantes. A literatura destaca que falhas no cumprimento das recomendações dos fabricantes estão entre as principais causas de incidentes com dispositivos médicos em bloco operatório, levando a interrupções cirúrgicas, avarias e potencial risco ao doente, reforçando a necessidade de formação contínua da equipa e da adoção de *checklists* de verificação prévia. Uma revisão sistemática recente demonstrou que aproximadamente 24% dos erros cirúrgicos relacionados a tecnologia ocorrem por falhas em equipamentos e que a utilização de *checklists* específicos pode reduzir esses incidentes em cerca de 50% (Weerakkody et al., 2013).

Outra dimensão crítica foi a prevenção da retenção inadvertida de materiais através de procedimentos rigorosos de contagem e verificação. A evidência mostra que eventos sentinela relacionados com *retained surgical items* (RSI) continuam a ocorrer, mas que práticas como a contagem colaborativa, a comunicação estruturada e o uso de tecnologia de rastreio reduziram substancialmente a sua incidência nos últimos cinco anos (Chaker et al., 2024). Colaborei também no correto acondicionamento e rastreio de espécimes anátomo-patológicos e microbiológicos, garantindo rotulagem adequada e conferência dos dados do doente. A AORN atualizou recentemente as suas diretrizes de gestão de espécimes, salientando que erros de rotulagem e transporte representam uma das principais fontes de eventos adversos em anatomia patológica, sendo a dupla verificação e a documentação sistemática práticas recomendadas para reduzir falhas (AORN, 2020).

Durante o estágio, constatei também a relação estreita entre a UCA e o serviço de Esterilização, reconhecendo que a gestão do instrumental cirúrgico é um processo complexo que exige conhecimento técnico e rigor. Tive oportunidade de acompanhar o circuito de materiais, desde a lavagem e desinfeção até ao embalamento e esterilização, compreendendo a importância da rastreabilidade e do cumprimento das normas internacionais ISO relativas ao reprocessamento de dispositivos médicos. Revisões recentes apontam que falhas nos processos de esterilização ainda estão entre as principais

causas de infecção hospitalar, e que a formação contínua da equipa sobre esses circuitos é essencial para assegurar qualidade e segurança (Rutala & Weber, 2023).

Assim, através da prática reflexiva e fundamentada, reconheço que adquiri a unidade de competência relativa à gestão e controlo dos dispositivos médicos no perioperatório, consolidando capacidades técnicas e críticas que garantem rastreabilidade, eficiência e, sobretudo, segurança do doente e da equipa.

CAPÍTULO IV – REFLEXÃO SOBRE A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE MESTRE

De acordo com o Decreto-Lei nº 65/2018, de 16 de agosto o grau de Mestre é atribuído a todos os detentores de conhecimentos aprofundados e especializados na sua área de intervenção, e que demonstrem níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão. O grau de mestre é concebido numa especialidade aos indivíduos que demonstrem: Ter conhecimentos e capacidade de compreensão desenvolvendo e aprofundando os conhecimentos do 1º ciclo, assim como, use-os e aplique-os em contexto de investigação; Saber aplicar conhecimentos e demonstrem capacidade de compreensão e de resolução de problemas em contextos não familiares/novos inseridos na sua área de estudo; Capacidade de integração de conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões acerca das implicações e responsabilidades; Capacidade de comunicar as suas conclusões a especialistas e a não especialistas, de forma clara e sem ambiguidades; e Competências de autoaprendizagem (p.4162)

A formação de mestrado em Enfermagem, especificamente o Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, promovido pela Escola Superior de Saúde de Santa Maria (ESSSM) em consórcio com a Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, estrutura-se numa integração sólida entre teoria, investigação e prática clínica. O plano curricular, consultável no Diário da República e desenhado para responder aos requisitos da Ordem dos Enfermeiros, evidencia unidades transversais e disciplinas especializadas que sustentam a atuação científica, ética e organizacional do enfermeiro mestre (ESSSM, 2022). A componente de domínio avançado do conhecimento científico e aplicação prática é contemplada pelos objetivos do curso, que visam desenvolver competências profundas em investigação, inovação e resposta a problemas complexos.

Os estudantes são preparados para comunicar de forma clara com públicos diversos, consolidando uma formação que favorece intervenções contextualizadas e eficazes (ESSSM, 2022). No que diz respeito ao pensamento crítico e reflexão ética, o mestrado instaura uma base para a tomada de decisão informada e responsável, essencial em contextos perioperatórios complexos. Capacita os enfermeiros para resolver problemas inusitados, emitindo juízos com consideração das dimensões éticas e sociais envolvidas (ESSSM, 2022).

A investigação aplicada e a prática baseada na evidência assumem um papel central no plano formativo, ao capacitar o enfermeiro para integrar a melhor evidência disponível na prática clínica, promovendo a inovação e a qualidade dos cuidados perioperatórios. Uma *scoping review* confirma que a prática baseada na evidência consiste em combinar a melhor evidência disponível com a competência clínica do profissional e as preferências do doente, promovendo cuidados de saúde seguros, eficazes e custo-efetivos em ambiente hospitalar (Sousa et al., 2025).

O desenvolvimento da autonomia e da aprendizagem contínua também se destaca nos objetivos do mestrado: espera-se que os mestres adquiram capacidade para desenvolver aprendizagem autónoma ao longo da vida, consolidando uma prática evolutiva e adaptativa (ESSSM, 2022). A autonomia profissional ganhou uma nova dimensão ao longo do mestrado: compreendi que essa autonomia implica responsabilidade pelas decisões clínicas sustentadas em evidência e ética, especialmente em situações imprevisíveis ou de elevada complexidade. O modelo de enfermeiro especialista-mestre assume estas dimensões, equilibrando ação, evidência e julgamento clínico informado (Carson et al., 2023).

O Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2015) relembra que o enfermeiro é responsável pelos atos que pratica ou delega e que deve sempre agir no melhor interesse da pessoa. Esta consciência acompanhou-me em todo o percurso, sobretudo em situações em que foi necessário ponderar riscos, como na gestão da medicação ou na implementação de protocolos de segurança.

No âmbito do grau de Mestre em Enfermagem, impõe-se que o enfermeiro adote um papel de liderança clínica qualificada, capaz de organizar processos, mobilizar equipas e implementar práticas seguras baseadas na evidência. Em contexto perioperatório, essa liderança materializou-se através da dinamização de formações breves sobre medicação LASA, da introdução do método de comunicação estruturada ISBAR e da promoção de *briefings* e *debriefings*. A literatura recente destaca que comportamentos de liderança clínica englobam sobretudo comunicação eficaz, tomada de decisão, experiência clínica, mentoria, educação e desenvolvimento de equipas, fatores essenciais para promover modelos de cuidado inovadores e sustentáveis (Ramos et al., 2025).

Neste mesmo sentido, estudos confirmam que a liderança baseada na evidência potencia resultados organizacionais e clínicos mais eficazes. Uma revisão sistemática de métodos mistos concluiu que líderes de enfermagem que utilizam evidência científica

para fundamentar decisões melhoram o desempenho profissional, os resultados organizacionais e, indiretamente, os desfechos clínicos (Välimäki et al., 2024). Esta dimensão de liderança crítica reforçou significativamente a minha autonomia profissional, fortalecendo a tomada de decisões sustentadas em evidência mesmo em contextos de elevada pressão.

A comunicação eficaz, especialmente em ambiente perioperatório, é reconhecida como uma competência de nível avançado. O uso do ISBAR, nomeadamente, tem mostrado melhorar a qualidade dos *handover* perioperatórios e reduzir eventos adversos graves, ao estruturar o fluxo de informação e minimizar omissões críticas (Ferreira et al., 2025; Pun, 2023). Esta evidência respalda a minha experiência na promoção e monitorização do ISBAR em equipa, evidenciada pela melhoria contínua da continuidade de cuidados e diminuição de falhas comunicacionais.

O percurso de mestrado conferiu-me competências essenciais em inovação clínica, capacitando-me para identificar fragilidades e propor soluções simples, mas de alto impacto. Um exemplo concreto foi a criação de kits de etiquetas pré-formatadas para seringas, uma intervenção prática resultante da observação de falhas na administração de medicamentos. Este tipo de estratégia, embora aparentemente modesta, é fundamentada em evidência e ilustra como pequenas mudanças contextuais podem reforçar substancialmente a segurança medicamentosa. Como mencionado anteriormente, estudos recentes destacam que intervenções como a padronização da rotulagem de medicamentos, associadas a outras medidas de formação e organização, podem reduzir significativamente os erros em contextos críticos como unidades de cuidados intensivos neonatais e pediátricas (Hobe et al., 2024). Para além disso, a literatura científica sublinha que o enfermeiro com formação de mestrado deve desempenhar um papel ativo na promoção da segurança, através da inovação prática que envolve e sensibiliza a equipa para implementar mudanças sustentáveis e alinhadas com boas práticas de qualidade e cuidado centrado na pessoa (Hobe et al., 2024; Soni & Mannari, 2025).

Uma das marcas distintivas do grau de Mestre é a capacidade de integrar prática clínica e investigação científica. No meu percurso, a elaboração de relatórios críticos, a pesquisa bibliográfica sistemática e a utilização de taxonomias de enfermagem, como a CIPE®, permitiram fundamentar intervenções com base na melhor evidência disponível. A literatura confirma que os enfermeiros em funções de prática avançada desempenham um papel ativo em investigação, melhoria contínua da qualidade e tomada de decisão informada por evidência, dimensões essenciais da prática avançada em enfermagem

(Kilpatrick et al., 2024). No contexto do bloco operatório, essa competência expressa-se através da avaliação sistemática de indicadores sensíveis à qualidade e segurança, tais como a adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica (*WHO Surgical Safety Checklist*), o registo de incidentes clínicos e o cumprimento dos protocolos de prevenção de infeção. A disseminação da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica tem sido associada a uma redução significativa de complicações e mortalidade perioperatória, refletindo o impacto da pesquisa aplicada na segurança do paciente (Armstrong et al., 2022; Barimani et al., 2020; Dawod et al., 2024; Halterman et al., 2025).

O grau de Mestre também pressupõe a capacidade de aprendizagem autónoma ao longo da vida, essencial num contexto clínico em constante evolução. No meu caso, esta exigência traduziu-se numa atualização contínua em áreas como anestesia, controlo de infeções, gestão de risco e comunicação interprofissional, o que está alinhado com evidências que destacam a necessidade de fomentar competentes de prática baseada na evidência e melhoria da qualidade, pilares da prática avançada em enfermagem (Ylimäki et al., 2024).

A participação em formações internas, congressos e *workshops* consolidou ainda mais os meus saberes e possibilitou atuar como formadora e multiplicadora de boas práticas, nomeadamente nas temáticas da medicação LASA e do protocolo ISBAR. De facto, a literatura evidencia que enfermeiros com formação de nível de mestrado devem exercer o papel de educadores clínicos, promovendo a disseminação do conhecimento científico em contextos assistenciais (Kilpatrick et al., 2024; Michelle et al., 2022).

A produção e comunicação do conhecimento configuram-se como competências centrais do grau de Mestre em Enfermagem. Durante o meu percurso, a elaboração de reflexões críticas, a criação de folhetos educativos destinados a doentes e familiares, a conceção de panfletos sobre a cirurgia ao quisto sacrococcígeo (Apêndice 1) e o desenvolvimento de protocolos internos representaram contributos concretos à prática clínica local, com potencial de partilha em contextos institucionais mais alargados. A investigação correntemente destaca que intervenções educativas estruturadas, têm robusto impacto na redução da ansiedade pré-operatória e na promoção de recuperação mais eficaz, evidenciando o potencial dos materiais escritos combinados com ensino verbal na melhoria do bem-estar dos pacientes (Oliveira et al., 2024).

A competência de comunicação clara e adaptada a diferentes públicos é, igualmente, um requisito legal definido no Decreto-Lei n.º 65/2018, art. 15.º, que exige que o mestre em enfermagem saiba transmitir conclusões e raciocínios com rigor técnico-

científico, mas também de forma acessível a não especialistas. Esta capacidade tornou-se evidente na transmissão de informação dirigida à equipa de enfermagem, utilizando terminologia técnica, e aos doentes e familiares, com linguagem mais acessível e visualmente ilustrativa.

Ao longo do mestrado, compreendi que este grau ultrapassa o domínio técnico-científico: ele implica desenvolvimento de autocrítica, consciência das próprias limitações e abertura à aprendizagem contínua. A utilização do Ciclo de Reflexão de Gibbs foi essencial para transformar experiências práticas em momentos de crescimento pessoal e profissional, consolidando um pensamento clínico mais amadurecido. Este *framework* refletivo é amplamente reconhecido na enfermagem por sistematizar o processo de análise de experiências, desde a descrição, avaliação e análise até à conclusão e plano de ação, favorecendo o desenvolvimento contínuo e a melhoria prática (AN, 2024).

Autores recentes sublinham que a reflexão crítica constitui um dos alicerces da identidade do enfermeiro mestre, permitindo-lhe lidar com a incerteza, integrar dimensões éticas no processo de decisão e propor soluções inovadoras em contextos de elevada complexidade. Os programas focados no desenvolvimento da competência de reflexão crítica potenciam significativamente a capacidade de pensamento crítico, a autoconfiança e a eficácia profissional, reforçando o papel desta competência como essencial na formação avançada em enfermagem (Shin et al., 2023).

A atuação no bloco operatório, marcada por elevadas exigências clínicas e vulnerabilidade das pessoas, exige uma integração equilibrada entre ciência, técnica e humanismo. O Decreto-Lei n.º 65/2018 (art. 15.º) estipula de forma clara que o grau de mestre implica não apenas o domínio aprofundado de saberes, mas também a aplicação consciente desse conhecimento em contextos novos, multidisciplinares e complexos, embasando decisões em juízo fundamentado. A transformação na minha maneira de pensar e agir foi um dos aspetos mais marcantes deste percurso. Experiências concretas durante o estágio, como simplificar a linguagem junto de doentes com baixa literacia em saúde ou identificar riscos associados à medicação LASA, tornaram evidente que não basta aplicar protocolos; é necessário analisar o contexto, antecipar desafios e adaptar estratégias.

Outro pilar fundamental foi a pesquisa bibliográfica aprofundada, aplicada à elaboração de materiais como o panfleto educativo (Apêndice 1) e o Manual de Anestesia de Medicamentos LASA e Medicamentos de Alerta Máximo, permitiu transformar o

estágio num espaço de produção e aplicação de conhecimento prático e relevante. Desta forma, desenvolvi competências especializadas na produção e comunicação do conhecimento, traduzidas tanto na criação de materiais pedagógicos aplicados ao contexto clínico como na capacidade de adaptar a linguagem conforme o público, desde colegas especializados até doentes e familiares. Esta competência alinha-se com as exigências da formação avançada em enfermagem e com modelos contemporâneos de prática adaptativa, como o conceito de *Master Adaptive Learner* (MAL), que sublinha a aprendizagem autorregulada, a metacognição e a adaptabilidade em contextos imprevisíveis (Cutrer et al., 2017).

A aquisição das competências de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, representou um processo de crescimento profundo e multidimensional. Este percurso traduziu-se na integração de saberes especializados de enfermagem, onde ciência, técnica e humanismo se articulam de forma indissociável, sustentando práticas clínicas seguras e centradas na pessoa.

Paralelamente, possibilitou o desenvolvimento de uma capacidade crítica e refletiva, essencial para intervir em contextos novos, incertos e complexos, onde a tomada de decisão deve ser simultaneamente célere e fundamentada. Consolidou-se, ainda, uma autonomia responsável, alicerçada em evidência científica e princípios éticos, que me permite assumir decisões clínicas com segurança e responsabilidade profissional. No domínio da liderança, surgiu a dimensão formativa, tanto na capacitação de pares como na criação de instrumentos pedagógicos dirigidos a doentes e famílias, fortalecendo a literacia em saúde e a corresponsabilização no processo de cuidados.

A formação ao nível de mestrado incentivou igualmente a investigação aplicada e a inovação, convertendo problemas do quotidiano em oportunidades de melhoria contínua, numa lógica de prática baseada na evidência e de produção de conhecimento útil e transferível. Em paralelo, desenvolvi uma visão ampliada da colaboração interprofissional, reconhecendo a importância da coesão e da comunicação estruturada para a promoção da segurança do doente e da eficácia organizacional.

CONCLUSÃO

A realização do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, representou um percurso formativo exigente, multifacetado e profundamente transformador, que culmina com a elaboração do presente relatório. Este processo não se limitou à aquisição de conhecimentos técnico-científicos avançados, mas promoveu igualmente o desenvolvimento de competências relacionais, éticas e reflexivas que sustentam uma prática especializada, segura e humanizada, orientada para a qualidade e para a excelência dos cuidados.

A experiência vivenciada nos ensinamentos clínicos evidenciou a complexidade inerente ao bloco operatório, contexto em que a vulnerabilidade da pessoa em situação cirúrgica exige do enfermeiro mestre rigor técnico, mas também discernimento ético e capacidade de integrar ciência e humanismo. Neste enquadramento, o percurso desenvolvido reforçou a convicção de que o exercício da enfermagem perioperatória exige muito mais do que a execução técnica de protocolos: requer pensamento crítico, raciocínio clínico fundamentado e uma postura reflexiva contínua, capaz de sustentar decisões em ambientes marcados pela incerteza, pelo risco e pela necessidade de respostas céleres.

O processo de aprendizagem refletiu-se, de forma clara, na consolidação de competências de reflexão crítica. A análise sistemática das experiências, suportada por modelos de reflexão reconhecidos, permitiu transformar situações quotidianas em oportunidades de crescimento profissional, promovendo a construção de um raciocínio clínico mais maduro, seguro e fundamentado.

A investigação aplicada e a prática baseada na evidência constituíram eixos estruturantes deste percurso. A realização de revisões bibliográficas, a utilização de taxonomias de enfermagem como a CIPE® e a consulta sistemática de literatura atualizada sustentaram a implementação de intervenções com base científica sólida. Em ambiente perioperatório, esta competência traduziu-se em práticas como a monitorização da adesão à Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, a análise de riscos associados a medicamentos de alta vigilância (LASA) e a avaliação da conformidade com protocolos de prevenção da infeção. Estas ações demonstraram que o enfermeiro mestre deve assumir o papel de agente de mudança, transformando os resultados da investigação em melhorias concretas da prática assistencial.

A dinamização de sessões formativas sobre medicação LASA, a implementação do protocolo ISBAR e a elaboração de materiais educativos para doentes e familiares ilustraram a capacidade de intervir de forma pedagógica e transformadora. Esta experiência reforçou a noção de que a liderança em enfermagem transcende a gestão de recursos, implicando também a mobilização de equipas, a promoção de uma cultura de segurança e a capacitação dos pares. A função formativa, neste contexto, revelou-se indissociável do compromisso com a melhoria contínua da qualidade dos cuidados.

A dimensão ética assumiu-se como pilar transversal a todo o processo. O respeito pelo consentimento informado, a adequação da comunicação a diferentes níveis de literacia em saúde, a salvaguarda da privacidade e a defesa da dignidade da pessoa constituíram preocupações constantes, confirmando que o exercício da enfermagem perioperatória deve articular competência técnica com sensibilidade ética. Esta consciência traduziu-se em práticas mais responsáveis e sustentadas, nas quais cada decisão clínica foi ponderada não apenas em função da eficácia técnica, mas também do impacto humano.

Outro aspeto determinante foi o reforço da colaboração interprofissional. O trabalho em equipa multidisciplinar, intrínseco ao contexto do bloco operatório, evidenciou que a segurança e a eficácia dos cuidados dependem da qualidade da comunicação entre os profissionais. A introdução e monitorização de ferramentas estruturadas, como o ISBAR, permitiram ganhos visíveis na continuidade dos cuidados e na redução de falhas comunicacionais, confirmando a relevância do papel do enfermeiro mestre como facilitador da comunicação interprofissional.

O percurso permitiu ainda compreender que a enfermagem é uma disciplina em constante evolução, exigindo atualização permanente e aprendizagem ao longo da vida. A frequência de formações internas, congressos e *workshops*, aliada à participação ativa na disseminação de boas práticas, reforçou a minha consciência de que a obtenção do grau de Mestre não constitui um ponto de chegada, mas sim o início de um processo contínuo de aperfeiçoamento profissional e científico.

Assim, a formação realizada no âmbito do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, consolidou não só competências técnicas e científicas, mas também uma postura crítico-reflexiva, ética e inovadora. A integração de ciência, técnica e humanismo, associada ao compromisso com a prática baseada na evidência e com a aprendizagem contínua, permite-me assumir um perfil profissional mais autónomo, responsável e consciente.

Em síntese, este percurso constituiu uma oportunidade privilegiada de crescimento acadêmico e humano, que reforçou a minha capacidade de prestar cuidados diferenciados, seguros e centrados na pessoa. Ao mesmo tempo, consolidou o meu compromisso em contribuir ativamente para a excelência dos cuidados em contexto cirúrgico e para a evolução da enfermagem perioperatória enquanto disciplina científica e profissão.

BIBLIOGRAFIA

- Ahmed, A., Ho, C. W., Grant, Y., Archer, S., & Carrington, E. V. (2025). Acceptability of digital health interventions in perioperative care: a systematic review and narrative synthesis of clinician perspectives. *BMJ Open*, *15*(3), e086412. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-086412>
- Alqaraleh, M., Almagharbeh, W. T., & Ahmad, M. W. (2025). Exploring the impact of artificial intelligence integration on medication error reduction: A nursing perspective. *Nurse Education in Practice*, *86*, 104438. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nepr.2025.104438>
- Amir, H., Sri Hariyati, T., Novieastari, E., & Pakasi, T. A. (2024). Continuing professional development (CPD) impact for clinical and nursing practice: A systematic literature review. *Asia Pacific Journal of Health Management*, *19*(2), 197-205.
- AN. (2024). *Gibbs' Reflective Cycle* <https://nursinganswers.net/reflective-guides/gibbs-reflective-cycle.php?vref=1>
- Andreasen, E. M., Berg, H., Steinsbekk, A., Høigaard, R., & Haraldstad, K. (2023). The effect of using desktop VR to practice preoperative handovers with the ISBAR approach: a randomized controlled trial. *BMC Med Educ*, *23*(1), 983. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04966-y>
- Antonelli, M. T., Poza, R., Richards, R., & Vitello, J. (2024). Development of a master of science, nursing and interprofessional leadership program: AACN essentials in action. *Journal of Professional Nursing*, *51*, 27-34. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2024.01.005>
- AORN Position Statement on Perioperative Registered Nurse Circulator Dedicated to Every Patient Undergoing an Operative or Other Invasive Procedure, (2019). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/personnel-staffing/posstat_rn_circulator.pdf
- Guideline for Specimen Management
- Evidence Review and PRISMA, (2020). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/evidence-rating-and-tables/prisma-specimen-management-010424.pdf?sfvrsn=8861e05c_1&utm
- Perioperative Nursing: Scope and Standards of Practice, (2021a).
- Position Statement on the Value of the

- Perioperative Nurse Educator, (2021b). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/position-statements/education/posstat-valueperiopnursedu-0721.pdf?sfvrsn=f5ba20e1_1&utm_source=chatgpt.com
- 10 New Practices to Protect Patients from Positioning Injuries, (2022a). https://www.aorn.org/article/2022-10-10-Protect-Patients-from-Positioning-Injuries?utm_source=chatgpt.com
- Guideline for Patient Information Management
Evidence Review and PRISMA, (2022b). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/evidence-rating-and-tables/prisma-information-management-010324.pdf?sfvrsn=2682464_1&utm_source=chatgpt.com
- AORN. (2023). *2023 Guidelines: Your Guide to Major Practice Updates*. https://www.aorn.org/article/2023-guidelines-your-guide-to-major-practice-updates?utm_source=chatgpt.com
- Guideline for Patient Temperature Management
Evidence Review and PRISMA 2020, (2024). https://www.aorn.org/docs/default-source/guidelines-resources/evidence-rating-and-tables/prisma-patient-temperature-management-123024.pdf?sfvrsn=7f8f9a86_2&utm_source=chatgpt.com
- AORN Center of Excellence in Surgical Safety: Prevention of RSI, (2025a). <https://www.aorn.org/education/education-for-facilities/surgical-safety-center-of-excellence/retained-surgical-items-rsi>
- Guideline for Sharps Safety Evidence Review and PRISMA 2020, (2025b).
- AORN. (2025c). *Using Your Surgical Conscience in Perioperative Nursing*.
- APIC. (2024). *Surgical Site Infection Rates and other Secondary Outcomes Decrease Dramatically at Multi-state Hospital System Through Standardized, Preoperative, Surgical, Antibiotic Practices*. Retrieved 18-08-2025 from https://apic.org/surgical-site-infection-rates-and-other-secondary-outcomes-decrease-dramatically-at-multi-state-hospital-system-through-standardized-preoperative-surgical-antibiotic-practices/?utm_source=chatgpt.com
- Arad, D., Finkelstein, A., Rozenblum, R., & Magnezi, R. (2022). Patient safety and staff psychological safety: A mixed methods study on aspects of teamwork in the operating room [Original Research]. *Frontiers in Public Health, Volume 10 - 2022*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2022.1060473>
- Armstrong, B., Dutescu, I., Nemoy, L., Bhavsar, E., Carter, D., Ng, K.-D., Boet, S., Trbovich, P., & Palter, V. (2022). Effect of the surgical safety checklist on

provider and patient outcomes: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 31(6), 463. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014361>

Arnal-Velasco, D., Martinez-Nicolas, I., Fabregas, N., Bartakke, A., Calsbeek, H., Emond, Y., Groene, O., León, I., Žaludek, A., Nunes, A. B., Orrego, C., Pölluste, K., Rodriguez, A., Sanduende, Y., Schäfer, W., Silva-García, J., Soria, V., Sousa, P., Valli, C., Voshaar, M., Wittmann, M., Garel, P., Romero, E., Arnal-Velasco, D., Baneres, J., Bartakke, A., Calsbeek, H., Carrasco, G., Casaca-Carvalho, P., De Robertis, E., Emond, Y., Fabregas, N., Silva-Garcia, J., Garel, P., Groene, O., Heideveld-Chevalking, A., Kangasniemi, M., Kommusaar, J., Kristensen, K., Leite, A., Leon, I., Martínez-Nicolás, I., Marx, D., Nabbe, M., Nunes, A. B., Orrego, C., Pölluste, K., Pühvel, J., Romero-Garcia, E., Sanduende-Otero, Y., Schäfer, W., Schlinkert, C., Seyfulayeva, A., Soria-Aledo, V., Sousa, P., Starkopf, J., Sunol, R., Vall, H., Valli, C., van der Schoot, N., Van Tuyl, L., Vlcek, F., Voshaar, M., Wagner, C., Wang, S., Weynants, C., Žaludek, A., Zamarian, S., Diogo, N., Fernández, M. d. M., Garel, P., Groene, O., Heideveld-Chevalking, A., Leon, I., Peep, T., Schäfer, W., Voshaar, M., Wittmann, M., Zaludek, A., Ahmed, A., Angelis, F., Astier-Peña, M. P., Baptista, C., Bareka, M., Bielka, K., Bilbao, M., Bilotta, F., Vives, E. B., Boermeester, M., Brillhante, D., Carrascal, P., de Boer, H. D., Dekker, E., Delgado, P., Samalavicius, N. E., Farkas-Pall, Z., Fowler, A., Gigli, L., Haskell, H., Herda, R., Hofland, J., Hunt, B. J., Jammer, I., Kapper, J., Kovac, N., Kutryba, B., Martínez, S. L., Manker, T., Matta, B., Meço, B. C., Meijome, X. M., Mellin-Olsen, J., Murphy, M., Ntalouka, M., Ornelas, M. D., Papadakaki, M., Picard, J., Pietruszka, M., Preckel, B., Pütz, M., Radtke, F., Ramírez Rodríguez, J. M., Rondinelli, M. B., Pavlič, D. R., Schoemaker, E., Smid-Nanninga, H., Spedener, J., Staender, S., Starkopf, J., Haugen, A. S., Stern, M., Tansley, J., Tomášková, Z., van der Kolk, M., Venneri, F., Vieira dos Santos, P., Weigl, M., & Zoumprouli, A. (2025). Multidisciplinary, evidence-based, patient-centred perioperative patient safety recommendations: a European consensus study. *British Journal of Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.04.047>

Arriaga, A. F. (2021). The PATH to patient safety. *British Journal of Anaesthesia*, 127(6), 830-833. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.09.006>

ASA. (2020). Statement on ASA physical status classification system. *American Society of Anesthesiologists*.

- ASA. (2021). *Statement on Practice Parameters*. Committee on Standards and Practice Parameters. Retrieved 18-08-2025 from https://www.asahq.org/standards-and-practice-parameters/statement-on-practice-parameters?utm_source=chatgpt.com
- ASA. (2024). *ASA Physical Status Classification*. Retrieved 16-08-2025 from https://www.openanesthesia.org/keywords/asa-physical-status-classification/?utm_source=chatgpt.com
- Baptista, R., Williams, M., & Price, J. (2023). Improving the impact of pharmacy interventions in hospitals. *BMJ Open Qual*, *12*(4). <https://doi.org/10.1136/bmj-oq-2023-002276>
- Barimani, B., Ahangar, P., Nandra, R., & Porter, K. (2020). The WHO Surgical Safety Checklist: A Review of Outcomes and Implementation Strategies. *Perioperative Care and Operating Room Management*, *21*, 100117. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2020.100117>
- Bass, E. J., & Hose, B.-Z. (2023). Perioperative Environment Safety Culture: A Scoping Review Addressing Safety Culture, Climate, Enacting Behaviors, and Enabling Factors. *Anesthesiology Clinics*, *41*(4), 755-773. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2023.06.004>
- Becker, C., Zumbunn, S., Beck, K., Vincent, A., Loretz, N., Müller, J., Amacher, S. A., Schaefer, R., & Hunziker, S. (2021). Interventions to Improve Communication at Hospital Discharge and Rates of Readmission: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Network Open*, *4*(8), e2119346-e2119346. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.19346>
- Berrios-Torres, S. I., Umscheid, C. A., Bratzler, D. W., Leas, B., Stone, E. C., Kelz, R. R., Reinke, C. E., Morgan, S., Solomkin, J. S., Mazuski, J. E., Dellinger, E. P., Itani, K. M. F., Berbari, E. F., Segreti, J., Parvizi, J., Blanchard, J., Allen, G., Kluytmans, J. A. J. W., Donlan, R., Schechter, W. P., & Committee, f. t. H. I. C. P. A. (2017). Centers for Disease Control and Prevention Guideline for the Prevention of Surgical Site Infection, 2017. *JAMA Surgery*, *152*(8), 784-791. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2017.0904>
- Brodersen, F., Wagner, J., Uzunoglu, F. G., & Petersen-Ewert, C. (2023). Impact of Preoperative Patient Education on Postoperative Recovery in Abdominal Surgery: A Systematic Review. *World Journal of Surgery*, *47*(4), 937-947. <https://doi.org/10.1007/s00268-022-06884-4>

- Bulto, L. N., & Hendriks, J. M. (2023). The role of nurse-led interventions to empower patients in cardiovascular care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23(2), e17-e19. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvad095>
- Carson, O., McAloon, T., Brown, D., & McIlfatrick, S. (2023). Exploring the contribution and impact of master's education for leadership development in adult general nursing: a scoping review. *Nurse Education in Practice*, 71, 103697.
- Castro-Bolívar, J., Arroyo-Monterroza, D., Barroso-Aguas, S., Nuñez-Molina, J., & Gamarra-Ramos, C. (2023). Disminución de errores de medicación Look-Alike Sound-Alike, mediante la implementación de estrategias preventivas en una clínica de III nivel Barranquilla-Colombia. *Revista de la OFIL*, 33(1), 70-78.
- Sharps Safety Program Resources, (2024).
- Chaker, S. C., James, A. J., Perdikis, G., & Nthumba, P. (2024). Surgical care bundles for surgical site infection prevention in high-income and low-to-middle-income countries: A comparative review. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 35, 100406. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcorm.2024.100406>
- Ching, P. R. (2024). Care Bundles in Surgical Site Infection Prevention: A Narrative Review. *Current Infectious Disease Reports*, 26(6), 163-172. <https://doi.org/10.1007/s11908-024-00837-9>
- CMPHU, C. f. M. P. f. H. U. (2023). *Guideline on the acceptability of names for human medicinal products processed through the centralised procedure*. C. f. M. P. f. H. U. Use.
- CMS. (2024). *What's in a name? Updated EMA guideline on naming medicinal products processed through the centralised procedure comes into effect*. <https://cms.law/en/gbr/publication/what-s-in-a-name-updated-ema-guideline-on-naming-medicinal-products-processed-through-the-centralised-procedure-comes-into-effect>
- Costa, L. P. F. d. (2020). Estratégias de enfermagem para prevenir o erro de medicação look-alike sound-alike.
- Cutrer, W. B., Miller, B., Pusic, M. V., Mejicano, G., Mangrulkar, R. S., Gruppen, L. D., Hawkins, R. E., Skochelak, S. E., & Moore Jr, D. E. (2017). Fostering the development of master adaptive learners: a conceptual model to guide skill acquisition in medical education. *Academic medicine*, 92(1), 70-75.

- Davidson, M., & Litchfield, K. (2024). Patient recovery and the post-anaesthesia care unit. *Anaesthesia & Intensive Care Medicine*, 25(8), 533-536. <https://doi.org/10.1016/j.mpaic.2024.06.018>
- Dawod, M. d. S., Alswerki, M. N., Alelaumi, A., Shaqar, M. G., Al-Habashneh, F. M., Alshloul, S. A., Burghol, M., Al-Rawashdah, S. F., Amir, M. W., & Alkhasawneh, M. H. (2024). Impact of structured checklist-based preoperative counseling versus standard counseling on postoperative patient-reported outcomes after elective surgery. *BMC Health Services Research*, 24(1), 1405. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11916-x>
- Deborah Brennan, D., & Lori Wendt, B. (2021). Increasing quality and patient outcomes with staff engagement and shared governance. *Online Journal of Issues in Nursing*, 26(1), 1-10.
- Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026, (2021). <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- DGS. (2023). *Normas para a melhoria contínua da qualidade no sistema de saúde*. <https://normas.dgs.min-saude.pt/>
- Drago, J., Scollo, S., Cosmai, S., Cattani, D., Modena, G., Mancin, S., Morales Palomares, S., Petrelli, F., Marfella, F., Cangelosi, G., Lopane, D., & Mazzoleni, B. (2025). The Impact of Intraoperative Traffic and Door Openings on Surgical Site Infections: An Umbrella Review. *Surgeries*, 6(3), 61. <https://www.mdpi.com/2673-4095/6/3/61>
- Duff, J., Bowen, L., & Gumuskaya, O. (2022). What does surgical conscience mean to perioperative nurses: An interpretive description. *Collegian*, 29(2), 147-153.
- Durand, M., Castelli, C., Roux-Marson, C., Kinowski, J.-M., & Leguelinel-Blache, G. (2024). Evaluating the costs of adverse drug events in hospitalized patients: a systematic review. *Health Economics Review*, 14(1), 11. <https://doi.org/10.1186/s13561-024-00481-y>
- Ebbers, T., Kool, R. B., Smeele, L. E., Dirven, R., den Besten, C. A., Karssemakers, L. H. E., Verhoeven, T., Herruer, J. M., van den Broek, G. B., & Takes, R. P. (2022). The Impact of Structured and Standardized Documentation on Documentation Quality; a Multicenter, Retrospective Study. *Journal of Medical Systems*, 46(7), 46. <https://doi.org/10.1007/s10916-022-01837-9>

- Ellsworth, M., Peneza, D., & Ostrosky-Zeichner, L. (2023). Perioperative Nurses: Key to Surgical Site Infection Prevention. *Aorn j*, 117(5), 267-269. <https://doi.org/10.1002/aorn.13920>
- EORNA. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care*. European Operating Room Nurses Association
- ERS. (2023). *Consentimento informado*. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Escauriza, A. J. J., Gellings, J. A., Iverson, K. R., Leal, B. R., Ortiz, G. C., Garcia, M. M., Herrera, W. M. S., Lavandero, A. L. G., Laffita, N. M., Oduardo, A. S., McLarren, J., Valdes, Y., De Moya, M. A., & Vega, B. M. (2025). Culture of patient safety and team communication in the operating room of a university hospital in Cuba. *Global Surgical Education - Journal of the Association for Surgical Education*, 4(1), 36. <https://doi.org/10.1007/s44186-024-00342-6>
- Escher, C., Rystedt, H., Creutzfeldt, J., Meurling, L., Hedman, L., Felländer-Tsai, L., & Kjellin, A. (2023). All professions can benefit — a mixed-methods study on simulation-based teamwork training for operating room teams. *Advances in Simulation*, 8(1), 18. <https://doi.org/10.1186/s41077-023-00257-0>
- ESSSM. (2022). *Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Escola Superior Saúde Santa Maria. Retrieved 19-08-2025 from <https://www.santamariasaude.pt/mestrados/mestrado-em-enfermagem-medico-cirurgica/?utm>
- Etheridge, J. C., Moyal-Smith, R., Yong, T. T., Lim, S. R., Sonnay, Y., Lim, C., Tan, H. K., Brindle, M. E., & Havens, J. M. (2024). Transforming Team Performance Through Reimplementation of the Surgical Safety Checklist. *JAMA Surgery*, 159(1), 78-86. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2023.5400>
- Fassbinder, M., & Abernathy, J. H. (2024). Chapter 14 - Redesigning the operating room for safety. In J. A. Sanchez, R. S. D. Higgins, & P. S. Kent (Eds.), *Handbook of Perioperative and Procedural Patient Safety* (pp. 231-244). Elsevier. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/B978-0-323-66179-9.00010-5>
- Fininets, V., Adamakidou, T., Mantzorou, M., Mastrogiannis, D., Govina, O., & Tsiou, C. (2022). The Effect of Preoperative Educational Intervention on Anxiety and Pain of Patients Undergoing Spinal Decompression Surgery: A Pilot Randomized Controlled Study. *Cureus*, 14(8), e28368. <https://doi.org/10.7759/cureus.28368>

- Ferguson, M., Sampson, C., Duff, J., & Green, T. (2022). Integrated simulations to build teamwork, safety culture and efficient clinical services: A case study. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(3), 3–15. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1168>
- Fernandes, D. S. C., Cerejo, M. N. R., & Gonçalves, M. A. R. (2024). Ensino pré-operatório de enfermagem: Impacto na ansiedade da pessoa submetida a cirurgia. *Journal of Nursing Referência*, 1-8.
- Ferorelli, D., Benevento, M., Vimercati, L., Spagnolo, L., De Maria, L., Caputi, A., Zotti, F., Mandarelli, G., Dell'Erba, A., & Solarino, B. (2022). Improving Healthcare Workers' Adherence to Surgical Safety Checklist: The Impact of a Short Training [Original Research]. *Frontiers in Public Health*, Volume 9 - 2021. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2021.732707>
- Ferreira, M. T., Ramalho, S., Silva, T., Oliveira, F., Gonçalves, R., & Araújo, N. (2025). Impact of clinical governance in nursing: a literature systematics review. *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(27), e40383. <https://doi.org/10.29352/mill0227.40383>
- Fliegenschmidt, J., Merkel, M. J., von Dossow, V., & Zwißler, B. (2023). Strukturierte Patientenübergabe in Hochrisikobereichen. *Die Anaesthesiologie*, 72(3), 183-188. <https://doi.org/10.1007/s00101-022-01249-x>
- Fong, A., Kazi, S., Kazanas, M., Ratwani, R. M., & Hettinger, A. Z. (2022). Estimating the frequency of automated dispensing cabinet discrepancy safety events using Markov models. *Drugs & Therapy Perspectives*, 38(3), 146-155. <https://doi.org/10.1007/s40267-022-00900-2>
- Fridrich, A., Imhof, A., Staender, S., Brenni, M., & Schwappach, D. (2022). A quality improvement initiative using peer audit and feedback to improve compliance. *International Journal for Quality in Health Care*, 34(3). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzac058>
- Giannetta, N., Dionisi, S., Tonello, M., Cappadona, R., Di Muzio, M., & Di Simone, E. (2021). Educational intervention to improve the safety medication process: a review using the GRADE approach. *Journal of Pharmaceutical Health Services Research*, 12(3), 434-443. <https://doi.org/10.1093/jphsr/rmab014>
- Gonçalves, M. A. R., Pereira, M., & Machado, N. (2025). The Impact of Implementing a Preoperative Nursing Consultation: A Pre-Experimental Study. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(4), e39954. <https://doi.org/10.12707/RVI25.6.39954>

- Grailey, K., Hussain, R., Wylleman, E., Ezzat, A., Huf, S., & Franklin, B. D. (2023). Understanding the facilitators and barriers to barcode medication administration by nursing staff using behavioural science frameworks. A mixed methods study. *BMC Nursing*, 22(1), 378. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01382-x>
- Groenen, H., Jalalzadeh, H., Bontekoning, N., Bediako-Bowan, A. A. A., Buis, D. R., Dreissen, Y. E. M., Eskes, A. M., Goosen, J. H. M., Gray, M. L., Griekspoor, M., Hollenbeck, B. L., IJpma, F. F. A., van der Laan, M. J., Labi, A.-K., Mathijssen, N. M. C., Miles, B. A., Mølbak, K., Orsini, R. G., Prakken, F. J., Schaad, R. R., Segers, P., Stauning, M. A., van der Zwet, W. C., de Jonge, S. W., Wolfhagen, N., Hannink, G., & Boermeester, M. A. (2025). Effect of the number of door openings in the operating room on surgical site infections: individual-patient data meta-analysis. *BJS Open*, 9(3). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zraf044>
- Guntschnig, S., Barbosa, R., Jenzer, H., Greening, M., Hayde, J., Heery, H., Iglesias Serrano, M. C., Lajtmanová, K., Rossin, E., Tentova-Peceva, S., Kohl, S., & Mulac, A. (2025). Tackling medication errors: how a systems approach improves patient safety. *European Journal of Hospital Pharmacy*, ejhpharm-2025-004533. <https://doi.org/10.1136/ejhpharm-2025-004533>
- Habtie, T. E., Feleke, S. F., Terefe, A. B., & Adisu, M. A. (2025). Beyond compliance: examining the completeness and determinants of WHO surgical safety checklist - a systematic review and meta-analysis. *BMC Health Services Research*, 25(1), 504. <https://doi.org/10.1186/s12913-025-12569-0>
- Halterman, R. S., Darnell, B., Anukam, C., Wilkes, E., & Broxton, S. (2025). Evaluation of Postanesthesia Handoff Checklist on Patient Outcomes in an Adult Postanesthesia Care Unit. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 40(3), 664-667. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.08.008>
- Han, N., Jeong, S. H., Lee, M. H., & Kim, H. S. (2024). Impacts of Just Culture on Perioperative Nurses' Attitudes and Behaviors With Regard to Patient Safety Incident Reporting: Cross-Sectional Nationwide Survey. *Asian Nursing Research*, 18(4), 323-330. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.anr.2024.09.001>
- Harris, K., Søfteland, E., Moi, A. L., Harthug, S., Ravnøy, M., Storesund, A., Jurmy, E., Thakkar, B., Haaverstad, R., Skeie, E., Valen, H. W., Sevdalis, N., & Haugen, A. S. (2022). Development and validation of patients' surgical safety checklist. *BMC Health Services Research*, 22(1), 259. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07470-z>

- Hashemi, G., Zhang, Y., Wu, Y., He, W., Sun, L., Lee, H., Wilson-Keates, B., & Zheng, B. (2024). Perioperative inter-professional education training enhance team performance and readiness. *Clinical Simulation In Nursing*, 97. <https://doi.org/10.1016/j.ecns.2024.101655>
- Haugen, A. S. (2023). Modifications of the World Health Organization’s Surgical Safety Checklist—Ways Forward to Ensure Sustainable Implementation. *JAMA Network Open*, 6(6), e2317100-e2317100. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.17100>
- Hobe, S., Schoberer, M., Orlikowsky, T., Müller, J., Kusch, N., & Eisert, A. (2024). Impact of a Bundle of Interventions on the Spectrum of Parenteral Drug Preparation Errors in a Neonatal and Pediatric Intensive Care Unit. *Journal of Clinical Medicine*, 13(20), 6053. <https://www.mdpi.com/2077-0383/13/20/6053>
- Hogerwaard, M., Stolk, M., van Dijk, L., Faasse, M., Kalden, N., Hoeks, S. E., Bal, R., & Ter Horst, M. (2023). Implementation of barcode medication administration (BMCA) technology on infusion pumps in the operating rooms. *BMJ Open Quality*, 12(2).
- Horgan, S., Hegarty, J., Drennan, J., Keane, D., & Saab, M. M. (2024). The effect of interventions on the incidence of surgical site infections in acute care settings: A systematic review. *Journal of Tissue Viability*, 33(1), 75-88. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jtv.2023.11.004>
- Hossain, S. (2024). The Effectiveness of Nurse-Led Discharge Planning in Surgical Wards. *J. Med. Surg. Nurs.*, 1(1), 5-7.
- Howick, J. (2025). One in ten patient safety incidents in hospitals due to poor communication. *Medical Press*. https://respiratory-therapy.com/department-management/clinical/poor-communication-causes-patient-safety-incidents/?utm_source=chatgpt.com
- ICN. (2021). *The ICN code of ethics for nurses*. International Council of Nurses.
- INE. (2021). *Censos 2021: Resultados definitivos*. <https://censos.ine.pt>
- Institute for Safe Medication Practices, I. (2023). FDA and ISMP lists of look-alike drug names with recommended tall man letters. <https://www.fda.gov/drugs/medication-errors-related-cder-regulated-drug-products/fda-name-differentiation-project>
- ISMP. (2020). *ISMP Medication Error Reduction Strategies – Hierarchy of Effectiveness*.
- ISMP. (2023). *ISMP List of Confused Drug Names*. www.ismp.org

- Jaam, M., Naserallah, L. M., Hussain, T. A., & Pawluk, S. A. (2021). Pharmacist-led educational interventions provided to healthcare providers to reduce medication errors: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One*, *16*(6), e0253588. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253588>
- Jamshid Malekara, N., Larti, N., Shirzadi, A., & Bozorgmehr, R. (2025). Comparing the effects of curvilinear position and micromovement on prevention of intraoperative acquired pressure injuries among patients undergoing surgery in the supine position: A randomized controlled trial. *Injury*, *56*(6), 112327. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.injury.2025.112327>
- Jaulin, F., Lopes, T., & Martin, F. (2021). Standardised handover process with checklist improves quality and safety of care in the postanaesthesia care unit: the Postanaesthesia Team Handover trial. *British Journal of Anaesthesia*, *127*(6), 962-970. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2021.07.002>
- JC. (2023). *Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: MM.01.01.03 Medication Management Standards*. The Joint Commission. <https://www.jointcommission.org>
- John, S. M., Jonathan, L., Stacey, L., Amy, R., Donald, S., & Joan, C. (2023). Requirements for implementing a 'just culture' within healthcare organisations: an integrative review. *BMJ Open Quality*, *12*(2), e002237. <https://doi.org/10.1136/bmjoq-2022-002237>
- 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*, *37*(1), 34-39. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>
- Kang, E., Chaboyer, W., Tobiano, G., & Gillespie, B. (2022). Evaluating the feasibility of a web-based discharge education programme to improve general surgical patients' postdischarge recovery: a pilot randomised controlled trial. *BMJ Open*, *12*(2), e054038. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-054038>
- Katayama, H., Muramatsu, T., Aoki, Y., & Nagashima, E. (2022). Psychometric evaluation of the Ethical Caring Competency Scale in nursing. *BMC Nursing*, *21*(1), 103. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-00886-2>
- Khoury, P., & Usta, U. (2024). Reducing Perioperative Medication Errors: How to Build Safer Systems. In J. J. Hoballah, H. M. A. Kaafarani, & G. Tsoulfas (Eds.),

- Principles of Perioperative Safety and Efficiency* (pp. 49-67). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-41089-5_4
- Kilpatrick, K., Geese, F., Zhou, W., & Bryant-Lukosius, D. (2024). Advanced Practice Nurses and Engagement in Research, Quality Improvement, and Evidence-Informed Decision-Making. In M. Rogers, D. Lehwaldt, J. Roussel, & M. Acorn (Eds.), *Advanced Practice Nurse Networking to Enhance Global Health* (pp. 143-161). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-39740-0_8
- Koyama, A. K., Maddox, C.-S. S., Li, L., Bucknall, T., & Westbrook, J. I. (2020). Effectiveness of double checking to reduce medication administration errors: a systematic review. *BMJ Quality & Safety*, 29(7), 595. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2019-009552>
- Lamont, S., Kumar, Z., & Bhusal, P. (2025). Recognising and responding to acute patient deterioration in the perioperative environment – A simulation-based learning approach to meeting National Healthcare Standards criteria. *Collegian*, 32(1), 46-52. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2024.12.002>
- Lasater, K. B., Aiken, L. H., Sloane, D. M., French, R., Martin, B., Reneau, K., Alexander, M., & McHugh, M. D. (2021). Chronic hospital nurse understaffing meets COVID-19: an observational study. *BMJ Quality & Safety*, 30(8), 639. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2020-011512>
- Lazzari, C., & Rabottini, M. (2025). The use of Introduction, Situation, Background, Assessment, and Recommendation handover in the COVID-19 pandemic and non-COVID clinical settings: a systematic review and meta-analysis [Systematic Review]. *Frontiers in Health Services, Volume 5 - 2025*. <https://doi.org/10.3389/frhs.2025.1380948>
- Lekens, A. L. B., Drageset, S., & Hansen, B. S. (2025). Knowing how, arguing why: nurse anaesthetists' experiences of nursing when caring for the surgical patient. *BMC Nursing*, 24(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-02752-3>
- Li, G., Walco, J. P., Mueller, D. A., Wanderer, J. P., & Freundlich, R. E. (2021). Reliability of the ASA Physical Status Classification System in Predicting Surgical Morbidity: a Retrospective Analysis. *J Med Syst*, 45(9), 83. <https://doi.org/10.1007/s10916-021-01758-z>
- Link, T. (2021). Guidelines in practice: Electrosurgical safety. *AORN journal*, 114(1), 60-72.

- Lizano-Díez, I., Figueiredo-Escribá, C., Piñero-López, M., Lastra, C. F., Mariño, E. L., & Modamio, P. (2020). Prevention strategies to identify LASA errors: building and sustaining a culture of patient safety. *BMC Health Serv Res*, 20(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4922-3>
- Lizano-Díez, I., Figueiredo-Escribá, C., Piñero-López, M. Á., Lastra, C. F., Mariño, E. L., & Modamio, P. (2020). Prevention strategies to identify LASA errors: building and sustaining a culture of patient safety. *BMC Health Services Research*, 20(1), 63. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-4922-3>
- Logroño, K. J., Al-Lenjawi, B. A., Singh, K., & Alomari, A. (2023). Assessment of nurse's perceived just culture: a cross-sectional study. *BMC Nursing*, 22(1), 348. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01478-4>
- Lohmeyer, Q., Schiess, C., Wendel Garcia, P. D., Petry, H., Strauch, E., Dietsche, A., Schuepbach, R. A., Buehler, P. K., & Hofmaenner, D. A. (2023). Effects of tall man lettering on the visual behaviour of critical care nurses while identifying syringe drug labels: a randomised in situ simulation. *BMJ Quality & Safety*, 32(1), 26. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-014438>
- Lukewich, J., Asghari, S., Marshall, E. G., Mathews, M., Swab, M., Tranmer, J., Bryant-Lukosius, D., Martin-Misener, R., Norful, A. A., Ryan, D., & Poitras, M.-E. (2022). Effectiveness of registered nurses on system outcomes in primary care: a systematic review. *BMC Health Services Research*, 22(1), 440. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-07662-7>
- Manon, H., Muriël, S., Liselotte van, D., Mariët, F., Nico, K., Sanne Elisabeth, H., Roland, B., & Maarten ter, H. (2023). Implementation of barcode medication administration (BMCA) technology on infusion pumps in the operating rooms. *BMJ Open Quality*, 12(2), e002023. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2022-002023>
- Martinez-Nicolas, I., Arnal-Velasco, D., Romero-García, E., Fabregas, N., Sanduende Otero, Y., Leon, I., Bartakke, A. A., Silva-Garcia, J., Rodriguez, A., Valli, C., Zamarian, S., Zaludek, A., Meneses-Echavez, J., Loaiza-Betancur, A. F., Sousa, P., Orrego, C., Soria-Aledo, V., Consortium, S., & of, o. b. (2024). Perioperative patient safety recommendations: systematic review of clinical practice guidelines. *BJS Open*, 8(6). <https://doi.org/10.1093/bjsopen/zrae143>
- Martins Esteves, I., Silva Coelho, M., Neves, H., Pestana-Santos, M., & Santos, M. (2022). Effectiveness of family-centred educational interventions for anxiety, pain and behaviours of children and adolescents and anxiety of their parents during the

- perioperative journey: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Perioperative Nursing*, 35(1), 6–25, s21–s18. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1153>
- McCain, S., Almond, E., Wong, A., & Bonom, J. (2023). Decreasing Perioperative Medication Errors with Standardized Labeling Education.
- McCarthy, S., Motala, A., Lawson, E., & Shekelle, P. G. (2025). Use of structured handoff protocols for within-hospital unit transitions: a systematic review from Making Healthcare Safer IV. *BMJ Quality & Safety*, bmjqs-2024-018385. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2024-018385>
- McEvoy, M. D., & Abernathy, J. H., III. (2023). Perioperative Safety Culture: Principles, Practices, and Pragmatic Approaches. *Anesthesiology Clinics*, 41(4), xvii-xix. <https://doi.org/10.1016/j.anclin.2023.04.001>
- Meyer, T. A., & McAllister, R. (2023). Medication errors related to look-alike, sound-alike drugs—how big is the problem and what progress is being made. *APSF Newsletter*, 38, 47-49.
- Michelle, C. W., Shalini, A., Kimberly, P., Susanna Ritchie, M., Dina, H., Ijeoma, O., Olivia, C., Maryann, T., Jaymie Claire Ang, H., & Nick, S. (2022). Scaling up of safety and quality improvement interventions in perioperative care: a systematic scoping review of implementation strategies and effectiveness. *BMJ Global Health*, 7(10), e010649. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-010649>
- Mulac, A., Mathiesen, L., Taxis, K., & Gerd Granås, A. (2021). Barcode medication administration technology use in hospital practice: a mixed-methods observational study of policy deviations. *BMJ Quality & Safety*, 30(12), 1021. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2021-013223>
- Namara, C. M., O'Brien, B., & O'Reilly, P. (2023). The learning experiences of student nurses in the perioperative environment: An integrative literature review. *Nurse Education Today*, 131, 105985. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.nedt.2023.105985>
- Nanji, K. C., Merry, A. F., Shaikh, S. D., Pagel, C., Deng, H., Wahr, J. A., Gelb, A. W., & Orser, B. A. (2020). Global PRoMiSe (Perioperative Recommendations for Medication Safety): protocol for a mixed-methods study. *BMJ Open*, 10(6), e038313. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-038313>
- Naseralallah, L., Koraysh, S., Alasmar, M., & Aboujabal, B. (2025). The role of pharmacists in mitigating medication errors in the perioperative setting: a

- systematic review. *Systematic Reviews*, 14(1), 12. <https://doi.org/10.1186/s13643-024-02710-1>
- Nasiri, E., Lotfi, M., Mahdavinoor, S. M. M., & Rafiei, M. H. (2021). The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shift changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *Patient Safety in Surgery*, 15(1), 25. <https://doi.org/10.1186/s13037-021-00299-1>
- Ng, S. X., Wang, W., Shen, Q., Toh, Z. A., & He, H. G. (2021). The effectiveness of preoperative education interventions on improving perioperative outcomes of adult patients undergoing cardiac surgery: a systematic review and meta-analysis *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 21(6), 521-536. <https://doi.org/10.1093/eurjcn/zvab123>
- Nikolic, V., Markovic-Denic, L., Kmezic, S., Radovanovic, A., Nektarijevic, D., Djokic-Kovac, J., Knezevic, D., & Antic, A. (2025). Empowering patients through a perioperative prevention bundle to reduce surgical site infections in colorectal surgery. *American Journal of Infection Control*, 53(7), 753-759. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ajic.2025.03.151>
- Notarnicola, I., Dervishi, A., Duka, B., Grosha, E., Gioiello, G., Carrodano, S., Rocco, G., & Stievano, A. (2025). A Systematic Review of Nursing Competencies: Addressing the Challenges of Evolving Healthcare Systems and Demographic Changes. *Nursing Reports*, 15(2), 56. <https://www.mdpi.com/2039-4403/15/2/56>
- Nouh, F. M., Abualruz, H., Mohamed, R. F., Yousef, A. A.-E., Al Hrinat, J., Hendi, A. G., Ashour, E. S. S., Alzoubi, M., Al Rahbeni, T., Al-Mugheed, K., & Abdelaliem, S. M. F. (2025). Surgical care bundle: effect on post-caesarean wound infection. *BMC Women's Health*, 25(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12905-025-03771-7>
- Nwosu, A. D. G., Ossai, E., Ahaotu, F., Onwuasoigwe, O., Amucheazi, A., & Akhideno, I. (2022). Patient safety culture in the operating room: a cross-sectional study using the Hospital Survey on Patient Safety Culture (HSOPSC) Instrument. *BMC Health Services Research*, 22(1), 1445. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08756-y>
- OE. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8887/livrocj_deontologia_2015_web.pdf

- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho: Aprova o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória, 19359–19370 (2018).
- Regulamento n.º 140/2019: Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, 4744 - 4750 (2019).
- Oliveira, P., Pires, R., Silva, R., & Sequeira, C. (2024). Design of a nursing psychoeducation program to reduce preoperative anxiety in adults [Original Research]. *Frontiers in Public Health, Volume 12 - 2024*. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2024.1391764>
- Oliveira, P., Porfírio, C., Pires, R., Silva, R., Carvalho, J. C., Costa, T., & Sequeira, C. (2023). Psychoeducation Programs to Reduce Preoperative Anxiety in Adults: A Scoping Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 20*(1), 327. <https://www.mdpi.com/1660-4601/20/1/327>
- Pandit, D. D., Bhavana, S., Nileshtar, A., T, L., Ballala, K., Raj, E. A., G, S., & Kamath, R. (2025). Global Communication Practices and Their Impact on Patient Caregivers' Satisfaction in the Surgical Waiting Area: A Scoping Review. *Healthcare, 13*(12), 1408. <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/12/1408>
- Pasquer, A., Ducarroz, S., Lifante, J. C., Skinner, S., Poncet, G., & Duclos, A. (2024). Operating room organization and surgical performance: a systematic review. *Patient Safety in Surgery, 18*(1), 5. <https://doi.org/10.1186/s13037-023-00388-3>
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto: Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior, 4147–4182 (2018). <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/decreto-lei/65-2018-116068879>
- Pellet, J., Weiss, M., Zúñiga, F., & Mabire, C. (2024). Improving patient activation with a tailored nursing discharge teaching intervention for multimorbid inpatients: A quasi-experimental study. *Patient Education and Counseling, 118*, 108024. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pec.2023.108024>
- Pun, J. (2023). Nurses' perceptions of the ISBAR handover protocol and its relationship to the quality of handover: A case study of bilingual nurses. *Front Psychol, 14*, 1021110. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1021110>
- Pun, J. (2023). Using a simulation-based approach to promote structured and interactive nursing clinical handover: a pre- and post-evaluation pilot study in bilingual Hong Kong. *BMC Nursing, 22*(1), 38. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01189-w>

- Qian, X., Lui, K. Y., Li, S., Song, X., Xu, J., Dou, R., Luo, G., Li, L., & Cai, C. (2024). Structured postoperative handover protocol improves efficiency and quality of interdisciplinary communication and nursing care in surgical intensive care unit: a randomized controlled trial. *Updates in Surgery*, 76(1), 289-298. <https://doi.org/10.1007/s13304-023-01551-2>
- Ramos, O. M., Gomes, J., Jesus, É., & Araújo, B. (2025). Comportamentos e estratégias na liderança clínica em enfermagem: scoping review. *Millenium-Journal of Education, Technologies, and Health*(26), e37839-e37839.
- Ribed, A., Giménez-Manzorro, Á., de Lorenzo-Pinto, A., Torroba-Sanz, B., Ginel-Feito, M. D., Cabrerizo-Torrente, P., Martín Barbero, M. L., Herranz, A., & Sanjurjo, M. (2025). Improving medication safety in the perioperative setting: development of a medication use process. *British Journal of Anaesthesia*. <https://doi.org/10.1016/j.bja.2025.04.034>
- Ribeiro, P., Madureira Dias, A., & Borges, S. (2025). Competencies of perioperative nurses in the safety of people in a perioperative situation: scoping review *Millenium - Journal of Education, Technologies, and Health*, 2(17e), e39128. <https://doi.org/10.29352/mill0217e.39128>
- Rodríguez-Suárez, C.-A., González-de la Torre, H., Hernández-De Luis, M.-N., Fernández-Gutiérrez, D.-Á., Martínez-Alberto, C.-E., & Brito-Brito, P.-R. (2023). Effectiveness of a Standardized Nursing Process Using NANDA International, Nursing Interventions Classification and Nursing Outcome Classification Terminologies: A Systematic Review. *Healthcare*, 11(17), 2449. <https://www.mdpi.com/2227-9032/11/17/2449>
- Rodziewicz, T. L., Houseman, B., & Hipskind, J. E. (2024). Medical error reduction and prevention. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499956/>
- Rutala, W. A., & Weber, D. J. (2023). Risk of disease transmission to patients from contaminated surgical instruments and immediate use steam sterilization. *American Journal of Infection Control*, 51(11), A72-A81. <https://doi.org/10.1016/j.ajic.2023.01.019>
- Ruutinen, H. K., Kallio, M. M., & Kuitunen, S. K. (2021). Identification and safe storage of look-alike, sound-alike medicines in automated dispensing cabinets. *European Journal of Hospital Pharmacy*, 28(e1), e151-e156.
- Ryan, A. N., Robertson, K. L., & Glass, B. D. (2024). Look-alike medications in the perioperative setting: scoping review of medication incidents and risk reduction

- interventions. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 46(1), 26-39.
<https://doi.org/10.1007/s11096-023-01629-2>
- Ryan, A. N., Robertson, K. L., & Glass, B. D. (2025). Look-alike, sound-alike medication perioperative incidents in a regional Australian hospital: assessment using a novel medication safety culture assessment tool. *International Journal for Quality in Health Care*, 37(1). <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzaf018>
- Sakashita, C., Endo, E., Ota, E., & Oku, H. (2025). Effectiveness of nurse-led transitional care interventions for adult patients discharged from acute care hospitals: a systematic review and meta-analysis. *BMC Nursing*, 24(1), 379.
<https://doi.org/10.1186/s12912-025-03040-w>
- Salem, G. M. M., Hashimi, W., & El-Ashry, A. M. (2025). Reflective mindfulness and emotional regulation training to enhance nursing students' self-awareness, understanding, and regulation: a mixed method randomized controlled trial. *BMC Nursing*, 24(1), 478. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03086-w>
- Salhotra, R., & Tyagi, A. (2019). Medication errors: They continue. *Journal of Anaesthesiology Clinical Pharmacology*, 35(1).
https://journals.lww.com/joacp/fulltext/2019/35010/medication_errors_they_continue.1.aspx
- Salvini, A., Silva, E., Passos, C., Manuel, T., Moraes, C., Sousa, C., & Alves, P. (2024). Validation of ELPO-PT: A Risk Assessment Scale for Surgical Positioning Injuries in the Portuguese Context. *Nursing Reports*, 14(4), 3242-3263.
<https://www.mdpi.com/2039-4403/14/4/236>
- San José Alonso, J. F., Sanz-Tejedor, M. A., Arroyo, Y., & San José-Gallego, M. R. (2022). Analysis and assessment of factors affecting air inflow from areas adjacent to operating rooms due to door opening and closing. *Journal of Building Engineering*, 49, 104109.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jobe.2022.104109>
- Schaap, M., Hanskamp-Sebregts, M., Merckx, T., Heideveld-Chevalking, A., & Meijerink, J. (2021). Long-term effects of perioperative briefing and debriefing on team climate: A mixed-method evaluation study. *International Journal of Clinical Practice*, 75(3), e13689.
- Schrader, T., Tetzlaff, L., Beck, E., Mindt, S., Geiss, F., Hauser, K., & Franken, C. (2020). The similarity of drug names as a possible cause of confusion: Analysis of data from outpatient care. *Z Evid Fortbild Qual Gesundheitswes*, 150-152, 29-37.

- <https://doi.org/10.1016/j.zefq.2020.01.006> (Die Ähnlichkeit von Medikamentennamen als mögliche Ursache von Verwechslungen – eine Untersuchung von Daten aus der ambulanten Versorgung.)
- Schwarz, C. M., Hoffmann, M., Smolle, C., Borenich, A., Fürst, S., Tuca, A.-C., Holl, A. K., Gugatschka, M., Grogger, V., Kamolz, L.-P., & Sendlhofer, G. (2024). Patient-centered discharge summaries to support safety and individual health literacy: a double-blind randomized controlled trial in Austria. *BMC Health Services Research*, 24(1), 789. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11183-w>
- Seely, K. D., Higgs, J. A., Butts, L., Roe, J. M., Merrill, C. B., Zapata, I., & Nigh, A. (2022). The "teach-back" method improves surgical informed consent and shared decision-making: a proof of concept study. *Patient Safety in Surgery*, 16(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s13037-022-00342-9>
- Servas, L., Hayes, C., Mayhorn, T., & Milner, K. A. (2022). Navigating the Path to a Sustainable "PACU Pause" and Standardized Perioperative Handoff: A Quality Improvement Project. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(1), 44-47. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.06.104>
- Shang, Y., Wang, F., Cai, Y., Zhu, Q., Li, X., Wang, R., & Tung, T.-H. (2025). The accuracy of the risk assessment scale for pressure ulcers in adult surgical patients: a network meta-analysis. *BMC Surgery*, 25(1), 104. <https://doi.org/10.1186/s12893-024-02739-y>
- Sharkiya, S. H. (2023). Quality communication can improve patient-centred health outcomes among older patients: a rapid review. *BMC Health Services Research*, 23(1), 886. <https://doi.org/10.1186/s12913-023-09869-8>
- Shin, S., Lee, I., Kim, J., Oh, E., & Hong, E. (2023). Effectiveness of a critical reflection competency program for clinical nurse educators: a pilot study. *BMC Nursing*, 22(1), 69. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01236-6>
- Sillero Sillero, A., & Buil, N. (2021). Enhancing Interprofessional Collaboration in Perioperative Setting from the Qualitative Perspectives of Physicians and Nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(20), 10775. <https://www.mdpi.com/1660-4601/18/20/10775>
- Simmons, C. G., Hennigan, A. W., Loyd, J. M., Loftus, R. W., & Sharma, A. (2022). Patient Safety in Anesthesia: Hand Hygiene and Perioperative Infection Control. *Current Anesthesiology Reports*, 12(4), 493-500. <https://doi.org/10.1007/s40140-022-00545-x>

- Slim, K., & Valverde, A. (2025). The benefits and drawbacks of music in the operating room. *Journal of Visceral Surgery*, 162(1), 31-35. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jviscsurg.2024.12.001>
- SNS. (2023). *Relatório de Acesso a Cuidados de Saúde nos Estabelecimentos do SNS e Entidades Convencionadas – 2022*. <https://www.sns.gov.pt>
- Soni, P., & Mannari, J. (2025). Advancing safety and efficiency in intravenous medication administration: A systematic review of challenges, innovations, and best practices. *Int J Adv Res Med Surg Nurs*, 7(1), 69-81. <https://doi.org/10.33545/surgicalnursing.2025.v7.i1b.220>
- Sotto, K. T., Burian, B. K., & Brindle, M. E. (2021). Impact of the WHO Surgical Safety Checklist Relative to Its Design and Intended Use: A Systematic Review and Meta-Meta-Analysis. *Journal of the American College of Surgeons*, 233(6), 794-809.e798. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jamcollsurg.2021.08.692>
- Sousa, V. A. M., Natário, A. I. T., & Conceição, N. M. P. (2025). Implementation strategies for evidence-based nursing practice in hospital settings: A scoping review protocol. *Athena Health & Research Journal*, 2(3).
- Talhaoglu, D. (2025). Nurses' views on patient privacy in the operating room environment: Phenomenological research. *Perioperative Care and Operating Room Management*, 40, 100532. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.pcorn.2025.100532>
- Tan, M., Li, H., & Wang, X. (2023). Analysis of patients' privacy and associated factors in the perioperative period [Original Research]. *Frontiers in Medicine, Volume 10 - 2023*. <https://doi.org/10.3389/fmed.2023.1242149>
- Tan, W., Bingham, G., Tong, E., Bonakdeh, E. S., & Wang, W. (2024). The impact of barcode-assisted medication administration on medication administration errors in non-unit-dose settings: a systematic review. *medRxiv*, 2024.2010.2006.24314967. <https://doi.org/10.1101/2024.10.06.24314967>
- Key Takeaways: Revised Guideline for Team Communication, (2024). https://www.aorn.org/article/revised-guideline-for-team-communication?utm_source=chatgpt.com
- Uçak, A., & Cebeci, F. (2021). Competency in Operating Room Nursing: A Scoping Review. *J Educ Res Nurs*, 18(3), 247-261. <https://doi.org/10.5152/jern.2021.84758>

- Välimäki, M., Hu, S., Lantta, T., Hipp, K., Varpula, J., Chen, J., Liu, G., Tang, Y., Chen, W., & Li, X. (2024). The impact of evidence-based nursing leadership in healthcare settings: a mixed methods systematic review. *BMC Nursing*, 23(1), 452. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-02096-4>
- Vázquez-Calatayud, M., Errasti-Ibarrondo, B., & Choperena, A. (2021). Nurses' continuing professional development: A systematic literature review. *Nurse Education in Practice*, 50, 102963.
- Verkooijen, M. H. M., van Tuijl, A. A. C., Calsbeek, H., Fluit, C. R. M. G., & van Gorp, P. J. (2024). How to evaluate lifelong learning skills of healthcare professionals: a systematic review on content and quality of instruments for measuring lifelong learning. *BMC Medical Education*, 24(1), 1423. <https://doi.org/10.1186/s12909-024-06335-9>
- Vladu, A., Ghitea, T. C., Daina, L. G., Ilea, C. D. N., & Daina, M. D. (2024). The Evolution of Patient Satisfaction in Postoperative Care: The Impact of Investments and the Algorithm for Assessing Significant Growth over the Last 5 Years. *Healthcare*, 12(18), 1824. <https://www.mdpi.com/2227-9032/12/18/1824>
- Wang, L., He, L.-h., & Wan, J.-h. (2025). Implementation of a guideline-based clinical practice teaching model to enhance learning and thinking abilities in undergraduate nursing students. *BMC Nursing*, 24(1), 572. <https://doi.org/10.1186/s12912-025-03183-w>
- Weerakkody, R. A., Cheshire, N. J., Riga, C., Lear, R., Hamady, M. S., Moorthy, K., Darzi, A. W., Vincent, C., & Bicknell, C. D. (2013). Surgical technology and operating-room safety failures: a systematic review of quantitative studies. *BMJ Quality & Safety*, 22(9), 710. <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2012-001778>
- WHO. (2019). Medication Safety in Polypharmacy: A WHO Technical Report.
- WHO. (2021). *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030*. World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705?utm>
- WHO. (2022). *Look-alike, sound-alike medication names: Patient safety solutions*. [https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/psf/medication-without-harm/lasa-webinar---final-slide-deck.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/psf/medication-without-harm/lasa-webinar---final-slide-deck.pdf)
- WHO. (2023a). *Medication safety for look-alike, sound-alike medicines*. World Health Organization.
- WHO. (2023b). *Medication without harm: Policy brief*.

- Willemin, D., del Mar Rodriguez, M., & Cadelina, W. (2022). Improving the Patient Experience Through a Preoperative Educational Initiative. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 37(4), e20. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2022.05.053>
- Wilson, R. C., Crenshaw, J. T., & Yoder-Wise, P. S. (2022). Call to Action: Prioritizing Reflective Practices for Leadership Success. *Nurse Leader*, 20(3), 258-264. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.01.008>
- Wolfhagen, N., Boldingh, Q. J. J., Boermeester, M. A., & de Jonge, S. W. (2022). Perioperative care bundles for the prevention of surgical-site infections: meta-analysis. *British Journal of Surgery*, 109(10), 933-942. <https://doi.org/10.1093/bjs/znac196>
- Wong, B. J., Nassar, A. K., Earley, M., Chen, L., Roman-Micek, T., Wald, S. H., Shanafelt, T. D., & Goldhaber-Fiebert, S. N. (2023). Perceptions of Use of Names, Recognition of Roles, and Teamwork After Labeling Surgical Caps. *JAMA Network Open*, 6(11), e2341182-e2341182. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2023.41182>
- Wright, M. I., & Sha, S. (2025). Relationship of the Perioperative Nurse Work Environment With a Culture of Safety and High Reliability. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 40(3), 689-693. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jopan.2024.08.013>
- Wu, A., Huang, R. J., Colón, G. R., Zembrzuski, C., & Patel, C. B. (2022). Low rates of structured advance care planning documentation in electronic health records: results of a single-center observational study. *BMC Palliative Care*, 21(1), 203. <https://doi.org/10.1186/s12904-022-01099-9>
- Wu, Y., Jing, M., Yang, H., Liu, J., Zhang, T., Zhu, H., Yang, Y., & Gao, C. (2025). Analysis of the implementation effect of the operating room nursing safety management model based on Heinrich's law. *BMC Surgery*, 25(1), 141. <https://doi.org/10.1186/s12893-025-02877-x>
- Ye, J. (2023). Patient Safety of Perioperative Medication Through the Lens of Digital Health and Artificial Intelligence. *JMIR Perioperative Medicine*, 6. <https://doi.org/https://doi.org/10.2196/34453>
- Ylimäki, S., Oikarinen, A., Kääriäinen, M., Pölkki, T., Mikkonen, K., Holopainen, A., Kaakinen, P., Kanste, O., Meriläinen, M., Jansson, M., Immonen, K., & Tuomikoski, A. M. (2024). Advanced practice nurses' evidence-based healthcare

- competence and associated factors: A systematic review. *J Clin Nurs*, 33(6), 2069-2083. <https://doi.org/10.1111/jocn.17075>
- Yun, J., Lee, Y. J., Kang, K., & Park, J. (2023). Effectiveness of SBAR-based simulation programs for nursing students: a systematic review. *BMC Medical Education*, 23(1), 507. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04495-8>
- Zaitoun, R. A., Said, N. B., & de Tantillo, L. (2023). Clinical nurse competence and its effect on patient safety culture: a systematic review. *BMC Nursing*, 22(1), 173. <https://doi.org/10.1186/s12912-023-01305-w>
- Zhang, J., Wang, P., Qi, L. E., Feng, S., & Zhang, F. (2024). The effect of micro-movement on prevention of intraoperative acquired pressure injury in overweight patients undergoing posterior lumbar surgery: a randomized controlled trial. *Journal of Orthopaedic Surgery and Research*, 19(1), 823. <https://doi.org/10.1186/s13018-024-05312-8>
- Zheng, W. Y., Lichtner, V., Van Dort, B. A., & Baysari, M. T. (2021). The impact of introducing automated dispensing cabinets, barcode medication administration, and closed-loop electronic medication management systems on work processes and safety of controlled medications in hospitals: A systematic review. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 17(5), 832-841. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.sapharm.2020.08.001>
- Zhuo, Q., Ma, F., Cui, C., Bai, Y., Hu, Q., Hanum, A. L., Wei, W., & Liang, H. (2023). Effects of pre-operative education tailored to information-seeking styles on pre-operative anxiety and depression among patients undergoing percutaneous coronary intervention: A randomized controlled trial. *International Journal of Nursing Sciences*, 10(2), 174-181. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2023.03.015>

APÊNDICES

**Apêndice 1 - Panfleto Informativo sobre Cirurgia ao Quisto
Sacroccígeo**

CIRURGIA AO QUISTO SACROCOCCÍCEO.

RECOMENDAÇÕES

- Alimentação ligeira no dia da cirurgia
- Não fazer pressão na zona operada
- Aplicar gelo nas primeiras 24h por curtos períodos,
- Não molhar o penso
- Realizar penso nas datas indicadas
- Evitar esforços físicos violentos durante 3 a 4 semanas
- Manter o local limpo e seco se ferida aberta
- Tomar medicação prescrita

O quisto sacrococcígeo corresponde a um processo inflamatório crónico que ocorre na região sacrococcígea, estando geralmente associado à presença de pelos.

Corresponde a uma bolsa anómala de pele preenchida com restos celulares, glândulas sebáceas e sudoríparas, e pelos. Essas pregas de pele formam-se durante o desenvolvimento embrionário e são normalmente eliminadas. Algumas podem permanecer ocultas e são denominadas fendas embrionárias (Paul et al., 2012).

Causas:

A origem desta doença ainda é motivo de controvérsia. Acredita-se que seja uma doença adquirida após a puberdade, onde, sob influência das hormonas sexuais, ocorrem alterações nas glândulas sebáceas (aumento da queratina e distensão dos foliculos). Estas alterações associadas a microtraumas nesta região, resultam na inflamação do folículo piloso.

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

Ano Letivo 2022/2023

3º semestre

Elaborado por: Juliana Mesquita nº20210764

BIBLIOGRAFIA:

Miranda, L., S., Pires, P. et al. (2022). C. Livre 02 - Quisto Pilonidal...uma patologia desafiadora.

ELCOS - 13º Fórum Internacional de Úlceras e Feridas (Lisboa - 2022)

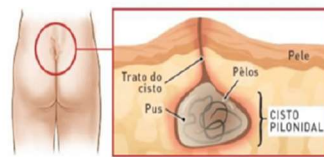
Paul, P.G., T. Pravinkumar and B. Sheetal, Sacrococcygeal neurofibroma: rare cause for chronic pelvic pain. J Minim Invasive Gynecol, 2012. 19(4): p. 517-20. doi: 10.1016/j.jmig.2012.03.006

Em caso de dúvida, pode contactar a UCA, através do

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

QUISTO SACROCOCCÍCEO

Recomendações de Enfermagem no pós-operatório



Cirurgia ao Quisto sacrococcígeo: Orientações

O modo de apresentação da doença varia desde um pequeno nódulo indolor até uma grande massa inflamatória dolorosa. Quando está infestado, assume o aspeto de um abscesso com dor, vermelhidão, drenagem espontânea de sangue e pus com um odor fétido através da pele.

Os primeiros sintomas surgem na adolescência ou no início da idade adulta sob a forma de uma inflamação na região do sacro, com sensação de desconforto, sobretudo quando se permanece muito tempo na posição sentada. Com a evolução, torna-se evidente um nódulo que, geralmente, varia de um a cinco centímetros, de consistência mole e que pode apresentar sinais inflamatórios, como dor, calor e vermelhidão.

A simples observação deste quisto confirma o diagnóstico. Pode ser assintomático (menos frequente) ou pode complicar-se por infeção aguda ou por inflamação crónica associada a drenagem recorrente e ferida aberta.

O tratamento é indiscutivelmente cirúrgico, embora não exista consenso, na comunidade científica, sobre a estratégia cirúrgica mais adequada.

Pode acontecer e é considerado normal:

- ⇒ Dor moderada no local da cirurgia
- ⇒ Penso no local operado
- ⇒ Presença de sangue no penso

Nas primeiras 24h NÃO deve:

- Conduzir veículos
- Trabalhar com máquinas
- Consumir bebidas alcoólicas e gaseificadas
- Tomar decisões importantes ou assinar documentos

Contactar o seu médico e/ou enfermeiro se:

- Sentir dor intensa no local da cirurgia
- Penso no local operado apresentar líquido purulento e/ou sangue
- Febre (>38°C)
- Náuseas e/ou vômitos frequente

**Apêndice 2 - Apresentação sobre a Segurança na Utilização
da Medicação**

Segurança na utilização da medicação

Unidade de Cirurgia de Ambulatório

19 de maio de 2023

Trabalho realizado por:

Juliana Mesquita nº: 20210764

Objetivos

- Sensibilizar para a importância da segurança na utilização da medicação.
- Proporcionar informação atualizada sobre elementos estruturantes da segurança na utilização da medicação;
- Conhecer como notificar os incidentes e reações adversas a medicamentos;
- Saber quais as estratégias de prevenção do erro na utilização de medicamentos potencialmente perigosos / medicação de alerta máximo

Segurança na utilização da medicação

A OMS estima que:

cerca de 13% dos doentes em ambulatório são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da medicação, gerando consequências negativas para o doente e encargos financeiros avultados para os sistemas de saúde (Despacho nº 1400-A/2015 de 10 fevereiro);

Segurança na utilização da medicação

- O reconhecimento da necessidade de mobilização global para redução dos danos causados por erros de medicação levou a OMS a lançar, em 2017, o Desafio Global de Segurança do Paciente, especificamente direcionado para reduzir em 50%, no prazo de cinco anos, os danos severos e evitáveis causados a pacientes por erros relacionados a medicamentos. A iniciativa, intitulada Medication Without Harm, inclui recomendações e procedimentos para aplicação em nível global, nacional e local (Ramos et al., 2019)

Utilização segura do medicamento

Diminuição da prevalência dos incidentes, através da adoção de medidas estruturais e processuais de prevenção, implicando mudanças organizacionais e comportamentais, quer dos profissionais envolvidos e da população em geral, quer das instituições, direta ou indiretamente envolvidas.

Se por um lado as instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica, por outro, os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

O medicamento correto seja administrado ao doente correto, na dose e vias corretas e à hora certa, e que os efeitos que se verifiquem sejam os previstos, devendo o doente receber a informação adequada e necessária sobre o medicamento e tratamento a efetuar

As instituições prestadoras de cuidados de saúde devem adotar boas práticas relativamente à validação ou dupla-validação de procedimentos, ao reforço da atenção na preparação e administração de medicação, à correta documentação e à monitorização da terapêutica.

Os cidadãos devem ser ativamente envolvidos na utilização da medicação e os profissionais devem assegurar a reconciliação da terapêutica nos momentos de transferência e de transição de cuidados do doente.

As instituições devem implementar especificamente estratégias que assegurem o uso seguro dos medicamentos de alto risco, ou seja, aqueles medicamentos que têm um risco potencial de causar danos graves ou até mesmo fatais no curso da sua utilização, bem como dos medicamentos com nome ortográfico e/ou fonético e/ou aspeto semelhante, conhecidos como medicamentos "Look-alike" e "Sound-alike" ou simplesmente medicamentos LASA.

Utilização segura do medicamento

O processo de prescrição, dispensa/dispensação e administração de medicamentos a pacientes nas organizações de saúde é complexo e abrange várias etapas que contemplam uma série de decisões e ações inter-relacionadas, envolvendo diferentes profissionais de saúde.

Os erros de medicação podem ocorrer em qualquer dos processos que constituem o circuito do medicamento e podem ser de diferentes tipologias (erros de prescrição, de transcrição, de distribuição, de preparação e de administração).

O envolvimento do paciente nos processos de decisão relacionados com medicamentos e a melhoria da informação a que tem acesso é, inclusivamente, um dos objetivos do Desafio Global da OMS, na perspetiva da redução dos erros relacionados com o uso dos medicamentos, pelo paciente.

A sensibilização dos cidadãos para esta problemática e, mais ainda, a sensibilização para a necessidade de envolvimento de todos os intervenientes no circuito do medicamento é um fator fundamental para a redução dos erros de medicação.

Notificação de incidentes e de reações adversas a medicamentos

Em Portugal, tanto os profissionais como o cidadão podem reportar, em portais disponíveis online, as reações adversas a medicamentos (Portal RAM, disponível em www.infarmed.pt) e os incidentes (Notific@, disponível em www.dgs.pt) que ocorram numa instituição de saúde e que envolvam a medicação.

De acordo com os dados do sistema nacional de notificação de incidentes, 13% do total de incidentes notificados são incidentes de medicação.

Apesar de disponibilizada informação a profissionais de saúde e ao cidadão sobre o medicamento e a sua correta utilização, é necessário reforçar as orientações nacionais para as instituições prestadoras de cuidados de saúde..

Existe, ainda, a necessidade de garantir a adequada comunicação entre os sistemas de informação, para que, nos momentos das transições e transferências de cuidados, seja reforçada a comunicação eficaz de informação sobre a medicação do doente, apoiando o profissional de saúde na reconciliação terapêutica.

Correta identificação do doente

- Essencial para garantir sua segurança em todas as etapas do processo de utilização do medicamento, e sempre que possível, deve ser realizada com recurso da pulseira individual de identificação.

Medicamentos potencialmente perigosos (MPP)

- Também conhecidos por medicamentos de alerta máximo, são aqueles que possuem risco aumentado de provocar danos significativos aos pacientes em decorrência de falha no processo de utilização.
- As organizações de saúde devem divulgar a lista dos MPP que utilizam e assegurar que os profissionais de saúde conhecem os riscos associados à sua utilização, com vista à implementação de medidas de segurança que controlem os riscos e previnam os erros de medicação.

Erros na utilização dos MPP

- Podem não ser os mais frequentes, no entanto, as consequências da sua utilização incorreta poderão causar lesões severas ou mesmo conduzir à morte do paciente.

Estratégias de prevenção do erro na utilização de MPP

- Podem incluir padronização desde a prescrição até a administração desse tipo de medicamento, melhorias no acesso às informações, restrição ao acesso, uso de rótulos e alertas automatizados e adoção da verificação independente (doublecheck) manual ou automatizada;
- Outras estratégias passam também pela utilização de seringas próprias para administração de medicamentos orais ou alimentação enteral, cuja conexão é incompatível com os sistemas de administração intravenosa, prevenindo a troca da via de administração.

Recomendações da OMS

Medidas de segurança na utilização de cloreto de potássio e outras soluções de eletrólitos concentrados

Estabelecer normas e circuitos para que o cloreto de potássio injetável seja tratado como uma substância controlada, definindo igualmente normas para sua armazenagem e controlo da sua administração.

Promover a remoção de soluções de eletrólitos concentrados injetáveis de todas as enfermarias e armazenar em áreas definidas.

As ampolas de potássio devem ser rotuladas individualmente com rótulo fluorescente, em que esteja bem visível a advertência "Deve ser diluído".

Utilizar verificação independente por parte de um segundo profissional treinado e qualificado após a preparação da solução.

Rotular a solução preparada com o alerta "Atenção – Alto risco".

Utilizar sempre uma seringa de perfusão (bomba de infusão) para a administração das soluções concentradas.

Contemplar, nos programas de integração, o treino dos profissionais e a disponibilização das normas e dos procedimentos sobre as medidas de segurança relativas ao uso de soluções de eletrólitos concentrados.

Utilização de medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA).

A existência de dezenas de milhares de medicamentos atualmente no mercado vem aumentar o potencial de erro em razão da possibilidade de confusão de nomes, tanto os nomes comerciais como a denominação comum internacional, sendo uma das causas de erro de medicação em nível mundial.

As organizações de saúde devem promover atividades na área da identificação e avaliação do risco associado à utilização de medicamentos Look-Alike, Sound-Alike (LASA).



Medidas de Segurança

Garantir a legibilidade da prescrição e incluir a denominação genérica, dose, concentração, orientações para administração e a indicação para utilização do medicamento, como forma de facilitar a diferenciação de nomes com som ou grafismo semelhante.

Rever, anualmente, os medicamentos LASA em uso na organização.

Proceder à separação dos medicamentos LASA em todas as áreas de armazenamento.

Desenvolver estratégias que evitem a confusão do nome do medicamento, tais como o uso de métodos Tall Man Lettering destacando em maiúsculas as(s) sílaba(s) diferentes de medicamentos com nome semelhante.

Utilizar técnicas de destaque do nome do medicamento ou cores diferentes que reduzam a possibilidade de confusão dos nomes dos medicamentos LASA.

Integrar, na formação contínua dos profissionais, o tema dos medicamentos LASA.

Prescrição de medicamentos

- As vantagens da prescrição eletrônica incluem, ainda, a possibilidade de acoplar sistemas de informação de apoio à decisão (proposta de posologia, informação sobre doses máximas, necessidades de ajustes de dose etc.) e alertas para interações medicamentosas, tempos de tratamento ou monitorização laboratorial.
- O sucesso de implementação desses sistemas depende, contudo, de adequada monitorização e acompanhamento, visto que a própria transição do sistema manual para o eletrônico tem sido associada à ocorrência de erros de medicação (Lyra Júnior et al., 2010).

Prescrição verbal

- Não podendo ser excluída para procedimentos de emergência, deverá ser sujeita a procedimentos específicos que garantam a sua segurança.
- Nesses casos, é importante tomar precauções, tais como a repetição da ordem recebida (presenciada, de preferência, por outro profissional de saúde) e a obrigatoriedade de regularização da prescrição no processo clínico/prontuário, no menor tempo possível.
- A elaboração e implementação de protocolos de prescrição é, hoje, também reconhecida como uma importante ferramenta de segurança.

Preparação e administração segura de medicamentos

- Implica a utilização de vários mecanismos de segurança, designados como “certos”, e os enfermeiros, de forma habitual, utilizam os “cinco certos”.
- Contudo, na sequência da investigação e desenvolvimento de práticas seguras na preparação e administração de medicamentos, percebeu-se a necessidade de introduzir outros “certos” para aumentar a segurança no uso do medicamento.
- Recentemente, alguns artigos publicados nesse âmbito ampliaram o número de certos para “nove certos”, e outros artigos já referenciam os “doze certos”, de forma a aumentar os mecanismos de segurança nessa etapa final do processo de utilização do medicamento.

Antes de administrar qualquer medicamento o/a Enfermeiro/a deve seguir os “nove certos”:

1. Doente certo
2. Medicamento certo
3. Via certa
4. Hora certa
5. Dose certa
6. Registo certo
7. Preparação certa
8. Conhecimento certo
9. Educação certa

Gabinete de Gestão de Risco Hospitalar | Segurança na utilização da Medicação
(Norma Geral N.º 017/95 GHS, EPE publicado a 13/02/2018)

Erros de medicação	Medidas de segurança
<ul style="list-style-type: none"> • Admitir a possibilidade de ocorrência de erros de medicação em todas as fases do processo de utilização do medicamento é o primeiro passo a seguir pelos profissionais de saúde no caminho para a melhoria da segurança do paciente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Atualmente, não só estão bem definidos os fatores contribuintes para sua ocorrência, como se dispõem de diversas ferramentas de implementação de medidas de segurança que abrangem a prescrição, armazenamento, distribuição e administração de medicamentos • O impacto positivo dessas medidas tem sido posto em evidência, como é o caso: <ul style="list-style-type: none"> • prescrição eletrônica; • correta identificação do paciente; • identificação de medicamentos potencialmente perigosos ou confundíveis entre si; • desenvolvimento de sistemas de alerta e sinalética/sinalização que evitam trocas de medicamentos e asseguram sua correta utilização. • Outras estratégias e abordagens surgem naturalmente na prática diária em saúde, baseada na sensibilização e consciencialização/conscientização dos profissionais para a melhoria contínua e gestão do risco no âmbito do medicamento.

Segurança na utilização da medicação

- Para dar resposta a este objetivo estratégico a DGS propõe um conjunto de ações a desenvolver, nomeadamente:
 - Publicação de normas sobre práticas seguras da medicação (Orientação DGS 014/2015 de 17/12/2015 – Processo de gestão da medicação);
 - Desenvolvimento do sistema de informação para a reconciliação terapêutica nas instituições do SNS (Norma DGS 018/2016 de 30/12/2016 – Reconciliação da medicação);
 - Implementação de práticas seguras no âmbito dos medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhantes (Norma DGS 020/2014 de 30/12/2014 – Medicamentos LASA);
 - Implementação de práticas seguras no âmbito dos medicamentos de alto risco (Norma DGS 014/2015 de 06/08/2015 – Medicamentos de alerta máximo)



Norma da Instituição da medicação LASA



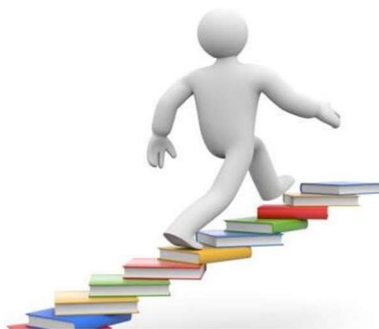
Bibliografia

Direção Geral de Saúde (2012). Norma: Medicamentos com nome ortográfico, fonético ou aspeto semelhante. Lisboa: Ministério da Saúde.

Direção Geral de Saúde (2015): Medicamentos de alerta máximo. Lisboa.

Lage, M. (2010). *Segurança do doente: da teoria à prática clínica*. Revista portuguesa de saúde pública, 10, 11-16.

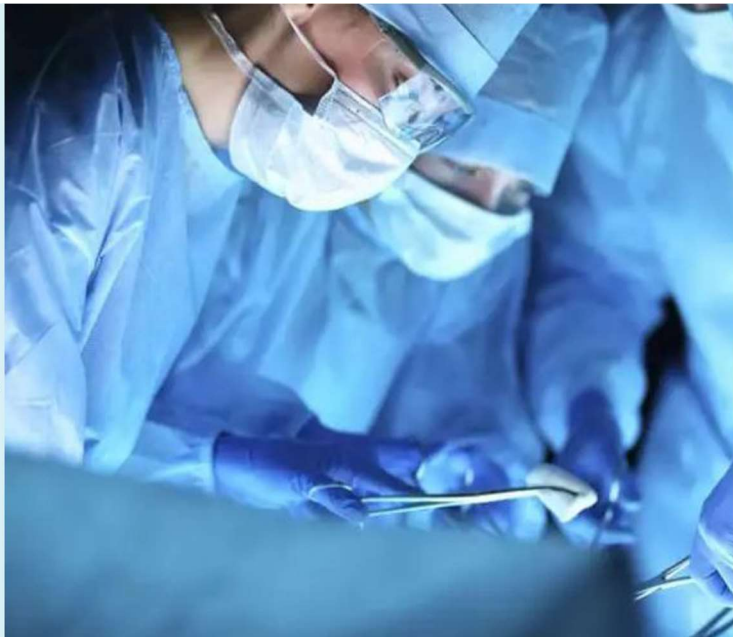
Ordem dos Enfermeiros (2015-2020). *Gestão de Risco em Saúde – A Segurança do Cliente*





**Apêndice 3 - Apresentação sobre a Segurança e Gestão de
Risco Perioperatório: Ferramenta de Comunicação ISBAR**

SEGURANÇA E GESTÃO DE RISCO PERIOPERATÓRIO Ferramenta de Comunicação ISBAR



Num hospital com diversas especialidades, a transferência de clientes entre os profissionais de saúde ocorre várias vezes por dia, pois os clientes necessitam de exames de diagnósticos e tratamentos distintos em diferentes unidades

A transferência pode ocorrer através de comunicação verbal ou escrita entre os vários profissionais de saúde ou pela associação de ambas as formas (Muller et al., 2018).

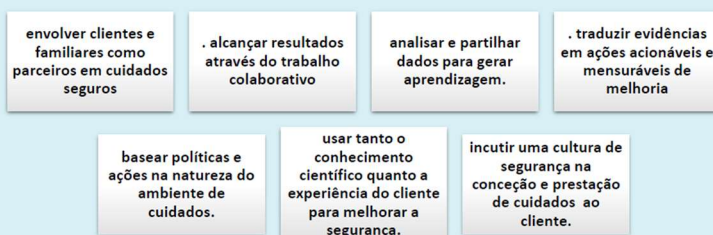


Padronizar a comunicação em saúde promovendo a segurança do doente na transição de cuidados.

Os danos ao cliente decorrentes de cuidados inseguros é um desafio cada vez maior de saúde pública e, considerada uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo, sendo estes danos evitáveis (Organização Mundial de saúde, 2021).

São inúmeras as diretrizes relacionadas com a segurança do cliente, nomeadamente a 74ª Assembleia Mundial de Saúde (2021) que aprovou a Decisão WHA para adotar o Plano de Ação Global de Segurança do cliente 2021-2030, para melhorar a segurança dos clientes.

São sete os princípios orientadores que estabelecem os valores fundamentais para moldar o desenvolvimento do Plano de Ação:



O objetivo principal identificado pelo Institute of Medicine (IOM) é fornecer uma assistência à saúde segura ao cliente, oportuna, eficaz, eficiente e equitativa (IOM, 2001).

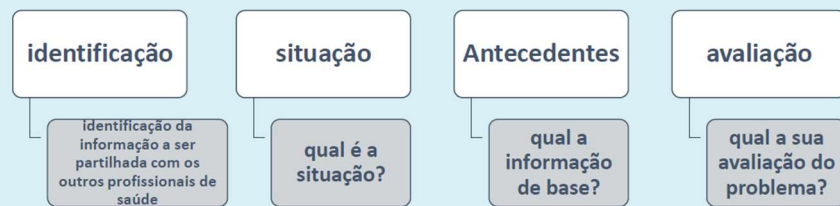
De acordo com a DGS (2017, p.4) a comunicação eficaz entre os profissionais de saúde representa a transmissão de “informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor”. O mesmo significa que, a comunicação eficaz nesta área tão importante como é a área da saúde, exige conhecimento, competência e empatia para garantir a existência de uma comunicação mais eficiente e a uniformização da transmissão da informação (DGS, 2017).

A técnica ISBAR como instrumento de comunicação entre os profissionais de saúde

ISBAR é uma abordagem estruturada para a comunicação entre os prestadores de cuidados de saúde

O papel da técnica ISBAR durante a transferência de doentes tem sido destacada e apoiada por várias especialidades como a anestesia, medicina perioperatória, medicina de emergência, entre outras (Ozekcin et al., 2015).

A Joint Commission (2008) descreveu a técnica de comunicação ISBAR como:



Promoção da Segurança do cliente na transferência perioperatória

o estudo de Kitney et al. (2018) teve como objetivo avaliar a eficácia das estratégias de longo prazo para melhorar a conformidade com a aplicação dos princípios da técnica ISBAR num estudo de coorte. Os resultados do estudo determinaram que houve uma notável melhoria geral no cumprimento de todos os itens da técnica ISBAR com a informação que passou dos anestesistas para os enfermeiros.

O estudo de Kaltoft et al. (2022) teve como objetivo investigar a interação nas passagens dentre a aplicação de anestesia a sala de recuperação e examinar o efeito do uso da Identificação, Situação, Histórico, Instrumento de Análise e Recomendação (ISBAR) como ferramenta de diálogo estruturado durante a entrega de informações. Os resultados determinaram que a abordagem estruturada ISBAR reduziu as perturbações na transferência porque todos os envolvidos tinham uma expectativa clara dos diferentes itens a serem revistos e eram menos propensos a interromper para questionar ou esclarecer.

A padronização do conteúdo das informações na transferência de doentes garante que cada membro da equipa entenda os dados clínicos significativos. Para facilitar a compreensão sobre o que é comunicado, as informações devem ser organizadas num formato que o destinatário esteja preparado para processar.

O Plano de Ação Global de Segurança do cliente 2021–2030, referiu que os danos ao cliente devido aos cuidados inseguros é um desafio cada vez maior de saúde pública global e uma das principais causas de morte e incapacidade em todo o mundo. Sendo que, estes danos são evitáveis

CONCLUSÃO

A transferência de informações essenciais e atendimento ao cliente é uma das principais responsabilidades de um prestador de cuidados de saúde e um elemento crucial da comunicação em saúde. A comunicação eficaz durante a transferência está entre as principais prioridades da assistência de cuidados.

Nos estudos analisados de Kaltoft et al. (2022); Kitney (2018) e Plano de Ação Global de Segurança do cliente 2021–2030, foi possível determinar que a abordagem estruturada ISBAR reduziu as perturbações da transferência devido ao facto de que todos os envolvidos tinham uma expectativa clara dos vários itens. Assim a utilização da técnica ISBAR como uma ferramenta estruturada em associação com as mudanças organizacionais pode melhorar a qualidade da transferência do doente e a sua segurança.

Do mesmo modo, a utilização dos princípios ISBAR ajuda na habilitação da prestação do melhor atendimento aos clientes perioperatórios e, na sua totalidade os três artigos confirma a associação positiva entre a qualidade das transferências e a diminuição dos eventos adversos do cliente.

BIBLIOGRAFIA

- The Joint Commission. 2014 Comprehensive Accreditation Manual for Hospitals: The Official Handbook. Oak Brook, IL: Joint Commission Resources; 2014
- Kitney P, Tam R, Bennett P, Buttigieg D, Bramley D, Wang W. Handover between anaesthetists and post-anaesthetic care unit nursing staff using ISBAR principles: A quality improvement study. *Journal of Perioperative Nursing* 2016;29(1):30–35.
- Kaltoft, A., et al. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 37 (2022) 34e39
- Plano de Ação Global de Segurança do cliente 2021–2030, Para eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde. ISBN 978-92-4-003270-5 (versão eletrônica)