



EGAS MONIZ SCHOOL | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
of HEALTH & SCIENCE | EGAS MONIZ

**1º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA
DE ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM
NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BLOCO
OPERATÓRIO**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE
TRANSITION OF CARE IN THE OPERATING ROOM

Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho

**Almada
2025**



EGAS MONIZ SCHOOL | ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE
of HEALTH & SCIENCE | EGAS MONIZ

**1º MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE
ENFERMAGEM À PESSOA EM SITUAÇÃO
PERIOPERATÓRIA**

Relatório de Estágio

**INTERVENÇÕES ESPECIALIZADAS DE ENFERMAGEM
NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BLOCO
OPERATÓRIO**

SPECIALIZED NURSING INTERVENTIONS IN THE
TRANSITION OF CARE IN THE OPERATING ROOM

Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho

Trabalho elaborado sob a orientação da Professora Mestre em
Enfermagem Tânia Soares

**Almada
2025**

Não contempla as alterações resultantes das provas de discussão pública

"Sempre chegamos ao sítio aonde nos esperam"

José Saramago

Agradecimentos

Gostaria de dedicar este agradecimento a todos os que me tem apoiado, durante estes últimos dois anos.

O especial agradecimento ao meu marido Luís pela sua compreensão e pelo apoio que me deu, principalmente nos momentos mais difíceis, foi sempre um conforto e fonte de força para persistir nesta jornada.

Porque acredito que os amigos são a família que escolhemos, agradeço às minhas amigas e amigos, pela compreensão da minha ausência em momentos importantes. Agradeço aos meus pais pela força demonstrada e em especial ao meu irmão Sérgio e à minha cunhada Helena, que sempre foram fonte de inspiração e motivação.

Um agradecimento especial ao meu amigo e enfermeiro especialista Nuno, que sempre foi uma fonte de inspiração e que teve um papel fundamental no processo de inscrição no mestrado.

Um especial agradecimento à orientadora de estágio Mestre em Enfermagem Daniela Dias que sempre se mostrou disponível para me acompanhar não só no ensino clínico, mas no restante percurso da especialidade, sempre disponível para esclarecer dúvidas e ajudar-me nos momentos mais difíceis, sempre com uma palavra de conforto.

Um muito obrigado à orientadora pedagógica Mestre em Enfermagem Tânia Soares pela disponibilidade total que sempre demonstrou e por ter desempenhando um papel ativo na minha formação académica, através da partilha da sua sabedoria e pela sua capacidade de motivação e exigência, que de outro modo, acredito que não conseguiria concluir esta etapa.

Às minhas orientadoras, que contribuíram para o meu crescimento profissional e académico, mas também, acima de tudo enquanto pessoa, sinto que sou uma pessoa mais rica e foi um privilégio conhecê-las.

A todos o meu Sincero Obrigado.

Declaração de Integridade

Eu, Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho, estudante do 1º curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória 2023-2025, com o número de aluno 118560, declaro que o presente relatório é resultado de minha inteira autoria, tendo sido realizado de forma íntegra e honesta. As informações, reflexões, análises e elações aqui descritas refletem o trabalho e as atividades desenvolvidas ao longo da unidade curricular.

Assumo o compromisso total pelo conteúdo original deste relatório e todas as fontes consultadas encontram-se devidamente citadas e referenciadas de acordo com as normas preconizadas pela Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Lista de abreviaturas, acrónimos e siglas

AEEPSP – Área de Especialidade de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala Operatória de Portugal

AORN – Association of perioperative Registered Nurses

BO – Bloco Operatório

DGS – Direção Geral de Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EP – Enfermeiro Perioperatório

EEPSP – Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Perioperatória

EORNA – European Operating Room Nurses Association

ISBAR – Acrónimo (Identificação; Situação; Antecedentes (Background); Avaliação; Recomendações)

JCI – Joint Commision Internacional

NOC – Norma de Orientação Clínica

ODS – Objetivos de Desenvolvimento Sustentável

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAGSD – Plano de Ação Global para a Segurança do Doente

PNSD – Plano Nacional de Segurança do Doente

PQCE – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados

PSP – Pessoa em Situação Perioperatória

ScR – Scoping Review

SO – Sala Operatória

SU – Serviço de Urgência

TC – Transição de Cuidados

UCPA – Unidade de Cuidados Pós Anestésicos

Resumo

A comunicação eficaz e a transição de cuidados de saúde têm vindo a assumir um papel cada vez mais central na promoção da segurança do doente. Nas últimas décadas, tem-se verificado um aumento significativo da ocorrência de eventos adversos em saúde, os quais comprometem, não só a qualidade e a segurança dos cuidados, mas também o bem-estar dos doentes. A ausência de práticas comunicacionais seguras pode resultar em danos evitáveis, sofrimento acrescido e, em casos mais graves, a morte.

Entre as principais causas destes eventos, destacam-se as falhas de comunicação entre os profissionais de saúde, frequentemente associadas à omissão de informação, à transmissão de informações desorganizadas ou à partilha de informações imprecisas. O ambiente em que ocorre a Transição de Cuidados revela-se igualmente determinante para o sucesso da mesma. O bloco operatório representa um ambiente complexo e desafiante. Trata-se de um ambiente de elevada exigência, marcado por stress, elevada carga de trabalho, ruído, onde e interrupções frequentes. Além disso, é um espaço onde ocorrem múltiplas transferências de responsabilidades entre os profissionais, o que potencia o risco de falhas na comunicação. O elevado fluxo de informação neste cenário torna-se, assim, um fator crítico que pode comprometer uma transição de cuidados segura, criando oportunidades para o crescimento dos erros e aumento do risco de eventos adversos.

No sentido de minimizar estes riscos, organismos como a Organização Mundial da Saúde (OMS), através do Plano de Ação Global para a Segurança do Doente (PAGSD) 2021-2030, e o Programa Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026, têm vindo a promover estratégias orientadas para a melhoria da comunicação em saúde. A Direção-Geral da Saúde, por sua vez, reforça esta abordagem através da norma sobre Comunicação Eficaz e Transição de Cuidados em Saúde, onde recomenda a utilização do ISBAR que permite não só a uniformização da informação a ser transmitida, a sua organização, orientação e clareza, mas também facilita o processo de tomada de decisão.

Face às exigências prementes, nos cuidados de Enfermagem Perioperatório, é determinante a adoção de medidas e métodos, que garantam a segurança do doente cirúrgico em diferentes níveis.

Palavras-Chave: Enfermagem Perioperatório; Comunicação; Transição de Cuidados Segura; ISBAR; Eventos Adversos

Abstract

Effective communication and healthcare transition are playing an increasingly central role in promoting patient safety. In recent decades, there has been a significant increase in the occurrence of adverse health events, which compromise not only the quality and safety of care, but also the well-being of the person. The absence of safe communication practices can result in avoidable harm, increased suffering and, in more serious cases, death.

Among the main causes of these events are communication failures between health professionals, often associated with the omission of information, the transmission of disorganized information or the sharing of inaccurate information. The environment in which the Transition of Care takes place is also a determining factor in its success.

The operating room is a complex and challenging environment. It is a highly demanding environment, marked by stress, a high workload, noise, where there are frequent interruptions. In addition, it is a space where there are multiple transfers of responsibilities between professionals, which increases the risk of communication breakdowns. The high flow of information in this setting thus becomes a critical factor that can compromise a safe transition of care, creating opportunities for the growth of errors and increasing the risk of adverse events.

To minimize these risks, bodies such as the World Health Organization (WHO), through the Global Action Plan for Patient Safety (PAGSD) 2021-2030, and the National Program for Patient Safety (PNSD) 2021-2026, have been promoting strategies aimed at improving health communication. The Directorate-General for Health, in turn, reinforces this approach through the standard on Effective Communication and Transition of Care in Health, where it recommends the use of ISBAR, which not only makes it possible to standardize the information to be transmitted, its organization, orientation and clarity, but also facilitates the decision-making process.

In view of the pressing demands of perioperative nursing care, it is crucial to adopt measures and methods that guarantee the safety of surgical patients at different levels.

Key words: Perioperative nursing; Communication; Safe Care Transition; ISBAR; Adverse Events

Índice Geral

INTRODUÇÃO.....	13
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL.....	16
1.1 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E TRANSIÇÃO DE CUIDADOS	16
1.2 TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BO	17
1.3 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS.....	22
1.3.1 O Papel do Enfermeiro na Teoria das Transições	28
2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	31
2.1 CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO.....	32
2.1.1 Ensino Clínico I.....	32
2.1.2 Ensino Clínico II.....	34
2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIO	35
2.3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA.....	37
2.3.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal	38
2.3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade.....	40
2.3.3 Domínio da Gestão dos Cuidados.....	42
2.3.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais.....	44
2.4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEMC-PSP.....	46
2.4.1 Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família / pessoa significativa.....	47
2.4.2 Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar a situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica	50
2.5 COMPETÊNCIAS DE MESTRE DE ENFERMAGEM	53
2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	54
3. CONCLUSÃO.....	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	58
APÊNDICES.....	63
Apêndice I – Competências e Plano de Atividades Unidade Curricular Estágio I e II	64
Apêndice II – Diagrama de Gantt do Plano de Atividades da Unidade Curricular Estágio I e II.....	74
Apêndice III – Norma Setorial para a Transição de Cuidados Segura.....	78

Apêndice IV - Ação de Formação: Comunicação em Saúde e Transição de Cuidados - ISBAR.....	91
Apêndice V – Questionário aplicado á Ação de Formação	114
Apêndice VI – Posters Transição de Cuidados no BO.....	116
Poster I – Transição de Cuidados Segura no Acolhimento da PSP no BO	117
Poster II – Transição de Cuidados Segura na Transferência da PSP do BO para o serviço de origem / outro destino	118
Apêndice VII –Sugestão de Reorganização do Espaço “transfer” para uma Transição de Cuidados Segura (layout)	119
Apêndice VIII – Scoping Review: “Nursing Handover Communication Technique in the OR: a Scoping Review”	121
ANEXOS	161
Anexo I – Tabela de Formações Frequentadas.....	162
Anexo II – Certificado de Participação no Webinar: “Percurso e Tendências na Prática Perioperatória”	163
Anexo III – Certificado de Participação no “Encontro de Benchmarking MCEEMC2024”.....	165
Anexo IV – Certificado de Participação nas XIII Jornadas de Enfermagem do Centro Hepato-bilio-pancreático e Transplantação da ULS S. JOSÉ	167
Anexo V – Certificado de Presença na III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de Respostas”	169
Anexo VI – Certificado de Participação no Webinar: “Cuidados de Enfermagem Perioperatória na Prevenção da Lesão por Pressão: da Avaliação à Intervenção”	171
Anexo VII – Certificado de Participação no Webinar: “Cria os teus Artigos Científicos – Primeiros Passos”	173
Anexo VIII- Certificado de Presença no Webinar: “Cuidar de Quem Cuida: Prevenção e Gestão do Burnout nos Enfermeiros”	175
Anexo IX - Certificado de presença no I Congresso de Enfermagem Perioperatória – “Perioperatório em Perspetiva – no Limiar do Futuro”	177
Anexo X - Certificado de presença no Webinar: “Como atingir a excelência em Enfermagem Perioperatória – Visão de uma Especialista em Instrumentação Cirúrgica”	179
Anexo XI – Certificado de Intervenção – Preletora no Webinar: “Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados”.....	181
Anexo XII – Certificado de Participação na Apresentação Oral sobre “Communication Safety in the Transition of Care in de Operating Theater”, na 1st International Seminar on Implementation Science and Nursing	183

Anexo XIII – Certificado de Participação na Apresentação de Poster: “Via aérea não Previsível em Adultos em Bloco Operatório”.....	185
--	-----

Índice de Figuras

Figura 1. Tabela informativa ISBAR.....	21
Figura 2. Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance	26

Índice de Tabelas

Apêndice I – Competências e Plano de Atividades Unidade Curricular Estágio I e II.....	64
Apêndice II – Diagrama de Gantt do Plano de Atividades da Unidade Curricular Estágio I e II.....	743
Anexo I – Tabela de Formações Frequentadas	162

INTRODUÇÃO

Este documento foi realizado no âmbito da unidade curricular estágio com relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória (EMC-PSP) referente ao ano letivo 2023-2025, da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, sob a orientação da Professora Tânia Soares.

A sua elaboração visa demonstrar o processo evolutivo das aprendizagens, que decorreram nos estágios, com foco na documentação e reflexão crítica sobre as competências adquiridas. A descrição está sustentada nos processos de aprendizagem e desenvolvimento profissional, visando a aquisição de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista (EE) na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Pessoa em Situação Perioperatória (EMC-PSP), de acordo com os Regulamento n.º 140/2019 e Regulamento n.º 429/2018, para a atribuição do título de enfermeiro especialista e grau de mestre a nível académico.

A Área de Especialidade de Enfermagem à PSP (AEEPSP) tem como objetivo responder de forma eficaz às necessidades específicas da pessoa que vivencia processos de saúde/doença e que requer intervenções cirúrgicas e anestésicas específicas. De acordo com a Ordem dos Enfermeiros (OE, 2017), o enfermeiro especialista (EE) deve reunir um conjunto de competências avançadas que lhe permitam assegurar cuidados de enfermagem qualificados, personalizados centrados na pessoa durante o período perioperatório. De acordo com os Padrões de Qualidade de Cuidados Especializados (OE, 2017), os cuidados de enfermagem perioperatório devem seguir um processo padronizado baseado nas boas práticas, assegurando a continuidade e a qualidade dos cuidados à pessoa e respetiva família /pessoa significativa, num período contínuo - pré, intra e pós-operatório (OE, 2025).

De acordo com a AESOP (2012), o EEP deve atuar de forma autónoma e colaborativa na gestão dos cuidados à PSP, demonstrando competências em áreas como planeamento, comunicação, formação, advocacia, análise crítica, investigação, gestão e liderança. Além disso, deve promover práticas que garantam a eficiência dos cuidados, segurança da pessoa e da equipa multidisciplinar, a formação em serviço, resposta eficaz a situações de crise e a utilização adequada dos recursos. A EORNA (2023) reforça que a liderança constitui uma competência central, a ser desenvolvida em programas de formação avançada e aplicada na prática clínica, como elemento essencial para assegurar a qualidade dos cuidados prestados. O bloco operatório (BO) é descrito por Duarte & Martins (2014) e ACSS (2011) como uma unidade funcional, dotada de meios físicos e estruturais únicos, integrando uma equipa multidisciplinar. Trata-se de um meio altamente especializado, em constante evolução tecnológica, onde são prestados cuidados de saúde diferenciados à

peessoa em processo cirúrgico, com o objetivo de restabelecer e/ou conservar a saúde da pessoa -(Despacho n.º 1400-A/2015). Este ambiente tem particularidades que envolvem riscos significativos, pelo facto de ser complexo, exigente do ponto de vista técnico científico e humano, com propensão a elevados níveis de stress e podendo conduzir a uma maior probabilidade de ocorrência de erros (Fragata, 2010).

Segundo Bonds (2018), a PSP apresenta um risco acrescido de vivenciar eventos adversos, quando comparada com outras populações em contexto de cuidados agudos. Face à complexidade dos cuidados e ao elevado risco inerente, é imperativo que os profissionais de saúde que atuam no perioperatório identifiquem proactivamente, os potenciais riscos e assegurem a segurança e bem-estar da pessoa (Caetano *et al.*, 2024).

A DGS em 2017, aponta as falhas de comunicação como uma principais causas de ocorrência de eventos adversos na saúde, sendo responsáveis, a nível internacional, por cerca de 70% do total dos eventos adversos. Ventura-Silva *et al.* (2023) reforçam que os erros de comunicação e as lacunas informativas durante a transmissão de cuidados, podem comprometer gravemente a continuidade assistencial, afetando negativamente tanto o processo de assistência como tratamento planeado. Assim, considerando o impacto significativo da comunicação na segurança e na qualidade dos cuidados prestados, o presente relatório desenvolve como tema central a transição de cuidados no BO.

Na transição de cuidados em saúde, importa considerar que a transição remete-se para todos momentos em que existe a passagem de responsabilidades de cuidados e de informação entre profissionais de saúde (DGS, 2017). Reflete momentos de vulnerabilidade e criticidade para a segurança da pessoa, cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como no caso da transferência da PSP para um nível diferente de cuidados.

Para além da transição de cuidados em saúde, importa considerar a transição vivenciada pela própria pessoa em situação perioperatória (PSP). O processo cirúrgico pode ser integrado como uma transição, onde a pessoa ao confrontar-se com a necessidade de uma intervenção cirúrgica, atravessa um processo de reorganização pessoal e reestruturação do quotidiano, frequentemente marcado por disrupções físicas, emocionais e sociais (Estrela, 2013).

Neste sentido, a Teoria das Transições, desenvolvida por Afaf Meleis, oferece um referencial teórico valioso para a compreensão das múltiplas transições vivenciadas neste contexto. Segundo Meleis (2010), as transições não são exclusivas da pessoa alvo dos cuidados, mas também dos próprios profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, estudantes, docentes e gestores, que vivenciam processos de adaptação e mudança.

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Não Realce

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Não Realce

Assim, o presente relatório incorpora a filosofia de cuidados centrada nas transições, proposta pela filósofa Meleis, como eixo orientador da análise e reflexão teórica sobre o pensamento teórico de enfermagem na prática de cuidados, no contexto perioperatório.

A nível estrutural, o relatório é composto por um enquadramento conceptual sobre a Transição de Cuidados no BO, segue-se a apresentação do enquadramento teórico. Posteriormente, a análise da aquisição e desenvolvimento de competências do EEPSP, e por último surgem as considerações éticas, conclusão, referências bibliográficas, apêndices e anexos.

O presente relatório pode também ser enquadrado nos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), estabelecidos em 2016 com metas a alcançar até 2030. Estes objetivos constituem uma agenda global nas dimensões social, económica e ambiental, com o propósito de promover a paz, a justiça e o fortalecimento de instituições eficazes (ODS, 2016). Em particular, destaca-se o Objetivo 3 – Saúde de Qualidade, que tem como meta “garantir o acesso à saúde de qualidade e promover o bem-estar para todos, em todas as idades”. Este objetivo inclui ações voltadas para a redução da mortalidade global, a diminuição da mortalidade prematura por doenças não transmissíveis, a promoção da saúde mental e do bem-estar físico, são áreas nas quais se inserem os cuidados prestados à pessoa em situação perioperatória (PSP).

Neste contexto, os enfermeiros assumem um papel fundamental para o alcance dos ODS, sendo reconhecidos como profissionais essenciais à melhoria contínua dos cuidados de saúde e à promoção do bem-estar das populações (OMS, 2020).

A construção do relatório de estágio segue as normas adotadas pela American Psychological Association – APA, 7ª edição e encontra-se de acordo com o novo acordo ortográfico português. Foi seguida a instrução para a elaboração de projeto e relatório de estágio dos Mestrados em Enfermagem da Escola Superior de Saúde Egas Moniz, garantindo a conformidade com os critérios académicos exigidos pela instituição.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo encontra-se o enquadramento conceptual sobre Transição de Cuidados no BO, que irá fundamentar a importância do tema desenvolvido no relatório de estágio. Para um fluxo contínuo de informação, serão apresentados alguns conceitos importantes.

1.1 COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E TRANSIÇÃO DE CUIDADOS

A palavra comunicação deriva do latim *communicare*, que significa a partilha de algo, pôr em comum. Phaneuf (2005, pp23) define a comunicação como:

"o processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas...transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes".

O processo de comunicar implica a emissão, de sons, gestos ou escrita, com a finalidade de transmitir uma mensagem. O seu sucesso ocorre quando a mensagem enviada é recebida e interpretada corretamente pelo recetor. Porém, podem existir perturbações em todas as fases deste processo, que dificultam a transmissão, a receção e o feedback da mensagem (Almeida, 2019).

Em saúde, a comunicação é uma dimensão fundamental, assume-se como complexa, quer pela mensagem, informação a ser transmitida, os meios utilizados, bem como, as características dos diversos interlocutores. Estes são alguns dos fatores que interferem na efetividade e eficiência da transmissão e recepção da informação, e consequentemente, interferem no impacto da segurança da pessoa (SNS, 2019).

Inclusivamente a qualidade da comunicação reflete-se na proteção da pessoa, na obtenção de melhores resultados em saúde e é também um fator positivo para fomentar a mudança de comportamentos (Nunes, 2020).

O profissional de saúde assume um papel determinante nesta temática. Como promotor ativo, regulador da comunicação e fonte de informação, deve adotar uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva, para promover o envolvimento e atuar como polo comunicativo dinâmico que disponibiliza informações simples, confiáveis e fidedignas (SNS, 2023).

Inerente a este conceito, surge a comunicação eficaz. Para Phaneuf (2005) uma comunicação eficaz deve ser funcional, circular e contínua. A DGS define que a *"Transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser*

oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa” (DGS, 2017, pp4).

1.2 TRANSIÇÃO DE CUIDADOS NO BO

A comunicação e a transição de cuidados são temas atuais nos cuidados de saúde, que nos últimos anos têm assumido uma relevância crescente (SNS, 2019), face ao alerta mundial para o elevado número de incidentes provocados por erros em saúde. Este tema ganha destaque nas últimas décadas. Nos EUA, estima-se que os erros na saúde foram responsáveis por cerca de 98 000 mortes por ano (Konh *et al.*, 2020).

A DGS (2017) disponibiliza dados afetos à última década, mostrando que, a nível internacional, os erros de comunicação são uma das principais causas para a ocorrência de eventos adversos na saúde, sendo responsáveis por cerca de 70% de ocorrência de eventos adversos durante os momentos de transição de cuidados. Entre as falhas mais comuns encontram-se as falhas de comunicação, onde estão inseridas as omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização de atividades.

No ano de 2012 em Portugal, um estudo concluiu que 50% dos profissionais de saúde não utilizavam uma comunicação eficaz entre si, colocando em causa a continuidade da informação dos cuidados de saúde (DGS, 2017).

Face a esta problemática, o fator humano foi identificado na literatura como um dos fatores determinantes para a ocorrência de erros. Desde a dinâmica da equipa, falhas de organização, falhas técnicas, às capacidades individuais, estas assumem um papel preponderante na incidência de eventos adversos (Fragata, 2010).

A OMS (2019) estabelece uma comparação entre o mundo da aviação e os cuidados de saúde, referindo que, tal como na aviação, através da uniformização dos cockpits, do reforço da comunicação, da introdução de rigorosos protocolos planeados para lidar com emergências em voo, bem como, a formação em contextos de simulação, conduziram para uma melhoria significativa da segurança. Destaca ainda, de igual modo, que os fatores humanos são determinantes para a construção de sistemas seguros e resistentes nos contextos de cuidados de saúde e da segurança dos seus.

Num sistema de cuidados de saúde resiliente e equitativo, a atenção com os fatores humanos é uma constante. No entanto, em sistemas de cuidados inflexíveis, verifica-se a presença de fatores humanos disfuncionais, que por sua vez são propensos a erros e à ocorrência de eventos adversos (OMS, 2019).

Relativamente ao conceito de transição de cuidados de saúde, este remete-se a qualquer momento que decorra da prestação de cuidados, onde se verifica a transferência de responsabilidade/informação de cuidados entre prestadores, com a finalidade de dar continuidade e segurança aos mesmos.

São momentos de extrema vulnerabilidade e criticidade para a segurança da pessoa, cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como no caso da transferência da pessoa para um nível de cuidados diferente (DGS, 2017).

O Ministério da Saúde (Despacho n.º 9390/2021) refere que é fundamental que ocorra uma comunicação efetiva transversal a todo o ciclo de cuidados, devendo ter especial destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade e da passagem de informação entre os profissionais de saúde envolvidos para a prestação de cuidados, uma vez que ao longo do percurso do doente este poderá receber cuidados de diferentes profissionais de saúde, em diferentes ambientes e diferentes níveis de cuidados

Este processo está intrínseco no cuidado à pessoa durante a prática clínica e na ocorrência de uma comunicação imprecisa, torna-se ineficaz causando sofrimento para a mesma (Ghosh *et al.*, 2021) e gerar quebras graves na continuidade de cuidados, no processo de assistência e no tratamento planeado (Ventura-Silva *et al.*, 2023).

A segurança da pessoa é um dos focos primordiais da qualidade em saúde (Barroso *et al.* (2021), sendo relevante clarificar o conceito de segurança. É definida como *"a redução do risco de danos desnecessários a um mínimo aceitável...refere-se à noção coletiva em fase do conhecimento atual, recursos disponíveis e no contexto em que os cuidados foram prestados em oposição do não tratamento ou de outro tratamento"* (DGS, 2011, pp51).

No sentido de promover cuidados de saúde seguros e respeitosos, para todas as pessoas, sempre e em qualquer lugar, e para uma maior redução possível dos danos evitáveis (OMS, 2019), a OMS estabeleceu um Plano Mundial de Segurança 2021-2030, onde destaca estratégias decisivas, com a aplicação de 6 metas internacionais de segurança:

- Meta 1 – Identificar corretamente a pessoa;
- Meta 2 - Melhorar a eficácia da comunicação;
- Meta 3 - Melhorar a segurança dos medicamentos de alta vigilância;
- Meta 4 - Assegurar a cirurgia no local correto, procedimento correto-pessoa correta;
- Meta 5 - Reduzir o risco de infeções associadas a cuidados de saúde; e
- Meta 6 - Reduzir o risco de danos à pessoa decorrente de quedas (Barroso *et al.*, 2021).

Através das orientações internacionais, em Portugal, foi elaborado o Plano Nacional de Segurança do Doente 2021-2026, sustentado em cinco pilares com o estabelecimento de diversos objetivos estratégicos, que são:

- Pilar 1 – Cultura de segurança;
- Pilar 2 – Liderança e governança;
- Pilar 3 – Comunicação;
- Pilar 4 – Prevenção e gestão de incidentes de segurança;
- Pilar 5 – Práticas seguras em ambientes seguros (Despacho n.º 9390/2021).

A comunicação e a transição de cuidados seguros enquadram-se, a nível internacional, na Meta 2, e a nível nacional no Pilar 3, mas também influi para a cultura de segurança (pilar 1), liderança e governança (pilar 2), prevenção e gestão de incidentes de segurança (pilar 4) e práticas seguras em ambientes seguros (pilar 5).

Relacionando com o perioperatório, este é um período onde ocorrem diversos momentos de transição de cuidados, seja a nível interno (como a transferência da PSP da sala operatória para a UCPA), seja a nível externo (desde o acolhimento da PSP no BO, à sua transferência para o serviço de origem/outro).

Adicionalmente o BO representa um contexto exigente para a prestação de cuidados, face aos recursos humanos, físicos e técnicos que contempla, e pela grande diferenciação e complexidade de cuidados que o caracterizam (Gomes *et al.*, 2020), assim como, o ambiente de elevada exigência técnica, científica e individual para a prestação de cuidados (Fragata, 2010), que predispõem a um crescente nível de stress, que pode conduzir a uma maior probabilidade de ocorrência de erros (Grant *et al.*, 2021).

Dados recentemente divulgados no Global Patient Safety Report da OMS de 2024, estimam que 14,4% das pessoas submetidas a procedimentos cirúrgicos, sofreram danos, dos quais 5,2% potencialmente evitáveis. Cerca de 7 milhões em todo o mundo, sofrem anualmente danos significativos, dos quais, 1 milhão morre durante/imediatamente após a cirurgia (OMS, 2024).

Em Portugal, segundo o relatório do INE 2024, no ano de 2022, realizaram-se mais de 1,2 milhões de cirurgias nos hospitais portugueses (incluindo pequenas cirurgias), correspondendo a um aumento de 13,3% em comparação com o ano anterior (INE, 2024).

Face às crescentes exigências, as falhas de comunicação são fatores potenciadores para a realização de procedimentos inadequados, com consequências diretas para a PSP, induzindo a quebras graves na continuidade de cuidados, no processo de assistência e no tratamento planeado (Grant, *et al.*, (2022) e Ventura-Silva *et al.*, (2023)).

Dos fatores que podem comprometer a comunicação na transição de cuidados, identificados na evidência científica, e aplicáveis ao BO, destacam-se: o elevado turnover, condicionando o tempo disponível para preparar a transferência antecipadamente; a elevada carga de trabalho; a ausência de locais específicos para a ocorrência da transição de cuidados com redução do ruído e de interrupções; a resistência dos profissionais a mudanças; a ausência de padronização de ferramentas de apoio; a ausência de formação

e treino das equipas de saúde; e o baixo nível de compromisso da liderança para a problemática da comunicação em saúde e da transição de cuidados (Grant *et al.*, (2021) e Ventura-Silva *et al.*, (2023)).

Deste modo, a implementação de processos de transferência de cuidados padronizados e fiáveis são determinantes para garantir um ambiente otimizado e seguro para todos os utilizadores (Caruso *et al.*, 2015).

Uma das medidas divulgadas em Portugal, pela DGS, para contornar este problema, surge em 2017, com a publicação da norma de orientação clínica 001/2017, sobre a temática “Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde”, que promove a uniformização de práticas para uma comunicação eficaz entre os profissionais, sobre a pessoa em transição de cuidados de saúde.

A norma pretende garantir uma comunicação precisa e atempada e diminuir os efeitos adversos e a morbimortalidade, através do recurso à utilização da técnica ISBAR, referindo que esta deve ser utilizada em todos os níveis de cuidados e ser considerada como prioritária (DGS, 2017).

Os autores Kitney *et al.* (2020) referem que o ISBAR é uma abordagem estruturada da comunicação entre prestadores de cuidados de saúde, com o objetivo particular de transferir os cuidados clínicos dos doentes, e ainda, segundo a DGS (2017, p.4):

“...é reconhecida por promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.”

O ISBAR proporciona uma abordagem estruturada para a comunicação, com o objetivo particular de transferir os cuidados clínicos (Kitney *et al.*, 2020), permitindo uma rápida tomada de decisão, promovendo o pensamento crítico, melhorando o processo de enfermagem, diminuindo o tempo de transferência de informação e assegurando a continuidade dos cuidados (DGS, 2017). Simultaneamente, promove a qualidade da transferência e a segurança da pessoa, potenciando o aumento do nível de satisfação dos enfermeiros e da pessoa (Kaltoft *et al.*, 2022 e Müller *et al.*, 2018).

A técnica ISBAR está recomendada por diversas organizações de saúde, pela fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados. Com recurso a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações dos cuidados (DGS, 2017), a mnemónica ISBAR significa: **I** – Identification (Identificação); **S** – Situation (Situação atual); **B** – Background (Antecedentes); **A** – Assessment (Avaliação); **R** – Recommendation (Recomendação). De um modo simples, possibilita memorizar construções complexas, usadas na transmissão verbal e surge como um assistente neste processo.

Para uma fácil interpretação disponibiliza-se a tabela informativa sobre a sua composição detalhada.

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

Figura 1. Tabela informativa ISBAR (adaptada) - **Fonte:** DGS – NOC 001/2017

Adicionalmente ao uso de um instrumento padronizado, a evidência científica destaca um conjunto de ações essenciais para a uma transição de cuidados eficaz: definir um conjunto mínimo de informação crítica a ser comunicada; comunicar face a face, presencialmente ou tecnologicamente de forma a clarificar dúvidas; antes da emissão de informação toda informação relevante deve ser reunida (das diversas fontes); deve realizar-se a transição de cuidados em local próprio, livre de ruídos e interrupções; todos os elementos da equipa devem estar incluídos, sempre que possível, inclusive o cliente e a família; e recorrer ao uso da tecnologia, como o processo clínico eletrónico, como suporte para uma transição eficaz (JCI, 2017).

Para os profissionais de saúde do BO é fundamental que existam locais próprios para a transferência de cuidados, livre de interrupções (não emergentes), de distrações e que se localizem numa zona distante do fluxo de entrada e saída de utilizadores. Deve alocar os equipamentos mais ruidosos (sempre que possível) longe de locais de transições de cuidados, e a formação dos profissionais de saúde é preponderante para o sucesso destas medidas e para a qualidade e segurança dos cuidados (Grant *et al.*, 2021).

Os autores Kitney *et al.* (2020), descreveram inclusivamente os benefícios de recorrer a um instrumento padronizado para a transição de cuidados, destacam que o ISBAR contribui para uma rápida tomada de decisão e promove do pensamento crítico, mesmo quando os profissionais de saúde não possuem formação na área da área de segurança do doente. Complementarmente, os autores Castro *et al.* (2022) destacam que a metodologia ISBAR

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 9 pt, Negrito, Tipo de letra com letras complexas: 9 pt, Não Negrito

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 9 pt, Tipo de letra com letras complexas: 9 pt

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 9 pt, Tipo de letra com letras complexas: 9 pt

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 9 pt, Negrito, Tipo de letra com letras complexas: 9 pt, Negrito

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 9 pt, Tipo de letra com letras complexas: 9 pt

é “fácil de acompanhar, atualizada, com duração adequada e estruturada” e que o momento de transição é fundamental.

A Ordem dos Enfermeiros (2023) diz que o recurso a uma transição estruturada, potencia a melhoria da qualidade das transições pós-operatórias, a segurança da pessoa submetida a procedimento cirúrgico.

Os autores Kitney et al. (2020) salientam que os enfermeiros são os profissionais de saúde, que se encontram numa posição de liderança natural para melhorar práticas seguras durante a transferência de cuidados no perioperatório, podendo assegurar o cumprimento dos princípios estruturados adotados.

1.3 TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAP MELEIS

Atendendo ao processo de transição, seja de cuidados ou do processo de transição profissional (enfermeiro) ou do processo cirúrgico, podemos correlacioná-los com a PSP. Seguidamente será apresentada a filosofia de cuidados de Afaf Meleis, a Teoria das Transições, que irá suportar o presente relatório, do ponto de vista teórico.

As teorias têm a finalidade de promover a reflexão sobre os interesses da comunidade científica e da sociedade, considerando diversas variáveis, que possibilitam o avanço do conhecimento científico, das próprias teorias, da prática (especialmente a sua aplicabilidade), da investigação, do ensino e da gestão na área de enfermagem (Neto *et al.*, 2015). Para Neto *et al.* (2015), as teorias de enfermagem representam uma articulação organizada, coerente e sistemática de um conjunto de afirmações que abordam questões fundamentais da disciplina. O seu propósito é serem comunicadas e compartilhadas, permitindo relatar fenómenos, compreender relações entre eles, prever resultados e, inclusive, orientar o cuidado de enfermagem.

Os cuidados de enfermagem à PSP caracterizam-se por um processo padronizado de boas práticas, promotor da segurança e da qualidade dos cuidados ao longo de todo o *continuum* assistencial: antes, durante e após procedimentos cirúrgicos/anestésicos (OE, 2017).

Neste contexto, a pessoa em situação perioperatória vivencia mudanças que demandam a adaptação, e muitas vezes apresenta um estado de fragilidade. De acordo com a OE, segundo regulamento de competências específicas do EE em enfermagem médico-cirúrgica, da OE (Regulamento nº.429/2018, pp19366): “a *vulnerabilidade da pessoa em situação perioperatória pode ser expressa com a impossibilidade da pessoa responder com os seus próprios recursos aos riscos inerentes a que está sujeita. A vulnerabilidade traduz a exposição aos riscos, a desproteção e impossibilidade de defesa que requer que seja assegurada por outra pessoa, em sua substituição*”.

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Itálico, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Itálico

A Teoria das Transições pode contribuir para compreender como se desenvolve o processo de transição, identificando os fatores que desencadeiam e influenciam do processo de transição da PSP, uma vez que estas variáveis são determinantes para a vivência dessa transição.

A presente teoria oferece uma abordagem para desenvolver estratégias de cuidado direcionadas para o cuidar da PSP, acompanhando-a neste período de transição e ajudando-a a superar as suas fragilidades, bem como direcionar este processo de transição de forma saudável

A Teórica Afaf Ibrahim Meleis, apresenta-nos uma teoria de Médio Alcance, iniciada na década de 60, onde inicialmente investigou intervenções que facilitassem o processo de transição em pessoas que apresentavam dificuldades em realizá-las de forma saudável, especialmente no contexto de planeamento familiar e da construção dos processos de parentalidade (Guimarães & Silva, 2016). Face à sua ampla aplicabilidade, o foco da investigação foi expandido para incluir as intervenções que pudessem facilitar o processo de transição e apoiar aqueles que enfrentavam dificuldades em realizar as transições de forma saudável (Guimarães & Silva, 2016).

A teoria da transição está fundamentada numa disciplina, que se insere no Paradigma da Transformação, reconhecendo que os fenómenos decorrentes da pessoa, estão em contínua interação com o meio onde está inserido. Esta teoria, resulta da análise da forma como a pessoa suporta uma(s) mudança(s) ou alterações circunstanciais da sua vida (Silva *et al.*, 2019).

A pessoa é tida como um ser único, sujeito a processos de mudanças decorrentes de períodos de organização e desorganização, mas sempre com foco numa (re)organização. Segundo Meleis (2010) as transições são desencadeadas por eventos críticos, tornando-se importante compreender o significado da palavra transição.

A palavra "transição" tem origem no latim *transitióne* e significa o ato ou efeito de passar de um lugar, estado ou assunto para outro, ou seja, o trajeto (Meleis *et al.*, 2000). Acarreta uma mudança que pode refletir na forma de ser, de estar e de se encontrar em um determinado contexto temporal. Pode ser encarada como uma fase, delimitada por um período, entre dois estados distintos (Abreu, 2007).

Os autores Guimarães & Silva (2016) mencionam que a transição é um conceito central na enfermagem, utilizado para interpretar as interações entre a tríade: o ser humano, o ambiente de saúde, e as relações entre ambos, considerando os seus efeitos potenciais sobre a saúde. A teórica Meleis (2000) define a transição como a passagem de um:

"estado (lugar ou condição) estável para outro estado estável e requer por parte da(s) pessoas, a incorporação de conhecimentos, alteração do seu comportamento e mudança da definição do self" e "A passagem de uma fase da vida, condição, ou status para outra

(...) refere-se tanto ao processo como aos resultados da complexa interação entre pessoa e ambiente.”

Meleis *et al.* (2000) destacam ainda que é um conceito central da enfermagem, frequentemente presente em teorias do desenvolvimento, bem como em teorias sobre o stress e adaptação. Este conceito abrange tanto a continuidade quanto a descontinuidade dos processos de saúde, estando intrinsecamente relacionado à mudança, ao desenvolvimento e a eventos associados a situações de saúde e doença. Muitas vezes, essas transições ocorrem em decorrência de eventos, que escapam ao controlo da pessoa. De acordo com Chick & Meleis (1986), o domínio de enfermagem pode ser compreendido dentro do processo de saúde e doença, no qual o fenómeno da transição se insere de forma essencial.

Para Silva *et al.*, (2019) a transição é compreendida como um processo psicológico, inerente à adaptação de uma mudança, no qual ocorre uma reestruturação interior, que permite incorporar a nova realidade, aprender e adaptar-se às novas circunstâncias. Abreu (2007) acrescenta que transição se refere à alteração de um estado de saúde, envolvendo modificações nos processos, papéis ou estados, que levam a transformações de comportamentos e à redefinição da pessoa, no contexto social.

Por sua vez, a transição pode ainda manifestar-se em diferentes padrões, simples quando a pessoa vivencia uma ou múltiplas transições; ou de ordem sequencial, quando as transições ocorrem em intervalos de tempo distintos; e de ordem relacional ou não relacional (Silva *et al.*, 2019).

Neste caso, as transições de ordem relacional, refere-se a mudanças interpessoais, com impacto direto no modo como as pessoas se relacionam e interagem entre si (Meleis *et al.*, 2000). Como por exemplo, a transição de uma pessoa para um estado de dependência de cuidados, que pode ocorrer após uma cirurgia ou por doença crónica, tendo impacto ao nível da dinâmica familiar. Ou ainda, a transição de um enfermeiro para um novo ambiente de trabalho, ou até mesmo de um estudante de enfermagem para profissional, que tem de adaptar às novas relações no ambiente e a novas responsabilidades (Santos *et al.*, 2015).

Por sua vez, as transições não relacionais, podem ter impacto nas relações interpessoais, mas não envolvem diretamente as mesmas (Alligood, 2022). Podem ocorrer por mudanças no estado de saúde, em que a pessoa transita de um processo de doença agudo para doença crónica ou por mudanças de tratamentos. Ao nível das organizações, por exemplo, pode ocorrer com a implementação de um novo protocolo hospitalar. Apesar destas alterações influenciarem indiretamente as relações, estas centram-se na transformação individual ou estrutural (Santos *et al.*, 2015).

Segundo Silva *et al.* (2019), as transições são influenciadas por diversos condicionantes que, direta ou indiretamente, impactam este processo. Fatores como a tomada de consciência, o tempo, os eventos e os pontos críticos em que decorre a transição, bem como, as condições pessoais, comunitárias e sociais em que a pessoa está inserida, podem surgir como facilitadores ou inibidores do processo de transição.

Chick e Meleis (1986), por sua vez, abordam a transição como um processo composto por fases e sequências, que envolvem tanto o impacto gerado pela própria transição quanto as respostas da pessoa diante dela. Embora seja um fenômeno contínuo, possui uma duração limitada no tempo. A forma como a transição é percebida, relaciona-se com os significados atribuídos, as experiências vividas e a interação da pessoa com o ambiente.

Objetiva-se que a transição seja concluída e que a pessoa envolvida consiga atingir um novo estado de estabilidade, face à situação vivida, sendo considerada concluída, completa, apenas quando o gerador de perturbações e da desorganização forem colmatados.

Meleis (2010) ressalta que a ocorrência de um evento relacionado com a saúde de uma pessoa, família ou cuidador já constitui por si só, um processo de transição. Além disso, a percepção prévia que a pessoa detém de si mesmo, antecedente à mudança, é transformada, o que evidencia a necessidade de viver um processo de transição. Quando a PSP inicia um processo de saúde doença, é confrontada inevitavelmente com essa transição, impactando também a sua família ou pessoa de referência. Esta mudança interfere na forma como a pessoa se coloca e se vê num determinado momento, influenciado tanto por alterações emocionais quanto físicas, como por exemplo, a alteração da imagem corporal após uma intervenção cirúrgica.

Meleis & Sawyer (2000) acrescentam que as mudanças no estado de saúde e da doença geram processos de transição e tornam as mais vulneráveis a riscos, os quais por sua vez, podem comprometer a saúde. Esta vulnerabilidade está alinhada com a definição já apresentada da PSP, que a descreve como alguém que aceita a sua situação de vulnerabilidade física e emocional, na expectativa de recuperar o seu estado de saúde. A identificação e compreensão dos riscos envolvidos podem ser aprimorados através do entendimento aprofundado do processo de transição.

No que concerne às principais componentes da Teoria das Transições, esta é constituída por diversos elementos fundamentais: a essência das transições (tipos e padrões da transição), as propriedades da experiência da transição; condições que influenciam o processo transição (fatores facilitadores e inibidores): pessoais, da comunidade, da sociedade; os padrões de resposta (indicadores de processo e indicadores de resultados); e por fim, as intervenções terapêuticas de enfermagem (Allgood, 2022).

Para uma melhor percepção da estruturação da teoria das transições, disponibiliza-se seguidamente um quadro informativo sobre o referencial teórico.

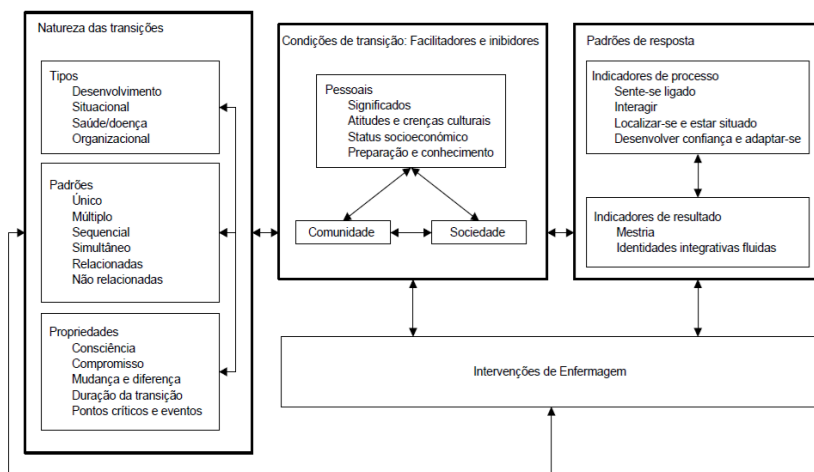


Figura 2. Modelo de Transições: uma teoria de médio alcance
Fonte: (Guimarães & Silva, 2016).

O quadro apresentado corresponde ao quadro de Teorização das Transições e descreve que os componentes centrais interagem entre si: a natureza das transições, contextos das transições, padrões de resposta e os cuidados de enfermagem.

No que concerne à natureza das transições, podem ser de diferentes tipos: de desenvolvimento: quando relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital; situacionais: agregadas a alterações do papel que a pessoa desempenhava anteriormente saúde/doença: em que ocorre a mudança do estado de saúde, para um estado de doença (como por exemplo a PSP fica incapacitada/ impedida de desenvolver a sua atividade laboral, de lazer que aprecia face ao tratamento cirúrgico que tem de realizar; e organizacional: sobre mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e Intra organizacionais.

Quando se trata de uma transição de saúde/doença, um dos contextos explorados para avaliar o seu impacto é o período pós-operatório, conforme descrito por Meleis (2010). No paragrafo anterior podemos correlacionar a competência 1.1.8 do Regulamento nº.429/2018, pp19366, em que o Enfermeiro Especialista: "*Prepara a pessoa para as potenciais alterações da autoimagem e diminuição de capacidades, decorrente do processo cirúrgico*".

Complementarmente, as propriedades universais da transição, revelam que, apesar da diversidade de tipos de transições, algumas das propriedades tem condições comuns entre si e influenciam-se mutuamente. Uma dessas propriedades, esta relacionada com a própria definição de transição. Segundo Meleis (2010), as transições são processos que ocorrem ao longo do tempo e envolvem desenvolvimento, fluxo ou movimento de um estado para outro. Entre as propriedades destacam-se as mudanças de identidades, papéis, relações, capacidades e padrões de comportamento, evidenciando a complexidade e profundidade deste fenômeno (Meleis, 2010).

Para Meleis (2010) o significado das transições, é subjetivo e depende do modo como a mesma é vivida pela pessoa, bem como também das experiências anteriores que a pessoa já vivenciou. Trata-se, portanto, de um elemento subjetivo, que conduz a uma apreciação da pessoa, face ao impacto que a transição tem na sua vida. Posto isto, podem ser atribuídos contributos positivos, neutros ou negativos, podendo ser desejada ou não – Como no caso do casamento ou da realização de uma formação avançada, ou indesejada, e ainda resultar de uma escolha pessoal ou ocorrer de forma imposta.

A autora refere ainda, que para a pessoa é essencial ter consciência do significado da transição, de forma a compreender a sua experiência, assim como as consequências para a sua saúde (Meleis, 2010). Neste parágrafo insere a unidade de competência 1.1.9 e 1.1.10 do Regulamento nº.429/2018, pp19366, que nos diz que o enfermeiro especialista à PSP — *“Desenvolve plano de instrução, ensino e treino promovendo a capacitação, autogestão e recuperação; — Assegura os mecanismos de suporte e acompanhamento da pessoa em situação de vulnerabilidade, de menores e de pessoas com necessidades especiais, de acordo com a legislação vigente e as políticas institucionais”*.

A expectativa é outro fenômeno subjetivo, que afeta a experiência da transição. Segundo Meleis (2010), as pessoas em transição podem ou não saber o que esperar, e as suas expectativas podem ou não ser realistas. A sua expectativa atual é influenciada por experiências anteriores, que nem sempre se aplicam à nova situação, e podem, por vezes, ser vagas, pouco claras ou até irrealistas face à nova transição, dificultando o processo.

Meleis (2010) diz-nos ainda que o nível de conhecimento e as habilidades que da pessoa, constituem fatores que influenciam os resultados em saúde e que podem ser insuficientes para atender às exigências da nova situação. A literatura aponta para a necessidade de conhecimento e de habilidades durante o processo de transição e destaca que, na sua insuficiência ou ausência, surge a incerteza. Só através da aquisição destes novos saberes e competências, é que a pessoa pode atribuir um entendimento significativo mais claro e positivo à experiência da transição.

Relativamente ao elemento da tríade ambiente, este é um influenciador determinante na transição. Meleis (2010) descreve que a existência de recursos disponíveis no ambiente é

encarada como um fator facilitador externo, que levará à percepção, construção e avaliação da sua utilidade, e a concepção da existência de apoio fora da pessoa, poderá ajudar na transição. Aqui podemos incluir o apoio dos enfermeiros, em que Meleis (2010) refere ser importante, e que na ausência do mesmo, da comunicação da equipa profissional de saúde e da pessoa, é encarada como algo não ideal, que leva à pessoa a desenvolver sentimentos de impotência, confusão e frustração.

Através da Teoria de Transições de Meleis, identificamos que o processo de transição é singular, complexo e compostos por diversas dimensões que podem originar diversos significados. Estes influenciados pela percepção individual, geram efeitos de mudança de vida, de saúde, de ambientes e de relacionamentos.

Posto isto, é importante compreender o papel do enfermeiro na transição, neste caso de natureza saúde /doença.

1.3.1 O Papel do Enfermeiro na Teoria das Transições

A enfermagem enquanto disciplina e ciência tem como uma das suas prioridades a atenção às respostas humanas face às transições, resultantes de acontecimentos relacionados com processos de saúde/doença.

Para atuar de forma eficaz, é essencial que o enfermeiro compreenda bem como ocorrem os diversos ciclos e eventos da vida, e é essencial que compreenda os múltiplos focos de intervenção presentes no processo de transição, reconhecendo as necessidades específicas de cada pessoa, família, comunidade. Nesse sentido, a enfermagem deve posicionar-se como facilitadora dessas transições, oferecendo apoio, orientação e cuidados que promovam a adaptação e o bem-estar, conforme defende Meleis (2010) e Silva *et al.*, (2019).

O enfermeiro tem como responsabilidade cuidar da pessoa ao longo do seu ciclo vital, reconhecendo que as mudanças vivenciadas nesse percurso podem impactar diretamente na saúde. Compete ao enfermeiro, desenvolver intervenções que promovam ou inibam mudanças no estado de saúde da pessoa, com o objetivo de facilitar um processo de transição saudável, antecipando os desafios e apoiando a adaptação (Chick & Meleis, 1986).

De salientar, Chick & Meleis (1986) fazem jus às mudanças no estado de saúde, identificando-as como oportunidades para o alcance de um maior bem-estar, apesar de estarem frequentemente associadas à vulnerabilidade. Esta surge associada às experiências de transição, interações e condições ambientais que expõem os indivíduos a possíveis danos, a possíveis recuperações prolongadas ou pouco saudáveis. A exposição do indivíduo a um maior risco de doença pode desencadear um processo de transição.

A PSP ao vivenciar o seu processo de transição, sob um estado de fragilidade decorrente da sua condição de saúde/doença, e do procedimento cirúrgico-anestésico a que tem de se submeter, encontra-se também suscetível à ocorrência de uma transição de cuidados.

A ausência de um instrumento uniformizado de transmissão de informação, pode conduzir ao aumento do risco de complicações e comprometer a continuidade dos cuidados. Para garantir uma transição saudável a prática de enfermagem deve também estar assente em cuidados humanizados, com fundamentação científica e uma abordagem holística centrada na pessoa. Isto implica desenvolvimento de uma relação próxima da pessoa e da sua família, ao longo do seu ciclo vital, de modo a identificar precocemente as dificuldades na adaptação, face à nova situação vivenciada. Conforme Abreu (2007), é função do enfermeiro promover o ajuste e de adaptação face ao novo contexto ou circunstância em que o indivíduo ou família se encontram.

Segundo Meleis (2000) as intervenções de enfermagem são ações interventivas, contínuas, realizadas ao longo do processo de transição, com a finalidade de oferecer conhecimento e capacitar a pessoa em transição, promovendo respostas positivas e promovendo o seu bem-estar. Para Silva *et al.* (2019) o enfermeiro entende a conceção e a abordagem de possíveis problemas e dificuldades, com que os seus intervenientes se deparam durante o processo de transição, valorizando especialmente a experiência vivida pela pessoa nas suas interações com o profissional.

O enfermeiro deve direcionar os seus cuidados considerando o impacto da transição cirúrgica e as mudanças vivenciadas no período perioperatório, com a finalidade de apoiar o indivíduo e sua família na adaptação, ao longo dos eixos da prevenção, promoção e intervenção, para apoiar as transformações em curso.

Nesta linha de pensamento, encarando o ato cirúrgico como uma transição, uma das funções do Enfermeiro de Perioperatório é "1.1.1 — *Identifica as necessidades da pessoa e família/pessoa significativa em situação perioperatória*" e deste modo apoia a pessoa para ultrapassar a transição positivamente" e "1.1.2 — *Elabora plano de intervenção em função das necessidades identificadas*". Regulamento nº.429/2018, pp19364).

No perioperatório, os cuidados prestados pelo enfermeiro à pessoa e à sua família são determinantes para a transição de todo o processo. Este deve apoiar a pessoa na adaptação do seu processo de saúde / doença, bem como a sua família/pessoa de referência, para transpor o mesmo. Simultaneamente promove a diminuição de níveis de ansiedade e stress causados pelo processo cirúrgico anestésico e pelo medo do desconhecido (Meleis, 2010).

Aqui, novamente suportamos o referido com o Regulamento nº.429/2018, pp19364 que refere que o enfermeiro especialista á aquele que: "1.1.4 — *Utiliza estratégias facilitadoras*

da comunicação expressiva de emoções”; e “1.1.5 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista e alívio da ansiedade e medo.”

Silva *et al.*, (2019) descrevem que a transição saudável, é aquela que é determinada através dos padrões de resposta positivos por parte da pessoa ao longo do processo.

O desenvolvimento de competências permitirá gerir o recente contexto, como por exemplo a aceitação da nova identidade, decorrente de cirurgia, que origina mudanças. Deste modo, as novas competências adquiridas irão permitir criar padrões da forma de agir e pensar sobre a situação atual, assim, o resultado de uma transição saudável será a percepção da nova identidade da pessoa e do seu conforto perante a situação (Meleis *et al.*, 2000).

Relacionando ainda com a PSP, a preparação atempada, como a consulta pré-operatória ou a visita pré cirúrgica, permitem preparar a pessoa para lidar com a transição, sendo um fator facilitador para mesma. Esta avaliação irá permitir que profissionais e investigadores compreendam os diferentes padrões de resposta à vivência da transição.

Neste contexto, Meleis & Sawyer (2000), reforçam que os enfermeiros devem fornecer conhecimentos e promover capacidades à pessoa que vive a transição, para que esta desenvolva respostas positivas às mesmas, e consiga retomar a um estado, sensação de bem-estar.

A autora Meleis (2010) propõe ainda três medidas de intervenção amplamente aplicáveis às intervenções terapêuticas durante as transições, para apoiar neste processo. A primeira é a avaliação da prontidão para a transição, um esforço multidisciplinar, que exige uma compreensão holística da pessoa considerando as condições comportamentais, emocionais, cognitivas e físicas. Esta avaliação vai permitir a elaboração de um plano de intervenções individualizado para conduzir o indivíduo a uma transição saudável.

A segunda medida engloba a preparação para a transição, onde a educação deve ser priorizada para o desenvolvimento das circunstâncias ideais para a preparação da transição. Esta medida, necessita de tempo para que sejam assimiladas as responsabilidades e a implementação de novas competências na pessoa (Meleis, 2010).

Por fim, a terceira medida destaca o contributo do enfermeiro como cuidador e promotor de suporte social, contribuindo para a melhoria dos cuidados e para o sucesso da transição.

Comentado [TFFVS1]: Porque optas-te por estes dois indicadores?

2. ANÁLISE DA AQUISIÇÃO E DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

A OE salienta que o momento de estágio é um componente fundamental para a transição de enfermeiro para enfermeiro especialista, uma vez que proporciona o contexto necessário para o desenvolvimento de competências especializadas (OE, 2021).

Para Abreu (2007) o ensino clínico constitui um ambiente privilegiado para o desenvolvimento da aprendizagem em contexto de formação contínua e graduada dos enfermeiros. O autor destaca que os conhecimentos adquiridos nesse contexto representam uma extensão estrutural da formação dos profissionais de saúde, influenciando significativamente a aquisição de competências profissionais. Este ambiente, favorece o aprimoramento de competências clínicas, gerais e especializadas, simultaneamente integra a filosofia das teorias e a prática, além de estimular as disposições orientadas para o desenvolvimento de investigação científica.

Benner (2001) por sua vez, também enfatiza a importância da evolução das competências para alcançar as habilidades necessárias à prestação de cuidados à pessoa. Da mesma forma, Dias & Fernandes (2022) reforçam a procura e o aprofundamento dos conhecimentos com base na evidência, que sustentam a prática dos cuidados, contribuindo para a construção do saber próprio, a modificação de práticas existentes, e a definição de indicadores de enfermagem no contexto **perioperatório**.

No âmbito dos estágios, foram definidos objetivos gerais e específicos, acompanhados por planos de atividades, e de respetivo diagrama de Gantt que favorecem a aquisição de competências inerentes ao EEPSP (disponível em apêndice I e II). Os objetivos gerais, comuns aos dois estágios desenvolvidos, encontram-se interligados, num contínuo formativo, tendo em vista a semelhança dos contextos de BO. Estes objetivos foram os seguintes:

- Desenvolver e consolidar conhecimentos e competências, comuns e específicas, para a prática clínica enquanto Enfermeira Especialista (EE);
- Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos relacionados com a prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (PSP) no âmbito de: enfermeira de apoio à anestesia, enfermeira circulante e enfermeira instrumentista;
- Adquirir atitudes fundamentais no âmbito das intervenções autónomas e interdependentes que caracterizam o exercício profissional do EEPSP;
- Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados prestados;
- Desenvolver competências de gestão aplicadas ao contexto do BO.

Comentado [TFFVS2]: Muito bem

A prática de cuidados à pessoa em contexto cirúrgico é reconhecida como um dos períodos mais críticos no continuum dos cuidados, exigindo dos profissionais de saúde, a identificação precoce de riscos e a implementação de medidas que garantam a segurança e o seu bem-estar da pessoa (Rebelo, 2013).

O Regulamento n.º 429/2018 define as competências específicas inerentes ao EEPSP, nomeadamente: “1 — *Cuida da pessoa em situação perioperatória e respetiva família/pessoa significativa;*” e “2 — *Maximiza a segurança da pessoa em situação perioperatória e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica*”. Estas competências são operacionalizadas em cinco áreas de atuação complementares entre si: consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos.

2.1 CARATERIZAÇÃO DOS LOCAIS DE ESTÁGIO

A Unidade Curricular Estágio contemplou a realização de dois estágios em contexto de BO, tendo sido desenvolvidos sob a orientação pedagógica da Enfermeira Mestre Tânia Soares, e sob a orientação clínica de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem na área de Médico-Cirúrgica.

2.1.1 Ensino Clínico I

O primeiro estágio foi desenvolvido num hospital, localizado na periferia de Lisboa, inserido numa unidade local de saúde, onde presta cuidados a cerca de 350 mil habitantes, dos quais, cuidados especializados em neonatologia e neurocirurgia à população da Península de Setúbal, assim como Litoral Alentejano e Algarve. Decorreu entre o período de 27 de maio a 19 de julho de 2024, com uma carga horária total de 180 horas.

O hospital tem como missão prestar cuidados de saúde humanizados e diferenciados à pessoa ao longo de todas as fases da sua vida, em estreita articulação com os cuidados de saúde primários e os cuidados continuados. Assume a visão de ser uma referência na prestação de cuidados à população, destacando-se pela sua integração na Rede Nacional de Cuidados Continuados e pela promoção do trabalho interdisciplinar (Ministério da Saúde, 2024).

A Dignificação Humana e Profissional, a Responsabilização, a Disponibilidade, a Participação, o Diálogo, a Honestidade e a Retidão são valores praticados pela instituição (Ministério da Saúde, 2024).

Fisicamente, de forma a dar uma resposta célere e adequada a situações emergentes, o BO situa-se no piso 1, entre os serviços de Unidade de Cuidados Intensivos, Urgência Geral e o Bloco de Partos.

Desenvolve a sua atividade, num total de 8 salas operatórias, equipadas para intervenções cirúrgicas programadas e de urgência, bem como a realização de exames e /ou tratamentos invasivos que exijam um nível elevado de cuidados de assepsia e/ou anestesia, para assegurar a máxima segurança às pessoas. Funciona todos os dias da semana, estando uma sala afeta a cirurgias de urgência/emergência, em funcionamento 24 horas por dia, sete dias por semana. Integra duas unidades de cuidados pós-anestésicos (UCPA1 e UCPA2), cada uma composta por 6 camas. Apresenta ainda um espaço físico, multifuncional, destinado à transferência da PSP para o BO (vice-versa), que simultaneamente é partilhado com armário de arrumos de roupa limpa, equipamento de apoio imagiológico, zona de transferência de utilizadores e receção de materiais.

Os cuidados prestados são desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, administrativos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, entre outros), com base num modelo de cuidados que assenta na visão integradora e transdisciplinar, em concordância com condutas técnicas e científicas e respeito por valores éticos e humanos: pela dignidade, autonomia e equidade e a garantia da segurança e qualidade dos cuidados.

Incorpora diferentes especialidades cirúrgicas, como: neurocirurgia, ginecologia, cirurgia geral, cirurgia vascular, cirurgia plástica, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia, traumatologia, urologia e pneumologia, e cirurgia pediátrica.

Respeitante à equipa de enfermagem, esta é composta por 1 enfermeiro gestor, 1 enfermeiro da coordenação afeto a formação, 5 enfermeiros de apoio à coordenação e cerca de 85 enfermeiros na prestação direta de cuidados às diversas especialidades cirúrgicas. Do seu total, existem 9 EE, dos quais, 1 EE na área de Enfermagem Comunitária, 1 EE em Saúde Mental e 7 EE na área de Enfermagem Médico-Cirúrgica, de entre os quais, 2 com a especialidade de enfermagem à PSP. Dois EE desempenham funções de apoio à gestão. Acrescentar que destes enfermeiros, 25 estão distribuídos por 5 equipas de roulement que dão respostas às necessidades da PSP em situação de urgência/emergência, assegurando o funcionamento contínuo do BO. Detém a Acreditação pelo CHKS e certificação ISO 9001:2008.

Respeitante às dotações seguras, preconizadas pelo Regulamento n.º 743/2019, emitido pela OE, verifica-se que as dotações na sala de operação (programada e urgente), encontram-se em conformidade, com a presença de três enfermeiros alocados aos seguintes postos: anestesia, circulação e instrumentação. Contrariamente, o número de enfermeiros especialistas é inferior ao preconizado, uma vez, que o regulamento acima mencionado, clarifica que os enfermeiros que ocupam estes postos, sejam enfermeiros especialistas.

Comentado [TFFVS3]: Cumprem as dotações seguras?

Sobre os cuidados de enfermagem, apresenta normas e protocolos atualizados, face às diretrizes atuais. Sendo inclusive, um serviço promotor de formação aos seus pares, uma vez que realiza semanalmente uma formação, com tema a definir previamente, com a duração de 60 minutos, permitindo momentos de partilha de conhecimento, entre os profissionais de saúde, a nível interdisciplinar.

2.1.2 Ensino Clínico II

O estágio II decorreu no serviço BO de um hospital em Lisboa inserido numa ULS. Decorreu no período de 16 de setembro de 2024 a 31 de janeiro de 2025, com uma duração de 360 horas. O BO Presta cuidados diferenciados, destacando-se ao nível do transplante renopancreático, cirurgia robótica e doenças infecciosas.

A ULS tem como missão a prestação de cuidados de saúde diferenciados, com articulação com as unidades de cuidados integradas no SNS. Integra a visão de elevada diferenciação científica, tecnológica e técnica, reconhecendo a excelência clínica, eficiência e eficácia, sendo uma instituição de referência. Os profissionais que a integram desempenham a sua atividade sob os valores de: competência técnica, ética profissional, segurança e conforto da pessoa, responsabilidade e transparência, cultura organizacional centrada para a pessoa, cultura e mérito, rigor e avaliação sistemática, atividade orientada para resultados, trabalho em equipa e assegurar boas condições de trabalho (Ministério da Saúde, 2025).

No que concerne à sua organização, fisicamente, os serviços hospitalares que integram este hospital, são desenvolvidos em diferentes pavilhões. O BO encontra-se no edifício principal, no primeiro piso e desenvolve a sua atividade em 9 SO, equipadas para intervenções cirúrgicas programadas / urgências, para cirurgia robótica e para o transplante renal e hepático. Inclui uma UCPA composta por 9 camas de recobro, e apresenta ainda, dois espaços exclusivos para a transferência da PSP.

Os cuidados prestados são desenvolvidos por uma equipa multidisciplinar (enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, administrativos, assistentes operacionais, técnicos de imagiologia, entre outros). Incorpora diferentes especialidades cirúrgicas, como: transplante renal e hepático, cirurgia robótica desde 2019, cirurgia hépato-bilio-pancreática, colorretal, esofagogástrica, cirurgia geral, bariátrica, endócrina, ortopedia, cirurgia à coluna, torácica, gástrica, ginecologia e urologia (de adulto e pediátrica).

Respeitante à equipa de enfermagem, esta é composta por 1 enfermeiro gestor e 41 enfermeiros de prestação de cuidados, de entre os mesmos 10 são EE. Dos quais 6 prestam apoio à gestão em funções de coordenação, intercalando com a prestação de cuidados diretos. Referente à sua especialização 6 são EEMC, dos quais 4 à Pessoa em Situação Crítica. Existe ainda 1 EE em reabilitação.

Comentado [TFFVS4]: Sugerir a inclusão da temática principal a seguir a este parágrafo e uma justificação pequena da escolha do tema. E do quadro conceptual. Depois explicar os capítulos em que o relatório se divide e a opção da escolha do tipo de referência. Tudo o resto deve vir no enquadramento conceptual.

Comentado [SA5]: Posso identificar os locais de estágio? Não podes, sugiro hospital na margem sul e hospital na região metropolitana de Lisboa

Comentado [TFFVS6]: Cumprem as dotações seguras?

A sua atividade programada decorre de segunda a sexta-feira, das 08h00 as 21h00, em regime convencional, existindo de prevenção uma equipa afeta a cirurgias urgentes / emergentes, das 21h às 08h00 e uma equipa de prevenção para o transplante.

Integra ainda, a Unidade de Radiologia de Intervenção (URI), composta por duas salas, situadas no piso zero, destinadas a intervenções não vasculares e uma para intervenções vasculares, encontrando-se equipadas com dispositivos híbridos de angiografia e TAC computadorizada, que permitem a realização de procedimentos de intervenção vascular e oncológico guiados por radiologia em 3D e 4D. A URI é composta por uma equipa multidisciplinar, desde técnicos de radiologia, enfermeiros, médicos e técnicos de ação de saúde, e funciona de segunda, quartas e sextas-feiras das 8h-20h. A prestação de cuidados da URI é alargada a situações urgentes, provenientes de outros hospitais da região e do sul do país.

Respeitante às dotações seguras, preconizadas pelo Regulamento n.º 743/2019, emitido pela OE, verifica-se que as dotações na sala de operação (programada e urgente), encontram-se em conformidade, com a presença de três enfermeiros alocados aos seguintes postos: anestesia, circulação e instrumentação. Contrariamente, o número de enfermeiros especialistas é inferior ao preconizado, uma vez, que o regulamento acima mencionado, clarifica que os enfermeiros que ocupam estes postos, sejam enfermeiros especialistas.

2.2 COMPETÊNCIAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO ESPECIALIZADO À PESSOA EM SITUAÇÃO PERIOPERATÓRIO

Segundo Lopes *et al.*, (2018) e a OE (2017) o EE é aquele a quem devidamente se reconhece, ser possuidor de conhecimentos especializados, com elevada capacidade de decisão e competências clínicas. Tornando-se um profissional de saúde de maior valia para os serviços de saúde e para as suas populações.

A EORNA (2023) determina que a PSP deve ser tratada por profissionais qualificados, num ambiente seguro e a AESOP (2012) afirma que a prática de cuidados no perioperatório deveria ser realizada por enfermeiros especialistas. Por sua vez, a AEEPSP permite fornecer respostas aos atuais e futuros desafios, sociais, saúde, e entre outros, uma vez que são promotores de boas práticas, na educação e orientação das mesmas, na gestão da doença e na melhoria dos resultados em saúde para a pessoa (Lopes *et al.*, 2018).

Desde a década de 90, que são mencionadas as competências do Enfermeiro de Perioperatório (EP), que incluem um conjunto de práticas e saberes teóricos, que sejam facilitadores para o reconhecimento das necessidades da PSP (Cabral, 2004).

Apoiando crenças da pessoa e assumir um papel de defensor da pessoa ao longo de todo o período perioperatório, são algumas das competências identificadas. Entre as suas responsabilidades, destacam-se ainda as suas capacidades no processo de enfermagem para a avaliação, o planeamento, a coordenação, a implementação e a avaliação de cuidados individualizados, centrados na pessoa, sobretudo em situações de risco ou de maior complexidade que careçam de uma orientação especializada dos cuidados. (AESOP, 2012).

Destacam-se competências de liderança e de gestão, capacidade para trabalhar em equipa e promover mudanças significativas na profissão (EORNA, 2023; AESOP, 2012) e para a orientação da equipa de enfermagem na prestação de cuidados, na gestão de recursos humanos e materiais, na gestão de relações humanas, na formação, para ir de encontro aos objetivos definidos pelo serviço e pela instituição (AESOP, 2012).

Adicionalmente, o EEP, deve ser promotor e gestor de um ambiente seguro, assegurando a gestão eficaz dos riscos, promovendo o conhecimento, e mantendo-se como um elemento ativo na aquisição e atualização de conhecimentos e competências técnicas. Esta atualização deve ser sustentada através da educação continua, supervisão clínica, prática reflexiva e prática baseada na evidencia, mantendo sempre em consideração a consciência de questões ético-legais, subjacentes à prática de enfermagem (AESOP, 2012).

Deve ser um facilitador da comunicação eficaz, uma fonte de educação e formação, demonstrando domínio sobre conceitos, técnicas e processos pedagógicos. Além disso, deve assumir a participação ativa, garantindo a satisfação das suas necessidades físicas e psíquicas da PSP, inclusive nos momentos em que esta não esteja em condições de tomar as suas próprias decisões.

O EE é ainda identificando como um elemento diferenciado, devendo estar apto a realizar e colaborar em projetos de investigação sobre a enfermagem perioperatória, a interpretar e avaliar estudos realizados neste âmbito;

Os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados (OE, 2017, p.27) determinam que *"o exercício profissional do Enfermeiro Especialista na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória caracteriza-se pela atitude antecipatória dos riscos inerentes à situação cirúrgica e anestésica e tem como princípios a atuação com responsabilidade profissional e prudência"*.

Fundamenta-se em cinco pilares: o reconhecimento do outro e a sua capacitação, a vulnerabilidade, a responsabilidade de cuidado, a prudência e a gestão de risco e a consciência cirúrgica. E tem como visão o empoderamento da pessoa, da promoção em saúde, a prevenção de eventos adversos e o tratamento da doença, com objetivo dos cuidados especializados em enfermagem *"a melhoria da qualidade de vida da pessoa"* (OE, 2017, pp 27).

A sua prática desenvolve-se em cinco áreas de atuação complementares entre si: a consulta perioperatória, anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós anestésicos, referentes aos períodos: pré, intra e pós-operatório (OE, 2017). Visa abranger as necessidades da pessoa em processo cirúrgico/anestésico, reunindo conhecimentos e habilidades para cuidar da mesma, enquanto promove a compressão do processo experienciado, a capacitação da pessoa para o autocuidado e a sua reintegração, tanto familiar como social (OE, 2017).

A OE disponibiliza dois regulamentos que definem as competências inerentes à prática do EE: o Regulamento nº. 140/2019 – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e o Regulamento nº.429/2018 – Regulamento de Competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico – Cirúrgica, onde se insere a Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória.

2.3 COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA

O Regulamento das Competências Comuns do EE diz-nos que *“os cuidados de saúde e, conseqüentemente, os cuidados de Enfermagem, assumem hoje uma maior importância e exigência técnica e científica, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde...”* Regulamento nº. 140/2019, p.4744).

Os EE partilham um conjunto de domínios e competências comuns, que definem a sua atuação. O Regulamento nº. 140/2019, p.4744, descreve que as competências comuns envolvem a educação, a capacidade de liderança e de investigação, para que *“permita avançar e melhorar de forma contínua a prática de enfermagem”*. Ao mesmo tempo que promove a sua regulação perante os cidadãos, para que estes conheçam o significado dos cuidados de enfermagem especializados assim como as competências que o compõem.

Independentemente da sua área de especialidade, as competências comuns do EE, abrange a prestação de cuidados desde o nível primário, secundário e terciário. Expõem a elevada capacidade de conceção, gestão, supervisão de cuidados, de formação, investigação e assessoria (Regulamento nº. 140/2019). Este regulamento compreende um conjunto de quatro domínios de competência de linha orientadora. Segue a análise crítica das competências adquiridas e desenvolvidas inerentes a cada domínio das competências comuns do EE.

2.3.1 Domínio da Responsabilidade Profissional, Ética e Legal

Este domínio refere-se à prática do EE alicerçada na ética, na deontologia e na legislação profissional, assegurando um exercício competente, seguro e centrado na pessoa. A tomada de decisão deve basear-se em evidência científica, nas melhores práticas e nas preferências da pessoa, garantindo um cuidado humanizado, individualizado e responsável.

No decorrer dos estágios, na prestação de cuidados de enfermagem, desenvolvi competências centradas num exercício profissional consciente dos princípios ético-legais, com base na legislação em vigor em Decreto-Lei n.º 161/96 – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem, na Carta dos Direitos Humanos e na Constituição da República Portuguesa, assegurando o respeito pela vida, dignidade e integridade física e moral da Pessoa em Situação Perioperatória (PSP). A prática foi orientada pelos princípios fundamentais da bioética: beneficência, não maleficência, autonomia e justiça, que nortearam todas as minhas intervenções clínicas e decisões (OE, 2015).

A beneficência relaciona-se com o dever moral de agir a favor do outro, fazer o bem e fazer o que é melhor para a pessoa, tanto a nível ético e técnico, e relaciona-se com a excelência profissional. O princípio da não-maleficência é também entendido como a obrigação de não causar danos (OE, 2015)

Os princípios éticos e deontológicos, o exercício da profissão sob conhecimentos científicos e técnicos devem estar intrínsecos ao respeito pela vida, pela saúde, bem-estar da pessoa e a dignidade humana. O desenvolvimento de medidas para a melhorar a qualidade dos cuidados prestados, deve ser uma constante, assim com as intervenções de enfermagem devem ser desenvolvidas sob a consciência do direito à vida e dignidade humana, em toda e qualquer circunstância (OE, 2015).

A vulnerabilidade inerente ao estado de consciência alterado da PSP durante o período perioperatório exige que o EE atue como seu defensor, promovendo a proteção da sua integridade e segurança. Tal como preconizado no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (Regulamento 429/2018), as minhas intervenções pautaram-se pelo respeito à autonomia da pessoa e pela defesa dos seus direitos, mesmo quando esta não se encontrava em condições de os expressar conscientemente.

A consciência cirúrgica, entendida como um princípio ético e moral que regula a prática do EEPSP, esteve sempre presente no meu desempenho. Esta consciência refletiu-se no cuidado rigoroso com a privacidade da PSP, garantindo a exposição corporal mínima necessária e promovendo a confidencialidade da informação clínica, tanto na comunicação verbal como na documentação escrita e promovendo e defendendo o direito à autonomia da pessoa sobre os princípios bioéticos (Regulamento nº429/2018).

Comentado [TFFVS7]: referência

Comentado [TFFVS8]: sugestão

Um aspeto central neste domínio é o consentimento informado, elemento essencial de respeito pela autonomia da pessoa. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2023) determina que o consentimento informado é a autorização da pessoa, com devido esclarecimento prévio, para a realização de qualquer cuidado / procedimento de saúde, desde atos médicos, realização de exames, cuidados de enfermagem, entre outros. A Entidade Reguladora da Saúde (ERS, 2023) e a Direção-Geral da Saúde (DGS, 2015), sublinham a obrigatoriedade de garantir que a pessoa compreende o objetivo da intervenção, a sua natureza, riscos e consequências inerentes, benefícios e possíveis alternativas e deve ser prestado pelo profissional de saúde responsável pela intervenção/tratamento em causa. E tem a liberdade de aceitar ou recusar, podendo ainda este ser revogado a qualquer momento, até à prática do ato.

Durante os estágios, evidenciei constantemente esta prática, assegurando o consentimento verbal da PSP antes de qualquer intervenção e promovendo o esclarecimento sempre que existiam dúvidas. Para além de realizar de forma contínua a sua validação, mesmo quando o registo formal já estava presente nos sistemas informáticos, tomei a iniciativa de verificar, junto da pessoa, a sua compreensão e concordância com os procedimentos. Esta abordagem promoveu não apenas a segurança da pessoa, mas também fortaleceu a confiança na relação terapêutica.

Reconhecer a pessoa, enquanto interveniente capaz de decidir livremente sobre a sua saúde e sobre os cuidados propostos, irá contribuir para a sua capacitação, uma vez que decide de modo consciente, sobre a anuência ou recusa dos cuidados (DGS, 2015).

A obtenção do consentimento informado deve ser baseada numa comunicação efetiva, onde são promovidas as competências necessárias para que pessoa possa decidir sobre os riscos e benefícios, promovendo o máximo de confiança possível na pessoa, com a finalidade de obter o melhor resultado terapêutico, priorizado o benefício e não maleficência (DGS, 2015).

A Lei de Bases da Saúde (Lei n.º 95/2019) inclusivamente, determina que o cidadão tem o direito de ser informado sobre a sua condição de saúde, qual a evolução do seu estado, hipóteses de tratamentos, para participar na tomada de decisão, aceitando ou recusando livremente, os cuidados propostos.

Tais princípios estão contemplados a nível jurídico na Convenção de Oviedo, que no seu artigo 5º explana que: o âmbito do consentimento livre e esclarecido diz respeito a "qualquer intervenção no domínio da saúde"; 2) O âmbito do conteúdo da informação a transmitir quanto ao objetivo, natureza e consequências do ato/ intervenção proposto; 3) A pessoa, em questão, pode a qualquer momento, revogar o seu consentimento (DGS, 2015).

Certamente entende-se que o consentimento informado é um direito essencial da pessoa, mas principalmente um dever de todos os profissionais de saúde, que devem zelar pela dignidade humana e pela autonomia da pessoa, como elemento integrante do seu processo de saúde, em todas as circunstâncias.

A par da autonomia, a confidencialidade e o respeito pela privacidade foram rigorosamente observados. Procedi à partilha de informação clínica apenas com os profissionais diretamente envolvidos nos cuidados e assegurei que a exposição da PSP fosse a mínima necessária, independentemente do seu estado de consciência, respeitando assim os seus direitos e a sua dignidade.

Neste domínio, o desenvolvimento das minhas competências refletiu-se numa prática segura, ética e fundamentada na legislação e nos princípios da enfermagem, com foco contínuo na promoção da dignidade, bem-estar e segurança da pessoa. Demonstrei uma atuação crítica, responsável e alinhada com os valores da profissão, validando, na prática, a consolidação das competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, no contexto perioperatório.

2.3.2 Domínio da Melhoria Contínua da Qualidade

O presente domínio assenta na capacidade do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica (EEEMC) para colaborar na construção e operacionalização de projetos institucionais orientados para a melhoria da qualidade dos cuidados, conforme definido no Regulamento n.º 140/2019.

De acordo com a AESOP (2012), o EEEMC deve ser capaz de participar em projetos de investigação, interpretar evidência científica e aplicá-la à prática clínica, em particular na área de enfermagem perioperatória.

Durante o estágio I desenvolvi um projeto de intervenção com o objetivo de melhorar a qualidade dos cuidados no BO, com enfoque na transição segura dos cuidados. O projeto de intervenção em saúde permite realizar uma análise concreta do(s) problema(s) existentes nos serviços de saúde e planejar intervenções personalizadas e de interesse para as instituições. Consiste ainda num processo sistemática de acompanhamento, monitorização e avaliação, que contribuirá para uma evolução ativa e reflexiva para a instituição (Xavier *et al.*, 2018).

Como tal, a necessidade do projeto surgiu da identificação, em articulação com a equipa de gestão de enfermagem do BO, da inexistência de uma norma setorial para a transição de cuidados. A partir desta lacuna, definiram-se objetivos, realizou-se uma revisão da literatura e aplicaram-se instrumentos de análise de gestão (SWOT e Diagrama de

Ishikawa) que sustentaram a construção de um plano de ação alinhado com as necessidades do serviço.

O projeto contemplou a elaboração de uma norma setorial para a Transição Segura de Cuidados (disponível em apêndice III), com base no método ISBAR, acompanhada de uma grelha de auditoria, ambos aguardando aprovação hospitalar. Realizei ainda uma ação de formação dirigida à equipa de enfermagem do BO (n=35), com avaliação através de um questionário com escala de Likert (disponível em apêndice IV e V). Dos participantes, 62% responderam ao questionário. Destes, 72,7% já conheciam o instrumento ISBAR, embora apenas 18,2% referissem ter um bom nível de conhecimento prévio. Após a formação, 91% consideraram ter adquirido um conhecimento "Bom" ou "Muito Bom". A maioria (63,6%) reconheceu a ISBAR como extremamente importante para a segurança da pessoa, e 100% referiram sentir-se preparados para a aplicar na prática, com 50% a declarar-se "Muito Preparado".

Os resultados revelaram um aumento significativo do conhecimento dos participantes sobre o método ISBAR e a perceção da sua importância para a segurança da pessoa, refletindo o impacto positivo da formação na capacitação da equipa.

Complementarmente, foram elaborados dois posters informativos sobre a aplicação do ISBAR em momentos-chave da transição de cuidados (acolhimento no BO e transferência da UCPA para outro serviço- disponível em apêndice VI), e propus a reorganização física do espaço "Transfer" para garantir um ambiente mais propício à comunicação eficaz (disponível em apêndice VII). Estas iniciativas visaram a promoção de cuidados mais seguros e estruturados, contribuindo para a prevenção de eventos adversos associados a falhas de comunicação.

A construção e implementação deste projeto permitiram-me desenvolver competências fundamentais, como a investigação aplicada à prática clínica, a liderança em projetos de melhoria contínua, a formação de pares e a elaboração de instrumentos orientadores para a prática. Este processo revelou-se enriquecedor tanto a nível pessoal como profissional, reforçando a importância de um cuidado estruturado, baseado em evidência, com impacto direto na segurança da pessoa.

O tema escolhido para o projeto, está relacionado com uma problemática mundial, que são as falhas de comunicação em saúde e estas, tem sido responsável, por um elevado número de eventos adversos, incluindo o aumento da taxa de morbimortalidade.

Face à importância do tema do projeto e seu impacto, tornou-se importante contribuir, de algum modo, para contornar esta problemática na prática clínica, no contexto nacional. A formação que repliquei na equipa de enfermagem, acredito que promoveu a capacitação dos pares para a importância de transição de cuidados segura e eficaz, com recurso a um método de transmissão de responsabilidades padronizados, com a finalidade de promover

cuidados seguros e de qualidade. Saliento a sua importância, ainda enquanto dimensão fundamental para a prática do profissional de saúde e a necessidade de replicação da formação entre os pares, bem como, a realização de auditoria para futuras melhorias.

No que concerne à criação de um ambiente terapêutico seguro, dei privilégio a uma prática centrada na pessoa, respeitando a sua individualidade, promovendo o bem-estar físico, emocional, psicossocial, cultural e espiritual. A comunicação clara, eficaz, empática, com base na escuta ativa foi um princípio inerente nos cuidados prestados especialmente nos momentos de maior vulnerabilidade da Pessoa em Situação Perioperatória (PSP), como na cirurgia de urgência/emergência.

Comentado [TFFVS9]: sugestão

A visita pós-operatória de enfermagem foi igualmente valorizada como um momento de recolha de feedback direto da PSP, permitindo não só avaliar a experiência vivida no BO, mas também promover a continuidade dos cuidados e a satisfação dos utilizadores. A informação recolhida constitui uma base importante para a identificação de oportunidades de melhoria e desenvolvimento de estratégias ajustadas às necessidades percebidas.

Assim, ao longo deste domínio, demonstrei competências na identificação de necessidades do serviço, planeamento e implementação de um projeto de melhoria com base em evidência, promoção de um ambiente seguro e centrado na pessoa, e desenvolvimento de estratégias formativas que contribuem para a excelência dos cuidados e segurança da pessoa. Estas competências fazem parte do perfil do EEEMC e foram significativamente consolidadas ao longo do meu percurso formativo.

Comentado [TFFVS10]: sugestão

2.3.3 Domínio da Gestão dos Cuidados

Este domínio contempla as competências do EE face à otimização das respostas da sua equipa para a gestão de cuidados de enfermagem.

O EE deve deter conhecimentos e aptidões sobre gestão, para colaborar e aconselhar na gestão de recursos e cuidados de enfermagem, bem como, participar na organização do serviço e da instituição em que se insere (AESOP, 2012). As competências de liderança e gestor são essenciais para coordenar a equipa de enfermagem na prestação de cuidados, para gerir recursos humanos e materiais e relações humanas (AESOP, 2012).

Durante os estágios, tive a oportunidade de colaborar com os enfermeiros orientadores na gestão de recursos humanos e materiais. Em situações pontuais, como a abertura de uma segunda sala de urgência, participei na reorganização da equipa de enfermagem, garantindo uma resposta eficaz sem comprometer a atividade em curso no BO. Esta experiência permitiu-me compreender a relevância do papel do EE na gestão eficiente dos recursos e no exercício de uma liderança que reconhece as competências da equipa, promovendo uma atuação célere, segura e alinhada com as necessidades do serviço.

Comentado [TFFVS11]: sugestão

No que concerne à gestão de recursos materiais, tive a oportunidade de identificar e intervir numa problemática relevante no BO: a existência de comprometimento do instrumental cirúrgico face à sua esterilização. O CA do hospital contratou os serviços de uma central de esterilização externa, mas constatei que, após o reprocessamento, alguns instrumentos apresentavam resíduos orgânicos, o que colocava em causa a segurança da pessoa e a qualidade dos cuidados prestados.

Este cenário implicava também desafios na gestão do número limitado de caixas cirúrgicas, que precisavam de estar disponíveis tanto para as cirurgias programadas como para situações de urgência. A minha participação neste processo foi exigente, mas permitiu-me desenvolver competências importantes de planeamento e organização. Percebi a importância de conhecer detalhadamente o instrumental cirúrgico, os circuitos de esterilização, especialmente quando são externos, e de agir de forma proativa para garantir a disponibilidade de recursos, ajustando-os às necessidades do serviço.

Comentado [TFFVS12]: sugestão

Relativamente ao material clínico descartável, deparei-me também, com situações de escassez, que por vezes inviabilizava a realização de cirurgias, para os dias seguintes. Tive a oportunidade de colaborar ativamente na contagem de materiais, na gestão de stocks e na verificação dos pedidos de reposição, o que me permitiu compreender melhor a dinâmica logística do BO e a importância da antecipação e comunicação eficaz entre equipa e gestão.

Esta vivência foi essencial para o meu crescimento enquanto futura Enfermeira Especialista em Enfermagem Perioperatória, permitindo-me desenvolver uma visão mais estratégica e integrada sobre a gestão de recursos e reforçar o meu papel como elemento ativo na garantia de cuidados seguros, eficazes e de qualidade.

Durante o estágio I, tive a oportunidade de acompanhar a enfermeira de apoio à gestão, responsável pelo turno, e participar no desempenho das suas funções. Essa experiência permitiu-me compreender melhor o contributo da gestão na dinâmica do bloco operatório. Estive envolvida em várias atividades, como a gestão de recursos para otimizar a respostas nas salas operatórias (SO) e na UCPA, à verificação da operacionalidade das SO (validar a correta higienização, se os materiais se encontravam repostos, programação do ventilador para autoteste); receção de material clínico para utilização nas cirurgias do dia seguinte; verificar a disponibilidade e operacionalidade dos equipamentos cirúrgicos, para garantir a sua operabilidade.

Pessoalmente, uma das atitudes mais relevantes que desenvolvi foi a capacidade de antecipar as necessidades que podem advir, no funcionamento de um BO, uma aptidão essencial ao contexto. A antecipação é a aptidão para ajustar comportamentos, eventualidades futuras, num determinando ambiente (Poli, 2017) e no BO, essa competência revela-se decisiva para uma gestão eficaz dos cuidados, permitindo evitar

falhas ou atrasos que possam comprometer a segurança da PSP e a eficiência das equipas e das organizações.

Foi-me também possível, desenvolver competências na gestão de prioridades, particularmente evidentes na sala de cirurgia de urgência/emergência. Nestes contextos, onde frequentemente surgem pessoas com hemorragias internas ou situações críticas, é essencial garantir rapidamente a disponibilidade de material cirúrgico e hemostático. Essa resposta deve ser ágil, mas sem comprometer a manutenção da técnica asséptica, tanto dos materiais como da equipa cirúrgica. Estas experiências permitiram-me consolidar o meu pensamento crítico, a capacidade de tomada de decisão em tempo real e a visão global sobre a gestão de cuidados, pilares fundamentais para o exercício competente da enfermagem perioperatória.

Durante um dos turnos realizados, vivenciei uma das experiências mais intensas e marcantes do estágio: a receção de um doente emergente, da especialidade de cirurgia vascular, com o diagnóstico de aneurisma roto da aorta. Foi um dos momentos, de maior stress que senti no estágio, mas também dos mais enriquecedores e formativos da minha prática clínica.

Apesar da elevada exigência e da instabilidade hemodinâmica da pessoa, consegui manter o foco e colaborar ativamente com a equipa multidisciplinar. Preparei as mesas cirúrgicas, antecipei as necessidades da equipa e garanti a disponibilidade imediata dos materiais e equipamentos essenciais para a intervenção. Mantive uma contagem rigorosa de compressas e de instrumentos corto-perfurantes, reforçando a segurança do procedimento.

Comentado [TFFVS13]: sugestão

Adicionalmente, colaborei com os enfermeiros de anestesia na vigilância da monitorização hemodinâmica, estando atenta à necessidade de novos componentes sanguíneos e outras terapêuticas críticas. Também assumi o controlo das entradas e saídas de líquidos, assegurando a transmissão clara e oportuna dessa informação à equipa cirúrgica, juntamente com os dados da contagem cirúrgica. Esta situação permitiu-me aplicar conhecimentos em contexto real de urgência, desenvolver pensamento rápido, sentido de responsabilidade e trabalho em equipa. Competências cruciais para uma prática de enfermagem segura, eficaz e centrada na pessoa.

2.3.4 Domínio do Desenvolvimento das Aprendizagens Profissionais

No desenvolvimento dos estágios priorizei uma conduta de forte consciência enquanto pessoa e enfermeira e uma prestação de cuidados fundamentada em evidência científica.

Tive a oportunidade de acompanhar uma ampla diversidade de cirurgias, de múltiplas especialidades, tais como: cirurgia geral, vascular, urológica (de adulto e pediátrica),

ginecológica, ortopédica e trauma, bariátrica, endócrina, torácica, vascular, neurocirurgia, transplante renal e hepático. Esta experiência estendeu-se a diferentes abordagens cirúrgicas, como laparotomia, laparoscopia, endoscópica a cirurgia robótica.

A riqueza e complexidade destes contextos impuseram um elevado grau de exigência e a necessidade constante de atualização e aprofundamento de conhecimentos, com o objetivo de prestar cuidados cada vez mais seguros, fundamentados e ajustados à realidade do BO. Admito que, em diversos momentos, me senti desafiada e até insegura perante a responsabilidade de dar resposta às exigências do contexto e do próprio percurso formativo.

A nível profissional, desde que conclui a licenciatura em Enfermagem em 2013, trabalhei durante vários anos no serviço de internamento de cirurgia geral. Mais recentemente, integrei a equipa do bloco operatório, onde tive a oportunidade de acompanhar o percurso da PSP e integrei a equipa nas diferentes vertentes de cuidados perioperatórios: UCPA, UCA e SO. Esta transição profissional coincidiu com o início dos ensinamentos clínicos da especialidade, representando um enorme desafio pessoal e profissional.

Conciliar as exigências do trabalho, da vida académica e da esfera pessoal, foi um período bastante desafiante, pela gestão de tempo rigorosa, pelo stress, pela necessidade de consolidar competências enquanto enfermeira de perioperatório, e concomitantemente, adquirir competências enquanto EE.

Confesso que existiram momentos em que questioneei se conseguiria estar à altura deste desafio, mas através de um processo motivacional de cariz pessoal e familiar e académico, foi possível contornar estes sentimentos e consolidar a minha resiliência neste processo.

Considero no meu percurso de formação académica, em contexto prático, que sempre mantive uma postura humilde, reconhecendo as minhas limitações, procurando sempre esclarecer dúvidas e colocar questões pertinentes juntos dos orientadores, e até dos restantes elementos da equipa multidisciplinar.

Num ambiente particular como o BO, pelas suas exigências e especificidades, e pelo trabalho constante desenvolvido em equipa multidisciplinar, foi importante desenvolver uma comunicação assertiva inter-equipa, e acredito que a mesma passa pela consolidação de conhecimentos fundamentados, que justificam a nossa tomada de decisão e pelo uso de uma comunicação oportuna.

Numa fase inicial, deparei-me com dificuldade em comunicar de forma direta com a equipa, recorrendo ao elo, o enfermeiro orientador de estágio. De modo ativo e consciente, identificava situações de cuidados pouco seguras, ou que acarretavam riscos de segurança para a pessoa ou para a equipa multidisciplinar, e partilhava as mesmas ao enfermeiro orientador. Mais tarde, com o progresso do estágio, fui capaz de assumir uma postura mais autónoma, comunicando diretamente com a equipa cirúrgica, de modo confiante e

assertivo, sobretudo no alerta, para sinalizar falhas ou riscos. Tal atitude, contribuiu para que fosse gradualmente integrada e reconhecida pela equipa multidisciplinar do BO, que passou a demonstrar maior confiança e disponibilidade para aceitar a minha participação na prestação de cuidados.

Ao longo deste percurso, enfrentei diversos momentos de stress, provocados por fatores como a pressão do ambiente cirúrgico, a exigência técnica ou a complexidade das situações. No entanto, recorro-me constantemente da importância de manter a serenidade, sobretudo enquanto profissional de saúde. Aprendi que, em contextos de elevada exigência, manter a calma, demonstrar segurança e transmitir tranquilidade à equipa e à pessoa são atitudes essenciais. Esta tem sido, ao longo do meu percurso profissional, uma estratégia pessoal de gestão do stress que considero eficaz e indispensável no meu exercício enquanto enfermeira.

Na procura constante de conhecimentos participei em congressos e jornadas na área de enfermagem, enquanto formando, que me permitiram desenvolver e adquirir novos conhecimentos e ainda fomentar o pensamento crítico para o estado atual da arte dentro do âmbito do mestrado. Em anexo I encontra-se disponível uma tabela, que contempla as formações frequentadas, com respetiva data de realização, descrição, entidade organizadora e duração.

Comentado [TFFVS14]: sugestão

2.4 COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO EEEM-PCP

O EE é aquele a quem se reconhece competências científico e técnicas e humanas para a prestação de cuidados especializados. As competências específicas são desenvolvidas para dar respostas às necessidades, neste caso, da PCP, face aos seus processos de vida, problemas de saúde, adequando os cuidados às suas necessidades (Regulamento n.º 392/2018).

A OE preconiza Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em EMC que orientam a prática do EE e que se desenvolvem para um determinado alvo e contexto específico, com foco na saúde, na pessoa e no ambiente (OE, 2017).

A AEEPSP segundo o Regulamento n.º 429/2018 estabelece as competências específicas do EEPSP, que são organizadas em duas áreas fundamentais dos cuidados à PCP, que são:

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

De acordo com as diferentes fases do perioperatório, a fase pré-operatória inicia-se quando a pessoa e o cirurgião decidem o tratamento cirúrgico e conclui-se quando a pessoa é

transferida para a mesa operatória. A fase intraoperatória inicia-se na transferência da pessoa para a mesa operatória e terminada quando esta é transferida para a UCPA. Por sua vez, a fase pós-operatória inicia-se quando a pessoa chegada à UCPA e termina quando a pessoa recupera do processo cirúrgico/anestésico (Regulamento n.º 429/2018).

As intervenções do EEPSP, têm como alvo cuidar da pessoa em situação perioperatória e a respetiva família/ pessoa significativa na transição dos processos cirúrgico-anestésicos, para promover a saúde, tratar a doença, promover a segurança e a qualidade dos cuidados, prevenindo eventos adversos. Simultaneamente, o EEPSP desenvolve a sua prática em conjunto com a equipa multidisciplinar e congruente com a vulnerabilidade da PSP e com consciência cirúrgica (OE, 2017).

Os cuidados à PSP integram um conjunto de riscos inerentes ao contexto, no qual a PSP aceita a realização de procedimentos cirúrgico-anestésicos na procura da melhoria do seu estado de saúde ou de obter uma melhor qualidade de vida (OE, 2017). E desenvolvem-se sob um processo padronizado, de práticas seguras e de qualidade à PSP e família/pessoa de referência, assente em cinco dimensões fundamentais e que estão interligadas entre si, que são: O Reconhecimento do Outro e a Capacitação; A Vulnerabilidade; A Responsabilidade de Cuidados; A Prudência e a gestão do risco; e a Consciência cirúrgica.

A PSP aceita a alteração do estado de consciência, inclusivamente, riscos associados aos procedimentos, ciente de um estado de vulnerabilidade emocional e física. O EEPSP deve promover e garantir a segurança da PSP e a sua prática deve ser desenvolvida com princípio ético e moral, atuando em benefício da PSP, fundamentado a mesma, sob conhecimentos, princípios da prática cirúrgica, assim como responsabilidades éticas, morais e legais para com a PSP e para com a equipa (OE, 2017).

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

De modo a realizar uma reflexão dos estágios sobre a aquisição de competências específicas torna-se importante clarificar as circunstâncias do desenvolvimento das mesmas.

Face ao período do perioperatório de prestação de cuidados, as atividades desenvolvidas decorreram no período de acolhimento da PSP no BO, na prestação de cuidados no intraoperatório (enquanto enfermeira de anestesia e circulação, na sua transferência da SO para a UCPA). A prestação de cuidados incidiu maioritariamente em contexto de intraoperatório.

No estágio I, estive maioritariamente na sala de neurocirurgia, mas também acompanhei a PSP na sala de urgência, uma vez que o enfermeiro tutor apresentava um horário

rotativo. Esta dinâmica possibilitou o contato com cirurgias urgentes e emergentes, sobretudo do foro neurológico, que marcaram grande parte deste estágio.

No concerne ao estágio II, as competências desenvolvidas, incidiram na especialidade cirúrgica de urologia, especialmente pelo desenvolvimento de técnicas diferenciadas, que o BO disponibilizava, com destaque para a cirurgia robótica, uma abordagem inovadora que despertou o meu interesse e permitiu aprofundar competências nesta especialidade cirúrgica.

Em ambos os estágios, os objetivos traçados incluíam o desenvolvimento de competências enquanto enfermeira circulante e instrumentista, áreas onde procurei investir mais, uma vez que, no contexto profissional habitual, exerço funções na anestesia. Ainda assim, não deixei de consolidar aprendizagens relevantes nesta área, colaborando com a equipa multidisciplinar na prestação de cuidados à pessoa em situação perioperatória (PSP).

Comentado [TFFVS15]: sugestão

Um dos aspetos mais relevantes desta prática prendeu-se com a preparação da PSP e da sua família/significativo para a gestão da experiência cirúrgica. Este processo passou por identificar as suas necessidades, construir um plano de cuidados individualizado e baseado na evidência, e promover uma intervenção coordenada com a restante equipa.

Reconhecer e responder às necessidades da PSP exige empatia, escuta ativa e uma comunicação eficaz. Sempre que acolhia a PSP no BO, procurava criar um ambiente de confiança e tranquilidade: apresentava-me, explicava o meu papel no processo cirúrgico/anestésico e demonstrava total disponibilidade. Sabia que, naquele momento de maior fragilidade, o simples gesto de atenção podia fazer a diferença no conforto e segurança sentidos pela pessoa.

Comentado [TFFVS16]: sugestão

O momento de acolhimento da PSP no BO, por norma, é um momento de grande vulnerabilidade para a PSP, marcado por receios e ansiedades sobre o desconhecido. Sempre que recebia a PSP no BO, demonstrava a minha disponibilidade total, pelo que, numa abordagem inicial, procedia à minha apresentação e clarificava qual o meu papel naquele momento, no seu processo cirúrgico/anestésico, criando uma ligação que transmitisse segurança e confiança.

Nesta fase, a escuta ativa é vital, o EE deve disponibilizar tempo para ouvir atentamente os sentimentos e preocupações da PSP. A validação dos seus sentimentos são uma parte integrante e fundamental, permite criar um ambiente seguro, onde a PSP possa sentir-se acolhida, compreendida e acompanhada. Reconhecer que tais sentimentos são normais e que a equipa cirúrgica está presente para apoiar e ajudar a PSP, transmitindo-lhe que não está sozinha, pode ser uma mensagem com um grande impacto emocional.

A comunicação com a PSP deve ser estabelecida através de uma comunicação eficaz, com a transmissão de informações claras, com tempo para esclarecer dúvidas. Esta comunicação deve ser simples e compreensível e assegurar que a PSP compreende a

informação transmitida, sendo incentivada a participar como um elemento ativo na tomada de decisão sobre o seu processo cirúrgico.

No que concerne à promoção de cuidados à PSP, durante o acolhimento, realizei diversas questões com o objetivo de validar o cumprimento da preparação pré-operatória, prévio à entrada do BO. Estas incluíram, a verificação positiva da identificação da PSP, a confirmação da cirurgia a realizar, assim como o local cirúrgico com a verificação da marcação do local, a confirmação do jejum, identificação de alergias, realização de exames complementares diagnóstico, existência do consentimento cirúrgico assinado e ainda presença de próteses ou adornos).

Durante o período intraoperatório, tive a oportunidade de colaborar na realização da Lista de Verificação de Segurança Cirúrgica, assegurando a continuidade dos cuidados e contribuindo para a segurança da PSP ao longo de todo o processo. O *"time out"* corresponde a uma breve pausa imediatamente antes da incisão cirúrgica, com o objetivo de revalidar a identidade da pessoa, o procedimento a realizar e o local cirúrgico. Este momento revela-se fundamental para garantir o posicionamento correto da pessoa, a disponibilidade e funcionalidade de dispositivos ou materiais cirúrgicos e exames complementares, necessários para a realização da cirurgia (DGS,2013).

Deve existir uma participação ativa de todos os elementos da equipa neste processo, sendo um momento favorável para esclarecimento de inconsistências e reforçar a comunicação e a coordenação entre os elementos da equipa. A lista de verificação cirúrgica deve, assim, ser cumprida em dois momentos principais: no pré-operatório e no intraoperatório - antes da incisão na pele e no final da cirurgia.

Durante o intraoperatório uma das preocupações constantes era o conforto da pessoa e a salvaguarda pela sua privacidade física e emocional, respeitando as suas necessidades e vontades, mesmo após a indução anestésica e durante todo o período do intraoperatório.

Face às áreas cirúrgicas onde desenvolvi competências, nomeadamente em neurocirurgia e urologia, o posicionamento cirúrgico revelou-se uma prioridade essencial, dada a complexidade e especificidade, tal como noutras especialidades.

O posicionamento da pessoa é um fator determinante para a realização de um procedimento cirúrgico seguro e eficiente, no qual toda a equipa cirúrgica deve estar envolvida. Posicionar corretamente a pessoa em situação perioperatória (PSP) na mesa operatória é fundamental para prevenir complicações músculo-esqueléticas, assegurando simultaneamente a estabilidade respiratória e hemodinâmica, já que a PSP permanecerá imobilizada durante toda a intervenção.

Ao longo dos estágios, adquirei competências relevantes nesta área, desde o conhecimento sobre dispositivos de alívio de pressão e proteção, à participação ativa no posicionamento da PSP, sempre promovendo a sua segurança e bem-estar.

No âmbito da especialidade neurocirurgia (estágio I), um dos posicionamentos, frequentemente utilizados, é o posicionamento em ventral (ou posição prona), comum em intervenções como as craniotomias e laminectomias. Nestes casos, numa fase inicial, a PSP é anestesiada em posição supina, e posteriormente mobilizada e posicionada em prona. Este posicionamento exige cuidados específicos, sobretudo no que diz respeito à proteção de proeminências ósseas, como os ombros, cristas ilíacas e joelhos. Para tal, é essencial a utilização de dispositivos adequados para o alívio de pressão, com o objetivo de prevenir lesões associadas ao posicionamento. Além disso, deve assegurar-se a correta fixação dos membros inferiores através de fitas de contenção, de forma a evitar o seu deslizamento da posição inicial.

No concerne á especialidade de urologia, relativamente ao procedimento cirúrgico de prostatectomia radical assistida por robótica, a PSP encontra-se em posição dorsal, com um trendelemburg (com cerca de 30º de inclinação). Neste posicionamento é importante assegurar a estabilização física da PSP na mesa cirúrgica, uma vez, que a inclinação acentuada, pode originar deslizamento da mesma, na mesa cirúrgica. Para prevenir essa ocorrência e duplamente, reduzir o risco de lesões musculo esqueléticas ou a ocorrência de outros incidentes, recorre-se à utilização de um colchão de vácuo entre a mesa cirúrgica e a PSP, que impede a mobilização da pessoa na mesa de operações, enquanto protege os membros superiores, que permanecem ao longo do tronco da pessoa, adicionando apenas auxiliares de apoio, para alívio de pressão na cabeça, região poplíteia e calcanhares.

O posicionamento cirúrgico é um momento extremamente crítico no intraoperatório, requer a colaboração de todos os intervenientes, a otimização dos recursos necessários e, inclusivamente, e de igual ou maior importância, a monitorização e estabilidade hemodinâmica da PSP durante o posicionamento e a sua manutenção ao longo da cirurgia é fundamental, para a segurança da PSP.

2.4.2 Maximiza a segurança da pessoa a vivenciar a situação cirúrgica e da equipa pluridisciplinar, congruente com a consciência cirúrgica

Esta competência reconhece os elevados riscos associados aos cuidados perioperatórios, face à vulnerabilidade da PSP, à complexidade de procedimentos realizados, bem como o ambiente onde ocorrem, incluindo os recursos disponíveis, com a finalidade de prevenir a ocorrência de incidentes adversos.

Ao longo dos estágios, desenvolvi uma prática de cuidados orientada para a promoção da segurança da pessoa e da equipa cirúrgica.

Na fase pré-operatória, os cuidados consistiram em garantir a disponibilidade e o correto funcionamento dos equipamentos, instrumental cirúrgico e materiais necessários para a realização da cirurgia, garantindo que todos os recursos necessários, estivessem

prontamente acessíveis, para uma resposta célere, reduzindo a possibilidade de ocorrência de eventos ou danos para a PSP.

No intraoperatório, enquanto enfermeira circulante, colaborei com a equipa cirúrgica nos cuidados à PSP, promovendo um ambiente seguro para a mesma e para os profissionais.

Durante a cirurgia, a SO integra diversos equipamentos que devem funcionar simultaneamente, sendo fundamental organizá-los espacialmente para permitir a livre circulação da equipa, garantir o acondicionamento adequado dos cabos elétricos (protegendo os profissionais) e assegurar a esterilização. A otimização do espaço para todos os intervenientes de forma a assegurar um ambiente seguro sempre foi uma das minhas prioridades

Ainda exercendo a função de enfermeira circulante, colaborei com a enfermeira instrumentista na preparação das mesas cirúrgicas, garantido a integridade do material esterilizado e prevenindo a contaminação de material inerente à cirurgia. Foi ainda possível colaborar na verificação do instrumental cirúrgico, desde a sua observação, em conjunto com o enfermeiro tutor e enfermeiro instrumentista, até à confirmação da sua esterilização. Neste contexto, verificava inicialmente a integridade da caixa de instrumental, se esta se encontrava em condições. Após abertura da caixa, verificava se os selos de ar estavam íntegros e se o instrumental se encontrava aparentemente em conformidade, juntamente com os indicadores químicos, que garantiam a eficácia do processo de esterilização.

Após a validação destes passos, procedia à contagem do instrumental cirúrgico, com base na composição da caixa cirúrgica, em conjunto com o enfermeiro tutor e enfermeiro instrumentista. Procedimento igualmente repetido no final da cirurgia, com o objetivo de garantir a não retenção de material cirúrgico. No final da cirurgia, encaminhava o instrumental para esterilização, devidamente acondicionado conforme protocolo de serviço.

A contagem de compressas com contraste e de cortantes perfurantes constituiu também um dos cuidados desenvolvidos, em colaboração com o enfermeiro tutor e o enfermeiro instrumentista, incluindo a comunicação adequada à equipa cirúrgica. A retenção de objetos ou compressas cirúrgicas é um evento grave, que pode causar lesões ou danos permanentes à pessoa submetida à cirurgia, pelo que é fundamental garantir uma contagem rigorosa do instrumental, das compressas e dos materiais cortantes, assegurando uma prestação de cuidados segura e de qualidade. Esta contagem deve ser realizada antes do início da cirurgia, antes da anastomose e antes do encerramento da parede abdominal. Desta forma, foi possível colaborar com a equipa cirúrgica na contagem destes materiais e proceder ao respetivo registo no processo clínico da pessoa.

A participação nestes procedimentos permitiu-me adquirir conhecimentos sobre os diferentes tipos de instrumental cirúrgico presentes nas várias caixas, bem como compreender a sua funcionalidade e aplicabilidade em contexto operatório, químicos que garantem a eficácia do processo de esterilização.

Durante o estágio, numa situação ocorrida na fase inicial da abertura das compressas com contraste, verificou-se que uma embalagem destinada a conter 5 unidades continha, na realidade, 6 compressas médias. No BO do estágio I, a abertura das compressas era realizada sempre com a disponibilização de 10 unidades por vez. Para garantir a ausência de erro na contagem, as 6 compressas foram retiradas da mesa cirúrgica e o evento sentinela foi reportado à equipa de gestão de enfermagem.

No que concerne ao material utilizado na cirurgia robótica, foi possível acompanhar o processo de esterilização, uma vez que este decorreu no BO (no estágio II). Tal experiência permitiu compreender a importância de conhecer os processos de reprocessamento de material cirúrgico, evidenciando a necessidade de detalhadamente conhecer os equipamentos e instrumental cirúrgico presente no BO. Este conhecimento é fundamental para garantir o reprocessamento adequado, que garanta a remoção de eficaz de componentes orgânicos, a esterilização correta dos instrumentais, o acondicionamento apropriado e a prevenção de danos ao instrumental e aos equipamentos, que na sua maioria, representam um investimento bastante elevado.

Durante minha experiência com cirurgia robótica, pude desenvolver várias competências como enfermeira circulante. Aprendi a posicionar a pessoa submetida à cirurgia robótica, além de cuidar do posicionamento do robô, incluindo a torre e os braços. Também colaborei na colocação das proteções cirúrgicas nos braços do robô e na sua aproximação à pessoa, para que os braços pudessem ser acoplados corretamente.

Além disso, em duas ocasiões, presenciei a necessidade de converter a cirurgia robótica para uma laparotomia. Nesses momentos, pude ajudar a equipe multidisciplinar na remoção do robô e na preparação das mesas cirúrgicas para essa mudança, garantindo que o instrumental e outros materiais essenciais estivessem prontos para essa fase da cirurgia.

Durante a minha experiência, pude desenvolver competências que contribuem para maximizar a segurança da pessoa e da equipa durante a situação cirúrgica, sempre alinhada com a minha consciência cirúrgica. Por exemplo, percebi a importância de realocar a placa dispersiva para um local seco, longe de proeminências ósseas e com massa muscular, para evitar queimaduras. Também me preocupei em proteger os orifícios faciais e os olhos durante procedimentos neurológicos, prevenindo possíveis danos ou lesões.

Além disso, colaborei na administração da terapêutica profilática antibiótica, seguindo as orientações clínicas atualizadas, o que ajuda na prevenção de infeções do local cirúrgico.

Comentado [TS17]: sugestão

Durante o procedimento, também participei na manutenção da normotermia do paciente, promovendo o aquecimento ativo desde a sala de indução até os cuidados pós-operatórios, pois sei que prevenir a hipotermia é fundamental para evitar complicações como infecções, eventos cardíacos adversos e outras disfunções.

Ainda, pude contribuir na gestão dos registos do procedimento cirúrgico, seja em papel ou digital, e na manipulação de tecidos e fluidos orgânicos para análise, garantindo uma organização eficiente e segura e correto acondicionamento.

Tudo isso demonstra que estou comprometida em agir com atenção, cuidado e responsabilidade, sempre pensando na segurança da pessoa e na eficiência da equipa, promovendo um ambiente cirúrgico mais seguro e de qualidade.

No que concerne ao desenvolvimento de competências enquanto enfermeira instrumentistas, no estágio I, apesar do planeamento, para acompanhar o enfermeiro tutor na mesa cirúrgica, não possível de concretizar, por motivos alheios ao desenvolvimento do plano de atividades.

Relativamente ao estágio II, apesar de ser uma das atividades preconizadas no plano de atividades elaborado, uma vez que não detenho experiência em instrumentação, face ao contexto, não foi permitido acompanhar o enfermeiro tutor na instrumentação. Deste modo, na tentativa de adquirir conhecimentos, procedia à observação da preparação das mesas cirúrgicas, à organização do instrumental cirúrgico, à colaboração na contagem do mesmo, de compressas e corto perfurantes, bem como, a preparação da equipa cirúrgica, a desinfecção do local cirúrgico, e à colocação de dúvidas e questões ao enfermeiro tutor, e sempre que possível ao enfermeiro instrumentista.

2.5 COMPETÊNCIAS DE MESTRE DE ENFERMAGEM

Segundo o artigo n.º 5 do Decreto-Lei n.º 65/2018, o grau mestre é atribuído por uma instituição de ensino superior, pelo desenvolvimento de atividades de formação e de investigação, com devida qualidade reconhecida, através de publicações ou produções científicas relevantes.

O Grau mestre é conferido àquele que detém capacidade de compreensão e conhecimentos, adquiridos no 1º ciclo de estudos, e que aprofunde os mesmos, numa determinada área (Decreto-Lei n.º 65/2018).

A competência de mestre inclui a capacidade de aplicar os conhecimentos e capacidades para a resolução de problemas, num contexto alargado e de interação multidisciplinar, integrando os conhecimentos para lidar com questões complexas e determinar soluções ou emitir juízos. A reflexão sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais devem estar presentes e o Mestre deve ter a capacidade de comunicar as suas conclusões,

conhecimentos e raciocínios de modo claro e sem ambiguidades, ao mesmo tempo, que desenvolve a sua aprendizagem num contínuo, de forma autónoma e auto-orientada, fundamentando as suas competências (Decreto-Lei n.º 65/2018).

De encontro às competências de Mestre, e face ao tema do relatório, foi desenvolvida uma scoping review para identificar qual método de comunicação para a transição de cuidados utilizados pelos enfermeiros no BO. A scoping review encontra-se disponível no apêndice VIII.

Foi ainda possível, participar como preleitora no Webinar "Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados", promovido pela Ordem dos Enfermeiros, a 11 de dezembro de 2024, com o tema: "Percurso de um Projeto de Intervenção na Comunicação Segura no BO". O certificado de participação encontra-se em anexo XI; participar na apresentação oral sobre "Communication Safety in the Transition of Care in de Operating Theater", na 1st International Seminar on Implementation Science and Nursing, que decorreu no dia 08 de abril de 2025 (certificado em anexo XII); e participar com a apresentação do poster: "Via aérea não previsível em adultos em bloco operatório", nas III Jornadas de Enfermagem One Health: Conquistas e Desafios, que decorreu nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz (certificado em anexo XIII).

2.6 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

A Enfermagem enquanto profissão requer um compromisso ético e deontológico, que regula a prestação de cuidados de saúde. A par disso, durante o processo de desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista, existiu uma preocupação constante para assegurar a qualidade e a segurança dos cuidados prestados, bem como, de atuar de forma justa e respeitosa, indo ao encontro dos princípios éticos da beneficência, não-maleficência, justiça e autonomia, com foco no bem-estar físico e psicológico da pessoa.

Face ao contexto de perioperatório, no qual, a pessoa submete-se a alterações do estado de consciência, onde confia nos cuidados dos profissionais de saúde, o respeito pela dignidade humana, pela autonomia da pessoa, pela sua privacidade, pela vulnerabilidade em que se encontra, foram sempre preocupações constantes.

O processo de aquisição de competências e a prática clínica foram desenvolvidos com base na mais recente evidência científica, para a promoção de boas práticas e para o auxílio da tomada de decisão, sempre aliada aos princípios éticos e deontológicos. Procurei garantir a confidencialidade e sigilo profissional, protegendo as informações, sendo transmitida

apenas aos intervenientes essenciais, bem como, assegurar o consentimento livre e informado para a prestação de cuidados.

Tais princípios são fundamentais para assegurar cuidados humanizados e de qualidade, contribuindo inclusivamente, para a construção de uma relação de confiança entre o enfermeiro e a pessoa.

O sigilo profissional estendeu-se inclusivamente, às instituições onde decorreram os ensinamentos clínicos, resguardando informações exclusivas ao local de estágio, bem como, a identificação dos instrumentos de trabalho realizados e aplicados no ensino clínico, como por exemplo o questionário de avaliação aplicado.

O relatório elaborado, cumpre os princípios éticos, com devida menção dos autores, não tendo sido realizado nenhum tipo de apropriação.

3. CONCLUSÃO

O relatório de estágio reflete o percurso desenvolvido durante o processo de aquisição e desenvolvimento de competências, para a atribuição do título de Enfermeiro Especialista à Pessoa em Situação Perioperatória.

Os ensinamentos clínicos proporcionam o contacto com um ambiente fundamental para o desenvolvimento de competências especializadas. Permitem a articulação do pensamento teórico com a prática, que por sua vez, favorece o desenvolvimento das aprendizagens.

A prestação de cuidados à PSP é complexa, face à vulnerabilidade e aos múltiplos riscos a que se submete. Este percurso exigiu uma reflexão crítica constante, e o desenvolvimento de competências, das quais destaco, a capacidade de gestão (de recursos humanos e materiais), de liderança e de promoção de melhores práticas, para a melhoria da qualidade e da segurança dos cuidados.

Sendo um elemento de referência o EE deve promover melhores práticas, assentes na mais recente evidência científica, que proporcionaram melhores cuidados e maior satisfação para a PSP.

Simultaneamente, o EE deve deter um forte domínio técnico e científico, mas de igual modo, proceder a uma prestação de cuidados centrado na pessoa, cuidados humanizados, empáticos e com escuta ativa constante, para permitir identificar as necessidades da PSP e família/ pessoa de referência e ajudar a mesma, a vivenciar o processo de transição em que se encontra.

Pessoalmente, considero que o desenvolvimento de competências do EE foi um processo bastante desafiador por diversos motivos, principalmente porque exigiu uma gestão rigorosa entre as responsabilidades académicas, profissionais e da vida pessoal, que gradualmente foram contornadas.

Relativamente ao tema do relatório, foi explorado a temática da Transição de Cuidados no BO, uma vez que as falhas de comunicação em saúde, são uma das problemáticas mundialmente conhecidas e que são responsáveis pela ocorrência de eventos adversos na saúde.

A nível internacional e nacional, são divulgadas e implementadas diversas medidas nas organizações de saúde, de forma a otimizar a comunicação entre os profissionais e minimizar a ocorrência de eventos adversos causados pelas falhas de comunicação.

Contudo, em ambientes de elevada exigência técnica, científica e individual, que são potenciadores de um elevado stress, estes fatores, podem levar ao aumento de falhas de comunicação e por sua vez conduzir à ocorrência de danos para a PSP, com efeitos potencialmente devastadores.

Neste sentido, procurei desenvolver ao longo dos estágios, a melhoria da qualidade dos cuidados, relacionados com a transição de cuidados no BO.

A elaboração do projeto de intervenção, permitiu aplicar ferramentas de gestão e analisar um determinado contexto, de modo a definir um plano de ação individualizado para colmatar uma necessidade de serviço. Inclusivamente, permitiu o desenvolvimento de competências de investigação, de liderança e de formação e educação de pares.

A realização da scoping review, seguiu o tema do relatório, com a finalidade de identificar quais os métodos de comunicação utilizados pelos enfermeiros no BO. Pretende-se que a mesma, seja publicada brevemente, e que possa ser um contributo enriquecedor para a área de investigação de enfermagem e para os cuidados no perioperatório.

Podemos considerar que o EEPSP detém um papel preponderante na promoção da segurança e da qualidade dos cuidados, bem como na prevenção de riscos e ocorrência de eventos adversos. Como profissional de saúde diferenciado, destaca-se como um elemento que detém as capacidades e habilidades necessárias para liderar e implementar projetos da melhoria da qualidade, promotores de uma cultura de segurança.

Considero que os objetivos estabelecidos para o relatório e para os estágios foram alcançados com sucesso, representando uma etapa significativa no meu percurso, enquanto enfermeira, em processo de transição para enfermeira especialista.

Concluo esta etapa crente de que o papel do enfermeiro especialista em perioperatório é fulcral para a melhoria dos cuidados, das organizações e principalmente para a evolução da Enfermagem, e espero poder continuar a contribuir ativamente para o seu progresso, enquanto disciplina e profissão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, W. C. (2007). *Formação e aprendizagem em contexto clínico*. Formasau
- Alligood, M. R. (2022) *Nursing Theorists and their work* (10ª ed). Elsevier
- Almeida, C. V. (2019). Modelo de comunicação em saúde ACP: As competências de comunicação no cerne de uma literacia em saúde transversal, holística e prática. In C.
- Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. (2012). *Enfermagem Perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados*. Lusodidacta
- Barroso, F., & Sales, L., & Ramos, S. (2021) Guia Prático para a Segurança do Doente (1ªed.). Lidel.
- Benner, P. (2001). De iniciado a perito: Excelência e poder na prática de enfermagem. Quarteto.
- Bonds, R. (2018). SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork, and the Perception of Patient Safety Culture. *Creat Nurs*. Vol.1;24. DOI: 10.1891/10784535.24.2.116
- Cabral, D.M.G.G.C. (2004) *Cuidados Especializados em Enfermagem Perioperatória Contributos para a sua Implementação* [Dissertação de Doutoramento]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar Universidade do Porto
- Caetano, L.M.F., Cerejo, M.N.R., Gueifão, L.M.A.O (2024). Perceção das práticas do enfermeiro de perioperatório na promoção de um ambiente cirúrgico seguro. *Revista de Enfermagem Referência*, 6(3), 1-8. DOI: 10.12707/RVI24.3.34191
- Caruso, T.J., Marquez, J. I., Wu, D.S., Shaffer, J. A., Balise, R. R., Groom, M., Leong, K., Mariano, K., Honkanen, A. & Sharek, P.J. (2015) Implementation of a Standardized Postanesthesia Care Handoff Increases Information Transfer Without Increasing Handoff Duration. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. 41(1), 35-42. DOI: 10.1016/S1553-7250(15)41005-0
- Castro, C.M.C.S.P., Marques, M.C.M.P. & Vaz, C.R.O.T., (2022) Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal [Communication in the transition of nursing care in na emergency department in Portugal] *Cogitare Enfermagem*, V21: e81767. <https://dx.doi.org/10.5380/ce.v27i0.81767>
- Chick, N., & Meleis, A.I. (1986). Transition: A Nursing Concern. In: Chinn, P.L., Ed., *Nursing Research Methodology*, Aspen Publication, Boulder, CO, 237-257. <http://repository.upenn.edu/nrs>
- Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Diário da República, 1ª Série – A
- Decreto-Lei n.º 65/2018, de 16 de agosto. Diário da República, 1ª série – N.º 157
- Despacho n.º 1400-A/2015, de 10 fevereiro. Diário da República, 2.ª série – N.º 28
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro. Diário da República, 2.ª série – N.º 187
- Dias, D. (2024). Comunicação em contexto perioperatório. Recursos didáticos da UC Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória do Mestrado em Enfermagem MédicoCirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Egas Moniz School of Health and Science.
- Dias, D., & Fernandes, S. (2022). A investigação e a enfermagem: uma reflexão sobre a sua utilidade na prática clínica. *Revista AESOP*, XXII (47)

- Direção Geral de Saúde. (2011). *Estrutura Concetual da Classificação Internacional da Segurança do Doente: Relatório Técnico Final*. Lisboa: DGS, 2011. 145 p.
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Cirurgia Segura, Salva Vidas – Norma Nº 02/2013*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt>
- Direção Geral de Saúde (2015). *Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito - Norma Nº 015/2013*. Disponível em: <https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0152013-de03102013-pdf.aspx>
- Direção Geral de Saúde (2017). *Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – Norma Nº001/2017*. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wpcontent/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Duarte, A. & Martins, O. (2014). *Enfermagem em Bloco Operatório*. Lidel
- EORNA. (2023). *EORNA Best Practice for perioperative care*. 3ª edição Consultado a 10/06/2024 em <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2024/08/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care-2023-updated.pdf>
- Entidade Reguladora da Saúde. (2023) *Consentimento Informado*. ERS. Consultado a 25 Fevereiro de 2024. <https://www.ers.pt/pt/utentes/perguntas-frequentes/faq/consentimento-informado/>
- Estrela, I.R. (2013). *Vivenciar a Cirurgia "Uma Transição": Da informação prestada às necessidades relatadas* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10(3), 17-26.
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L & Pottakat, B. (2021). Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*. 10.1177/2374373521997733
- Gomes, J.A., Martins, M.M., Tronchin, D., & Fernandes, C.S. (2020). Perceções dos enfermeiros sobre a qualidade no bloco operatório. *Revista de Enfermagem Referência*, 5 (1), 1-14. Disponível em <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105003/388263105003.pdf> DOI: 10.12707/RIV19053
- Grant, L. C., Nicholson, P. F., Davidson, B. & Manias, E. (2021) Can you hear me? Barriers to and facilitators of communication in the presence of noise in the operating room. *Journal of Perioperative Nursing*. (34), 26-33. DOI: 10.26550/2209-1092.1132
- Guimarães, M. S. F & Silva, L. R. (2016). *Conhecendo a Teoria das Transições e sua aplicabilidade para enfermagem*.
- Instituto Nacional de Estatística. (2024). *Relatório Estatísticas da Saúde 2022*. Disponível em <https://www.ine.pt>
- Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H.I (2022). ISBAR as a structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of Peruanesthesia Nursing*, 37(1), 34-39. DOI: 10.1016/j.jopan.2021.01.002.
- Kitney, P., Tam, R., Bramley, D., & Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, (33). DOI 10.26550/2209-1092.1094
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S. (2000). *To Err is Human: Building a safer Health System*. Estados Unidos da América: National Academy of Science; 2000.1.
- Lei de Bases da Saúde n.º 95/2019, de 04 setembro. Diário da República, 1ª série – N.º 169

Código de campo alterado

Código de campo alterado

Código de campo alterado

- Lopes, M. A., Gomes, S.C., & Almada-Lobo, B. (2018). *Os cuidados de enfermagem especializados como resposta à evolução das necessidades em cuidados de saúde*. INESC-TEC. Disponível em: https://ordemenfermeiros.pt/media/5908/estudocuidadosespecializadosenfermagem_inesctecabril2018.pdf
- Meleis, A.I. (2000). *Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory*. Advances In Nursing Science.
- Meleis, A.I. (2010). *Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. Springer Publishing Company
- Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacher, K. (2000). *Experiencing transitions: an emerging middle-range theory*. ANS. *Advances in nursing science*, 23(1), 12–28. DOI: 10.1097/00012272-200009000-00006
- Ministério da Saúde. (2011). *Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório*. ACSS. Disponível em <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendacoes-tecnicas/>
- Ministério da Saúde. (2024). Unidade Local de Saúde Almada-Seixal. SNS. Consultado a 29 junho 2024. HGO - <https://www.hgo.min-saude.pt/category/institucional/instituicao/>
- Ministério da Saúde. (2025). Unidade Local de Saúde S. José. SNS. Consultado a 25 de janeiro de 2025. <https://www.chlc.min-saude.pt/missao-visao-valores-e-objectivos/>
- Müller, M., Jürgens, J., Redaelli, M., Klingberg, K., E Hautz, L. & Stock, S. (2018). *Impact of the communication and patient hand-off tool SBAR on patient safety: a systematic review*. *BMJopen*. (8). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-022202
- Neto, J. M. R., Marques, D. K. A., Fernandes, M. G. M. & Nobrega, M. M. L. (2015) *Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review*. *Rev Bras Enfermagem*. V69(1). DOI: 10.1590/0034-7167.20166901
- Nunes, J. M. (2020) *Comunicação em Saúde [Comunicação Oral]*. APDIS. XIV Jornadas APDIS – BE OPEN: Inspirar, Capacitar, Investigar, Inovar & Partilhar, Portugal
- Organização Mundial Saude. (2009). *Orientações da OMS para a Cirurgia Segura 2009*. OMS. Disponível em: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/44185/9789241598552_por.pdf;sequence=8
- Organização das Nações Unidas (2015). *Objetivos Sustentável de Desenvolvimento – Agenda 2030*. Disponível em: <https://ods.pt/ods/>
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *Global Patient Safety Action Plan - 2021-2030* (who.int). Disponível em <https://www.who.int/publications/i/item/9789240032705>
- Organização Mundial de Saúde (2020). *State of World's Nursing – Investing in education, jobs and leadership*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Global Patient Safety Report*. OMS. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- Ordem dos Enfermeiros. (2015). *Deontologia Profissional de Enfermagem*. Disponível em [livrocj_deontologia_2015_web.pdf](#)
- Ordem dos Enfermeiros. (2017). *Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica*. Disponível em <https://www.ordem>

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

Formatou: Tipo de letra: Verdana, 10 pt, Tipo de letra com letras complexas: 10 pt, Português (Portugal)

- enfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padrões-qualidade-emc_rev.pdf - Ordem dos Enfermeiros (ordemenfermeiros.pt)
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Recomendações para o estágio e relatório da componente clínica dos ciclos de estudos dos Mestrados em Enfermagem conducentes à atribuição do título profissional de Enfermeiro Especialista. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/24294/recomendações-para-estágio-e-relatório-da-componente-clínica-dos-ciclos-de-estudos-dos-mestrados-enf-especialista.pdf>
- Ordem dos Enfermeiros. (2023). Parecer do Conselho de Enfermagem nº275/2023. Disponível em: https://ordemenfermeiros.pt/media/28634/parecer-ce-nº-275-2023_responsabilidade-do-enfermeiros-na-transição-de-cuidados-do-intraoperatório-para-a-uc-posanestésicos_anonimizado.pdf
- Ordem dos Enfermeiros. (2025). Regulamento das Especialidades e Competências Acrescidas da Ordem dos Enfermeiros. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/37757/regulamento-395-2025.pdf>
- Organização Mundial de Saúde. (2024). *Global Patient Safety Report*. OMS. Disponível em <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência
- Poli, R. (2017). Uma introdução à ontologia da antecipação [An introduction to the ontology of anticipation]. *Jornal de Políticas Educativas*, 11 (13), 1-20. Disponível em <https://revistas.ufpr.br/jpe>
- Rebello, S.M.S.R.S. (2013). *Segurança do Doente no Bloco Operatório* [Dissertação de Mestrado]. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra
- Regulamento n.º 429/2018, de 16 de julho. Diário da República, 2ª série – N.º 135 Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>
- Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro de 2019. Diário da República, 2.ª série – N.º 26. Disponível em 0474404750.pdf
- Regulamento n.º 392/2018, de 28 de junho. Diário da República, 2ª série – N.º 123
- Regulamento n.º 613/2022, de 8 de julho. Diário da República, 2.ª série – N.º 131 Disponível em <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/613-2022-185836226>
- Regulamento n.º 743/2019, de 25 de setembro. Diário da República, 2.ª série - N.º 184 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem – Disponível em 0012800155.pdf
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, Luís., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE. *Millenium* (49),153-171
- Serviço Nacional de Saúde. (2019). Comunicação em saúde. Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Consultado a 20/06/2024. SPMS EPE. [Spms.minsaude.pt/2019/04/comunicação-em-saude/](https://spms.minsaude.pt/2019/04/comunicação-em-saude/)
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Guia de Comunicação em Saúde, Boas Práticas. Consultado a 10/07/2024
- Serviço Nacional de Saúde. (2023). Comunicação Eficaz na prestação de cuidados no SNS. Disponível em [https:// Academia.spms.min-saude.pt/comunicacao-eficaz-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-sns/](https://Academia.spms.min-saude.pt/comunicacao-eficaz-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-sns/)

- Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O. & Bettencourt, M. (2019). Contributos do referencial teórico de Afaf Meleis para Enfermagem de Reabilitação. *Revista de Investigação em Enfermagem*. 35-44. <https://www.researchgate.net/publication/337313131>
- The Joint Commission. (2017). See Sentinel Event Alert Issue 58, "Inadequate hand-off communication". [Jointcommission.org](http://jointcommission.org). Disponível em: sea_8_steps_hand_off_infographic_2018pdf.pdf (jointcommission.org)
- Ventura-Silva, J.; Melo, R; Oliveira, I. e Ribeiro, O. (2023). Planeamento, avaliação e continuidade de cuidados. In *Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos: um roteiro para a qualidade e segurança*. Lidel.
- Xavier, S. S., Sampaio, C. T., Gomes, A.L.V., Nascimento, R.C.S., & Esperidião, M. A. (2018). Projetos de Intervenção em Saúde: construindo um pensamento crítico [Health Intervention Projects: Building Critical Thinking]. *Revista Divulgação em Saúde para Debate*, (58), 285-295. Disponível em: <https://repositorio.ufba.br/bitstream/ri/29837/1/Artigo%20Rita%20Nascimento.%202018.pdf>

APÊNDICES

Apêndice I – Competências e Plano de Atividades Unidade Curricular
Estágio I e II

Objetivo Geral 1: Desenvolver e consolidar conhecimentos e competências comuns e específicas, para a prática clínica enquanto Enfermeira

Especialista

Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>1.1 Aprofundar conhecimentos teóricos e práticos para a prestação de cuidados à PSP no âmbito de: Enfermeira de Anestesia, Enfermeira Circulante e Enfermeira Instrumentista;</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica a identificação inequívoca do doente a entrada do BO; • Verifica a existência do consentimento informado; • Realiza a lista de verificação cirúrgica; • Valida o procedimento correto, no doente correto e na localização anatômica correta (está inerente à realização da checklist de acordo com o preconizado); • Avalia e promove os recursos necessários para a transferência segura; • Estabelece diálogo adequado, tranquilizado o doente, informando e esclarecendo os 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Equipa de Enfermagem; • Secretariado; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Computador (processo clínico virtual); • Processo clínico físico; 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica a presença da pulseira de identificação e processo clínico; • Realiza a identificação positiva da pessoa, a presença da pulseira de identificação, confirma a marcação do local cirúrgico (sempre que aplicável) e a natureza do procedimento; • Confirma o consentimento informado preenchido e assinado no processo clínico do doente, com a identificação correta da cirurgia, local e lateralidade (em situações emergentes, a validação do consentimento verbal); • Recorre ao processo clínico da PSP para verificação de informação (por exemplo: antecedentes, terapêutica habitual, medicação suspensa, alergias, entre outros).

1.2 Prestar cuidados de enfermagem à PSP	<p>procedimentos que lhe vão ser realizados;</p> <ul style="list-style-type: none"> Efetua os registos de enfermagem para a continuidade dos cuidados. 		
	<ul style="list-style-type: none"> Identifica as necessidades da pessoa e família / pessoa significativa e estabelece uma relação de empatia com a pessoa e família/pessoa significativa 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Gestor; Enfermeiro Coordenador; Enfermeiro Orientador. 	<ul style="list-style-type: none"> Participa num dia de visita pré-operatória e pós-operatória; Participa num dia na Radiologia de Intervenção; Acolhe a pessoa e apresenta-se; Demonstra respeito pela cultura e crenças religiosas e pelo pudor da pessoa.
	<ul style="list-style-type: none"> Prepara o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador; <p><u>Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Normas protocoladas no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> Verifica a disponibilidade, funcionamento e a higienização das salas, dos equipamentos e dispositivos médicos.
	<ul style="list-style-type: none"> Garante a verificação da lista de procedimentos com vista a segurança cirúrgica. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador; <p><u>Manuais:</u></p> <p>Normas protocoladas no serviço.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Conhece a estrutura da lista de procedimentos com vista a segurança cirúrgica e o momento de para a realização da mesma; Realiza/colabora na realização da lista de verificação.

<ul style="list-style-type: none"> • Comunica de forma eficaz visando a segurança cirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica de forma eficaz visando a segurança cirúrgica. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador; • Equipa Interdisciplinar 	<ul style="list-style-type: none"> • Comunica com o cirurgião, anestesista e enfermeiros de sala operatória sobre qualquer falha existente na preparação da pessoa.
<ul style="list-style-type: none"> • Contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa; • Diagnostica necessidades e riscos gerindo os recursos para assegurar a mobilização, transferência e posicionamento seguro da PSP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Contribui para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa; • Diagnostica necessidades e riscos gerindo os recursos para assegurar a mobilização, transferência e posicionamento seguro da PSP. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador; • Equipa Interdisciplinar; <p><u>Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas protocoladas no serviço; <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de posicionamento e de alívio de pressão; • Outros dispositivos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora na monitorização invasiva, intubação e extubação endotraqueal e Naso gástrica, anestesia loco regional, cateterização central e arterial); • Colabora no posicionamento cirúrgico; • Promove o conforto da pessoa com a utilização dos DM e previne complicações associadas ao posicionamento cirúrgico; • Observa a integridade cutânea e a possível ocorrência de lesões.
<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza adequadamente o equipamento e outros dispositivos médicos de forma a manter a integridade, funcionalidade, nível de descontaminação e segurança. 	<ul style="list-style-type: none"> • Utiliza adequadamente o equipamento e outros dispositivos médicos de forma a manter a integridade, funcionalidade, nível de descontaminação e segurança. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Coordenador e Orientador; <p><u>Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Guias de utilizador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Manuseia os equipamentos e DM de forma autónoma e encaminha os mesmos para processamento de descontaminação adequada; • Preserva a funcionalidade e integridade pela utilização conforme as normas do equipamento;

		<ul style="list-style-type: none"> • Prepara material e DM necessários às cirurgias (convencional ou de urgência) de acordo com a especialidade cirúrgica.
<ul style="list-style-type: none"> • Colabora na gestão de gastos e numa prática de cuidados perioperatórios mais sustentável. 	<p><u>Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas protocoladas no serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valida a necessidade dos DM com o enfermeiro instrumentista para evitar a abertura de desnecessária de recursos; • Realiza a triagem de resíduos.
<ul style="list-style-type: none"> • Promove a segurança da PSP e equipa interdisciplinar; • Assegura o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo de infeção; • Supervisiona a adesão da equipa aos princípios de controlo de infeção; 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador; • Equipa Interdisciplinar; <p><u>Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Normas protocoladas pelo serviço. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verifica o correto acondicionamento de corto-perfurantes; • Assegura um espaço de circulação, com o acondicionamento de equipamentos, ligações elétricas; • Aplica corretamente a placa dispersiva; • Realiza a contagem de compressas cirúrgicas, corto perfurantes e instrumentos cirúrgicos com colaboração do enfermeiro instrumentista de acordo com a prática recomendada (no início da cirurgia, antes do encerramento da incisão e no final da cirurgia) e implementa as ações no caso de contagem incorreta; • Colabora na preparação das mesas operatórias; • Colabora com a equipa cirúrgica a equipar-se com vestuário cirúrgico estéril;

		<ul style="list-style-type: none"> • Assegura/Valida que os campos são colocados sem quebra da técnica asséptica; • Conecta os diferentes materiais estéreis a unidades não estéreis e comprova a sua funcionalidade; • Identifica o número de pessoas presentes na SO; • Identifica quebras de técnica asséptica e alerta a equipa cirúrgica; • Colabora na algáliação da PSP.
<ul style="list-style-type: none"> • Identifica focos de instabilidade e responde atempadamente; • Monitoriza com rigor as entradas e saídas de líquidos da cavidade cirúrgica e comunica à equipa perdas de sangue. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador • Equipa Interdisciplinar da Sala Operatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora na monitorização e estabilidade hemodinâmica da PSP; • Mobiliza conhecimentos fundamentados.
<ul style="list-style-type: none"> • Verifica a esterilização do instrumental cirúrgico; • Assegura a rastreabilidade dos DM. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador; • Enfermeiro Instrumentista. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realiza o registo do instrumental cirúrgico utilizado; • Colabora com o enfermeiro instrumentista no acondicionamento do mesmo para o seu reprocessamento.
<ul style="list-style-type: none"> • Gere a utilização dos DM implantáveis. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador • Equipa Interdisciplinar de sala operatória 	<ul style="list-style-type: none"> • Regista os DM implantáveis em documento próprio, juntamente com a identificação da pessoa.

		<p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Norma protocolada no serviço 	
	<ul style="list-style-type: none"> • Colabora na gestão de tecidos e fluidos orgânicos para análise. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador • Equipa Interdisciplinar de sala operatória <p><u>Materiais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Norma protocolada no serviço 	<ul style="list-style-type: none"> • Identifica as diferentes formas de acondicionamento de tecidos e fluidos orgânicos e encaminhamento para anatomia patológica, citologia e microbiologia; • Regista em local próprio e procede ao encaminhamento adequado das “peças” para análise.
	<ul style="list-style-type: none"> • Documenta as prescrições, os cuidados e resultados dos cuidados de enfermagem perioperatório; • Promove a continuidade e transferência segura dos cuidados no percurso perioperatório da pessoa. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Orientador • Equipa Interdisciplinar <p><u>Materiais/Manuais:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Registos de enfermagem em conformidade com a instituição e terminologia (Suporte informático/papel). 	<ul style="list-style-type: none"> • Preenche a folha de cuidados de enfermagem, de forma legível e com terminologia protocolada com fundamentação dos cuidados prestados; • Comunica de forma consistente informação relevante, correta e compreensível sobre o estado da PSP, de forma oral, escrita e eletrónica; • Otimiza a permeabilidade dos cateterismos e oxigenação / ventilação do utente durante o transporte.

1.3 Adquirir contato sobre Instrumentação	<ul style="list-style-type: none"> Identifica o Enfermeiro Instrumentista. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador; Enfermeiro Instrumentista. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifica os cuidados de assepsia; Observa a disposição do instrumental cirúrgico na mesa cirúrgica; Realiza a preparação cirúrgica das mãos; Participa na instrumentação cirúrgica com a Enfermeira Instrumentista numa cirurgia em contexto de urgência.
1.4 Adquirir contato sobre a cirurgia robótica	<ul style="list-style-type: none"> Identifica a equipa de enfermagem da cirurgia robótica. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Orientador; Equipa de enfermagem do BO. 	<ul style="list-style-type: none"> Identifica os equipamentos inerentes à cirurgia robótica; Observa a disposição do instrumental cirúrgico da robótica na mesa cirúrgica; Colabora na preparação do robot cirúrgico; Colabora na descontaminação do instrumental robótico.
Objetivo Geral 2: Contribuir para a melhoria contínua da qualidade dos cuidados com foco transição de cuidados segura no bloco operatório			
Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
2.1 Definir o tema do projeto no campo de estágio	<ul style="list-style-type: none"> Apresenta os objetivos de estágio à gestão do BO. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> Enfermeiro Gestor; Enfermeiro Coordenador; Enfermeiro Orientador; 	<ul style="list-style-type: none"> Elabora o projeto de melhoria de qualidade.

<p>2.2 Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância da transição de cuidados segura no BO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta o projeto de melhoria; • Planifica uma ação de formação sobre a Transição de Cuidados Segura no BO com a gestão do BO e enfermeiro orientador; • Apresenta a ação de formação à equipa de gestão do BO e enfermeiro orientador; • Calendariza a ação de formação com a gestão do BO e enfermeiro orientador; • Avalia a ação de formação. 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Gestor; • Enfermeiro Coordenador; • Enfermeiro Orientador; • Equipa de Enfermagem. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora uma ação de formação sobre o tema em formato expositivo – power point; • Elabora um questionário de avaliação.
<p>2.3 Pesquisar a evidência científica mais atual sobre a Transição de Cuidados Segura no Bloco Operatório</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Apresenta os objetivos de estágio à gestão do BO e enfermeiro orientador; • Investiga a mais recente evidência científica sobre a Transição de Cuidados Segura no BO; • Documenta a mais recente evidência científica sobre o tema Transição de Cuidados Segura no BO 	<p><u>Humanos:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Enfermeiro Gestor; • Enfermeiro Coordenador; • Enfermeiro Orientador de Estágio; • Enfermeiro Orientador Pedagógico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Elabora uma Scoping Review sobre a utilização da técnica ISBAR no Bloco Operatório

Objetivo 3: Desenvolver Competências de Gestão aplicadas ao contexto Bloco Operatório

Objetivo Específico	Atividades	Recursos	Indicadores de Avaliação
<p>3.1 Adquirir Competências de apoio à coordenação do BO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Observa e colabora nas funções do Enfermeiro chefe de equipa; • Observa e colabora nas funções do Enfermeiro de apoio à coordenação. 	<p><u>Humanos:</u> Enfermeiro Orientador.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Acompanha a enfermeira chefe de equipa / de apoio à coordenação nas atividades de coordenação do turno; • Identifica as atividades desenvolvidas para a gestão de recursos humanos, materiais e DM; • Apoia a enfermeira de apoio à gestão na supervisão das salas operatórias, face à sua organização, higienização e preparação para eventuais cirurgias de urgência; • Apoia a enfermeira de apoio à gestão no planeamento das orientações individuais e de grupo e nos registos de turno.

Apêndice II – Diagrama de Gantt do Plano de Atividades da Unidade
Curricular Estágio I e II

Atividades	Período 2024 /2025							
	Maio	Junho	Julho	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro
Verificar a identificação inequívoca do doente a entrada do BO;	X	X	X	X	X	X	X	X
Verificar a existência do consentimento informado;	X	X	X	X	X	X	X	X
Realizar a lista de verificação cirúrgica e Validar o procedimento correto, no doente correto e na localização anatômica correta (está inerente à realização da checklist de acordo com o preconizado);	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliar e promover os recursos necessários para a transferência segura;	X	X	X	X	X	X	X	X
Estabelecer diálogo adequado, tranquilizado o doente, informando e esclarecendo os procedimentos que lhe vão ser realizados;	X	X	X	X	X	X	X	X
Efetuar os registos de enfermagem para a continuidade dos cuidados;	X	X	X	X	X	X	X	X

Identificar as necessidades da pessoa e família / pessoa significativa e estabelece uma relação de empatia com a pessoa e família/pessoa significativa;	X	X		X	X	X	X	X
Preparar o ambiente para fomentar a segurança e eficiência dos cuidados	X	X	X	X	X	X	X	X
Garantir a verificação da lista de procedimentos com vista a segurança cirúrgica;	X	X	X	X	X	X	X	X
Comunicar de forma eficaz visando a segurança cirúrgica;		X	X	X	X	X	X	X
Contribuir para a otimização da complementaridade das intervenções dos profissionais da equipa interdisciplinar em benefício da pessoa;		X	X	X	X	X	X	X
Diagnosticar necessidades e riscos gerindo os recursos para assegurar a mobilização, transferência e posicionamento seguro da PSP;	X	X	X	X	X	X	X	X
Utilizar adequadamente o equipamento e outros dispositivos médicos de forma a manter a integridade, funcionalidade, nível de descontaminação e segurança;	X	X	X	X	X	X	X	X

Colaborar na gestão de gastos e numa prática de cuidados perioperatórios mais sustentável;	X	X	X	X	X	X	X	X
Promover a segurança da PSP e equipa interdisciplinar;	X	X	X	X	X	X	X	X
Assegurar o cumprimento dos princípios de assepsia e do controlo de infeção;	X	X	X	X	X	X	X	X
Supervisionar a adesão da equipa aos princípios de controlo de infeção;	X	X	X	X	X	X	X	X
Identificar focos de instabilidade e responde atempadamente;	X	X	X	X	X	X	X	X
Monitorizar com rigor as entradas e saídas de líquidos da cavidade cirúrgica e comunica à equipa perdas de sangue;		X	X	X	X	X	X	X

Apêndice III – Norma Setorial para a Transição de Cuidados Segura

[POL 0XXX OU NPG 1XXX OU NOC 2XXX]

[IDENTIFICAR UNIDADE/SERVIÇO/COMISSÃO]

NORMA DE PROCEDIMENTO

[CÓDIGO DO SERVIÇO] – 3XXX

Comunicação eficaz em enfermagem na transição de cuidados no BO –
utilização da ferramenta padronizada - ISBAR

APROVAÇÃO

OBJETIVO

Identificar a importância da utilização de uma ferramenta padronizada para a comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde no BO

Conhecer as orientações sobre a transição de cuidados segura e ferramenta ISBAR no BO

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do BO e Serviços Utilizadores do BO

PALAVRAS-CHAVE

Comunicação em Saúde, ISBAR, Transição de cuidados segura

ÍNDICE

SIGLAS E ACRÓNIMOS	4
CONCEITOS	4
DESCRIÇÃO	5
1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA	6
2. COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE.....	6
2.1. Ferramenta padronizada para a Transição de Cuidados	6
3. A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DO DOENTE CIRÚRGICO	7
3.1. Ações Essenciais para a Transição de Cuidados Segura_no BO	8
4. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO	12
REFERÊNCIAS IBLIOGRÁFICAS.....	14

SIGLAS E ACRÓNIMOS

BO: Bloco Operatório

DGS: Direção Geral de Saúde

OMS: Organização Mundial de Saúde

PAGSD: Plano de Ação Global para a Segurança do Doente

PNSD: Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

SO: Sala Operatória

SU: Serviço de Urgência

UCIP: Unidade de Cuidados Intensivos Polivalentes

UCPA: Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos

CONCEITOS

Bloco Operatório

O Bloco Operatório (BO) é uma unidade orgânico-funcional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e em geral, anestesia (DGS, 2015).

Comunicação

“A comunicação é o processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas...transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes” (Phaneuf, 2005, p.23).

Comunicação em Saúde

A Comunicação em Saúde é uma ciência dotada de evidência, teorias e modelos, que se aplicam à comunicação em contexto de saúde e é também uma área de investigação, de teoria e de prática, influenciada por diversas áreas (comunicação, saúde, comportamental, sociais, marketing, antropologia). É a arte e técnica de informar, influenciar e motivar indivíduos, instituições e comunidades sobre assuntos de saúde importantes como a prevenção de doença, promoção da saúde, políticas de saúde, ação empresarial, visando melhorar a saúde da população, diminuir os riscos e motivar positivamente a mudança de comportamentos (Rodrigues, 2024; Sociedade de comunicação em saúde (2017); Ratzan *et al.*, 1994). Envolve a compreensão profunda das necessidades e preferências das populações-alvo e requer uma abordagem multidisciplinar (SNS, 2022).

Comunicação eficaz em saúde

Comunicação eficaz em Saúde refere-se à transmissão de informação entre os profissionais de saúde, que se caracteriza por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor (DGS, 2017). Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma, mas também a sua implementação de forma ativa (DGS, 2017).

ISBAR

Ferramenta padronizada para a transição de cuidados. A mnemónica ISBAR corresponde a:

- Identificação: identifica e localiza precisamente os intervenientes da comunicação, assim como o doente a que diz respeito a comunicação;
- Situação atual: refere qual o motivo atual da necessidade de cuidados de saúde;
- Antecedentes: refere-se à descrição de factos clínicos, de enfermagem e outros relevantes, bem como diretivas antecipadas da vontade;
- Avaliação: Relata informações sobre o estado do doente, terapêutica não medicamentosa/medicamentosa instituída, tratamentos, alterações do estado de saúde relevantes;
- Recomendações: exposição de atitudes e do plano terapêutico determinado face à situação clínica do doente (DGS, 2017).

Segurança do doente: redução de risco de dano desnecessário à pessoa que recebe os cuidados de saúde, para um mínimo aceitável. O mínimo aceitável é de uma forma geral direcionado para o conhecimento atual, recursos disponíveis, contexto da prestação de cuidados em oposição ao risco de não tratamento ou de outro (DGS, 2017).

Transição de Cuidados de Saúde

A Transição de Cuidados de Saúde “remete-se a qualquer momento que decorra da prestação de cuidados, onde se verifica a transferência de responsabilidade e de informação de cuidados entre prestadores” (DGS, 2017). Tem como finalidade dar continuidade e segurança aos cuidados de saúde, uma vez que ao longo do percurso do doente este poderá receber cuidados de diferentes profissionais de saúde, em diferentes ambientes e diferentes níveis de cuidados (Ministério da Saúde, Despacho n.º 9390/2021).

DESCRIÇÃO

1. COMUNICAÇÃO EM SAÚDE E A SUA IMPORTÂNCIA

É uma dimensão fundamental na área da saúde. A qualidade da comunicação reflete-se na proteção do doente e na obtenção de melhores resultados em saúde e motiva positivamente a mudança de comportamentos (Nunes, 2020).

O Profissional de Saúde desempenha um papel fundamental, é um promotor ativo e regulador da comunicação e enquanto fonte de informação deve conseguir:

- expressar-se usando uma linguagem acessível, assertiva, clara e positiva;
- promover o envolvimento;
- afirmar-se como um polo comunicativo dinâmico;
- disponibilizar informação simples, confiável e fidedigna.

(SNS, 2022)

A DGS (2017) refere que as falhas na comunicação são das principais causas de eventos adversos na saúde. Em Portugal, segundo um estudo de 2012, as falhas na comunicação em situações de transição são identificadas em 50% dos casos e observou-se que estas ocorreram pela inexistência de comunicação eficaz entre os profissionais de saúde. A nível internacional, cerca de 70% do total dos eventos adversos em saúde sucedem por falhas de comunicação entre os profissionais de saúde durante os momentos de transição, e estão relacionadas com omissões de informação, erros nas informações, falta de precisão e falta de priorização de atividades. Por ser uma problemática de grande relevância para a segurança dos doentes, esta foi objeto de análise no relatório Plano de Ação Global para a Segurança do Doente 2021-2030 (PAGSD) da OMS em 2019. Esse relatório procura eliminar os danos evitáveis nos cuidados de saúde com a visão de *“um mundo em que ninguém é prejudicado nos cuidados de saúde e que cada doente receba cuidados seguros, todas as vezes e em todo o lado”* (OMS, 2019, p.8), tendo como objetivo final a nível mundial, conseguir a maior redução possível dos danos evitáveis devido a cuidados de saúde inseguros (OMS; 2019). Através das orientações desse relatório internacional, foi definido em Portugal o Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026 (PNSD), que pretende *“Consolidar e promover a segurança na prestação de cuidados de saúde (...) sem negligenciar os princípios que sustentam a área de segurança do doente (...)”* (Ministério da Saúde, Despacho n.º 9390/2021). Da análise

do PNSD a comunicação em Saúde é um tema central, presente não apenas no pilar 3 específico sobre a comunicação, mas que influi para a cultura de segurança (pilar 1), liderança e governança (pilar 2), prevenção e gestão de incidentes de segurança (pilar 4) e práticas seguras em ambientes seguros (pilar 5).

2. COMUNICAÇÃO EFICAZ NA TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE

Os momentos de transição de cuidados são momentos de vulnerabilidade e criticidade para a segurança do doente, cuja complexidade envolve um maior risco de erro na transferência de informação, como no caso da transferência do doente para um nível de cuidados diferente. O processo de transferência é um aspeto fundamental no cuidado ao doente durante a prática clínica, de modo a assegurar a continuidade dos cuidados (Ghosh *et al.*, 2021). A transferência de cuidados é uma componente importante para a continuidade dos cuidados, mas também para o envolvimento do doente e a comunicação nas transições de cuidados melhoraram os resultados do cuidado ao doente, prevenindo a ocorrência de eventos adversos (Ghosh *et al.*, 2021).

Os enfermeiros desempenham um papel determinante no processo de transferência de cuidados. Durante este processo ocorre a transferência de responsabilidade e de cuidados, através da transmissão de informação específica sobre o doente, que é alcançada por meio de uma comunicação bem-sucedida (Ghosh *et al.*, 2021). Por sua vez, na ocorrência de uma comunicação imprecisa, o processo de transferência torna-se ineficaz e a comunicação surge como uma falha principal de sofrimento para o doente (Ghosh *et al.*, 2021).

2.1. Ferramenta padronizada para a Transição de Cuidados

A utilização de uma ferramenta padronizada pelos profissionais de saúde durante a transição de cuidados, permite uma abordagem estruturada da comunicação que ocorre entre os prestadores de cuidados de saúde, tendo em vista a transferência dos cuidados clínicos dos doentes, para diferentes níveis (Kitney *et al.*, 2020). A ferramenta ISBAR foi desenvolvida para aumentar a qualidade da transferência e proporcionalmente a segurança do doente (Müller *et al.*, 2018). A sua utilização permite uma abordagem estruturada da comunicação entre prestadores de cuidados de saúde, com o objetivo particular de transferir os cuidados clínicos dos doentes (Kitney *et al.* 2020). Contribui para a rápida tomada de decisões, promove o pensamento crítico, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS,

2017). A ferramenta ISBAR está recomendada por diversas organizações de saúde, pela sua fácil memorização pelos profissionais e pela possibilidade de replicação em diferentes contextos da prestação de cuidados, por ser uma estratégia de compreensão de mensagens, que recorre a uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações desses cuidados (DGS, 2017).

A utilização do ISBAR permite:

- Melhorar a sistematização da informação;
- Reduzir as lacunas de informação;
- Tornar o processo de transição de cuidados mais eficaz (mais estruturado e focado no essencial);
- Melhorar o processo de enfermagem;
- Assegurar a continuidade dos cuidados e melhora o nível de satisfação dos enfermeiros e dos doentes.

(Ventura-Silva *et al.*, 2023 citando Kaltoft *et al.* (2022), Figueiredo *et al.* (2020) & Ghosh *et al.* (2021)

3. A TRANSIÇÃO DE CUIDADOS DE SAÚDE DO DOENTE CIRÚRGICO

Com a crescente complexidade dos cuidados em saúde, por sua vez, o número de transições aumenta. Torna-se preponderante a implementação difusa de processos de transferência de cuidados, que sejam padronizados e fiáveis para garantir um ambiente de otimização da segurança dos doentes (Caruso, *et al.*, 2015). As recentes evidências científicas demonstram que os doentes cirúrgicos estão mais propensos à ocorrência de eventos adversos, quando comparados com outra população em contexto de cuidados agudos (Bonds, 2018).

O Bloco Operatório é um ambiente de elevada complexidade, grande exigência técnica, científica e humana, elevado stress, exigências individuais e de equipa e com maior probabilidade de ocorrência de erros. As falhas de comunicação levam a procedimentos inadequados, com consequências diretas para os doentes cirúrgicos e induzem graves problemas de adesão, levam à insatisfação dos doentes e à frustração dos profissionais de saúde, pelo que é importante identificar os fatores (organizacionais e individuais) que contribuem para essas falhas no ambiente perioperatório. Dos fatores que podem comprometer a comunicação na transição de cuidados, evidenciados pela evidência científica, e aplicáveis ao BO destacam-se:

- o elevado turnover de doentes, condicionando o tempo disponível para preparar a transferência antecipadamente;

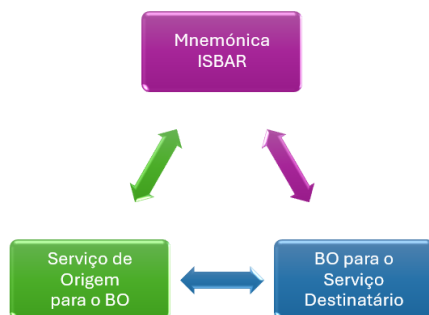
- a elevada carga de trabalho;
- a ausência de locais específicos para a ocorrência da transição de cuidados com redução do ruído e de interrupções;
- a resistência dos profissionais a mudanças;
- a ausência de padronização de ferramentas de apoio;
- a ausência de formação e treino das equipas de saúde;
- o baixo nível de compromisso da liderança para a problemática da comunicação em saúde e da transição de cuidados.

(Grant, *et al*, 2021; Ventura-Silva *et al.*, 2023)

Da análise do percurso do doente cirúrgico podem ser identificados 2 momentos de transição de cuidados (transferências) no BO:

- **1º Acolhimento no BO (Sign in):** transferência do Serviço de Origem do doente (SU, UCIP's ou serviços de internamento) para o BO.
- **2º Saída do BO (Handoff):** transferência do BO (SO/UCPA) para o Serviço de Destino do doente (UCIP's ou serviços de internamento).

Sendo ainda importante referir a ocorrência de transferência de cuidados, a nível interno no BO, quando ocorre a rendição de turno entre os enfermeiros (Handover) e a transferência da SO para a UCPA (Sign Out).



3.1. Ações Essenciais para a Transição de Cuidados Segura no BO

Preparação e utilização de uma ferramenta padronizada como o ISBAR são conceitos essenciais para a transição segura de cuidados no BO.

Foram criados 2 instrumentos de apoio à transição de cuidados para os enfermeiros perioperatórios no momento do acolhimento e da saída do doente no BO (Esquema 1 e Esquema 2).

Outras ações que os enfermeiros devem implementar para assegurar a segurança e a qualidade da informação na transição de cuidados são:

1. A transferência de informação entre profissionais de saúde deve ser prioritária em todos os momentos vulneráveis/críticos de transição de cuidados;
2. Os envolvidos no processo de transmissão de informação, na transição de cuidados, devem estar identificados de forma inequívoca (nome, categoria e função);
3. Definir previamente um conjunto de informação crítica a ser comunicada (presencialmente e por escrito);
4. Normalizar as ferramentas e métodos utilizados para comunicar com os destinatários (formulários / mnemónicas, entre outros);
5. Comunicar, preferencialmente, face a face, presencialmente ou tecnologicamente (sendo uma oportunidade para fazer perguntas);
6. No caso de informações provenientes de muitas fontes, reunir a informação e comunicá-la de uma só vez (evitar comunicar informações separadamente);
7. Certificar que o recetor recebe as informações mínimas transmitidas (feedback do processo);
8. Efetuar a transição de cuidados presencial num local designado, livre de ruídos e interrupções – “Zona de Silêncio”;
9. Ao efetuar a transição de cuidados incluir os membros da equipa, e ainda o doente e família /pessoa de referência, se apropriado;
10. Utilizar registos de saúde eletrónicos e outras tecnologias para adjuvar o processo de transmissão de informação.

(DGS, 2017; JCI,2017)

Como estratégias para otimizar os locais de transição de cuidados no BO

- Definir um espaço dedicado para a transferência, livre de interrupções não emergentes e distrações e afastado do fluxo de entrada e saída de profissionais/doentes;
- Dispor os equipamentos mais ruidosos (se possível) longe de locais de transição de cuidados;
- Silenciar ou reduzir o som (se possível) dos equipamentos mais ruidosos durante a transição de cuidados. Ou optar por um local com menor ruído;
- Evitar interrupções não essenciais durante o decorrer do processo de transição de cuidados;
- Formação dos profissionais de saúde para a importância do momento da transição de cuidados. (Dias, 2024; Grant *et al.*, 2021)

O ambiente onde decorre a transmissão da informação influencia a transição de cuidados pelo que respeitar o ambiente onde decorre a transmissão da informação é um dever de todos os profissionais de saúde.

4. CRITÉRIOS DE AVALIAÇÃO

Para avaliação da implementação e continuidade do processo da presente norma, considera-se o respeito pelo mencionado na Norma nº 001/2017 de 08/02/2017: “as instituições devem assegurar que: a) O respetivo plano anual de formação contemple formação específica para todos os profissionais envolvidos no processo de transferência de informação, que inclua a técnica ISBAR; b) O processo de transferência de informação é monitorizado através da execução de auditorias internas, nos termos do Despacho nº 2784/2013” (DGS, 2017, p.2).

Neste sentido, definem-se os seguintes critérios de avaliação para a Norma de Procedimento, Comunicação eficaz em enfermagem na transição de cuidados no BO: utilização da ferramenta padronizada – ISBAR:

INDICADOR	CRONOGRAMA	AVALIAÇÃO
Número de sessões de formação em serviço, sobre a importância da transição	Anual	Relatório da Formação em Serviço

segura de cuidados no contexto perioperatório		(n. de sessões realizadas sobre o tema)
Número de auditorias internas realizadas sobre a transferência de informação nas transições de cuidados no contexto perioperatório	Anual	Auditoria Interna
Taxa de adesão à ferramenta ISBAR no acolhimento do doente no BO (Sign In)	Anual	Auditoria Interna
Taxa de adesão à ferramenta ISBAR na saída do doente do BO (Handoff)	Anual	Auditoria Interna

Instrumento de Auditoria Interna à norma setorial - adaptação da grelha de auditoria prevista na Norma n.001/2017 (DGS, 2017):

Instrumento de Auditoria	
Norma de Procedimento XXXX, Comunicação eficaz em enfermagem na transição de cuidados no BO: utilização da ferramenta padronizada – ISBAR:	
Data:	
Local de Observação:	
Nome do Auditor:	
Momento de Transição de Cuidados	Acolhimento do Doente no BO (Sign In) ____ Saída do Doente do BO (Handoff) ____

Critérios	Sim	Não	N/A	Evidência/Fonte
É utilizada a ferramenta ISBAR no acolhimento do doente no BO (Sign In)?				
É utilizada a ferramenta ISBAR na saída do doente do BO (Handoff)?				
Subtotal				

Apêndice IV - Ação de Formação: Comunicação em Saúde e Transição
de Cuidados - ISBAR

Mestrado em Enfermagem na Área Médico-Cirúrgica na
Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória
2023/2024

Unidade Curricular: Estágio I

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde - ISBAR -

Mestranda: Susana Alcaparra Barrenho nº 118560
Orientador Estágio: En^º Especialista Daniel [REDACTED]
Orientador Pedagógico: En^º Especialista Tânia Soares

1

Objetivos



1. Objetivo Geral:

- Identificar a importância da Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

1.1 Objetivos Específicos:

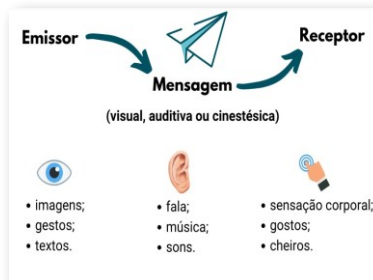
- Identificar os requisitos e os obstáculos para uma comunicação eficaz;
- Conhecer as orientações sobre a transição de cuidados segura e a ferramenta ISBAR;
- Apresentar o Guião de Orientação para a Transição de Cuidados entre o Bloco Operatório e o Serviço de Origem (vice-versa).

2

O que é a Comunicação?

“A comunicação é o processo de criação e de recriação de informação, de troca, de partilha e de colocar em comum sentimentos e emoções entre pessoas... transmite-se de maneira consciente ou inconsciente pelo comportamento verbal e não verbal, e de modo mais global, pela maneira de agir dos intervenientes”.

Phaneuf (2005, p.23)



3

O que é a Comunicação em Saúde e qual a sua importância

A **Comunicação em Saúde** é uma ciência dotada de evidência, teorias e modelos, que se aplicam à comunicação em contexto de saúde. É também uma área de investigação, de teoria e de prática, influenciada por diversas áreas da ciência (comunicação, saúde, comportamental, sociais, entre outras).

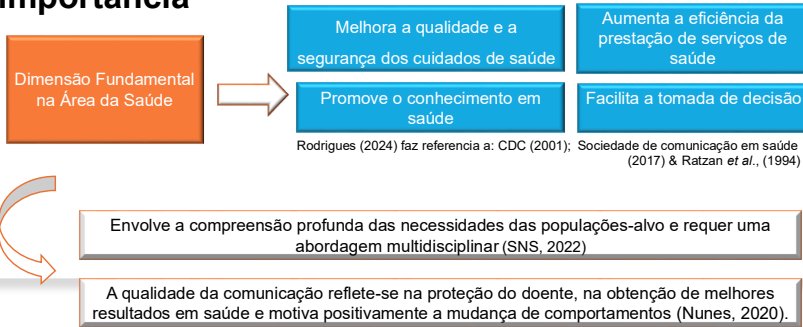
(Rodrigues, 2024)



São **fatores** que vão influenciar o **impacto da efetividade e eficiência** da transmissão e receção da informação, consequentemente, com **impacto na segurança do doente**. (SNS, 2023)

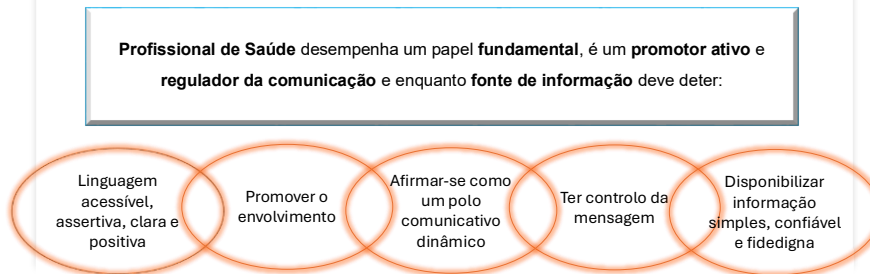
4

O que é a Comunicação em Saúde e qual a sua importância



5

O que é a Comunicação em Saúde e qual a sua importância



SNS (2022)

6

Porque falamos de Comunicação em Saúde?

7

Eventos Adversos e a Comunicação em Saúde



(DGS, 2017; SNS 2022)

8

A OMS partilha a visão de...



“Um mundo em que ninguém seja prejudicado nos cuidados de saúde e todos as pessoas recebam cuidados seguros e respeitosos, sempre e em qualquer lugar”.

(OMS, 2004)

9



NQC 001/2017
Comunicação Eficaz na Transição
de Cuidados de Saúde



PNSD 2021-2026

Pilar 3.
Comunicação



Global Patient Safety
Action Plan 2021-2030

Meta 2.
Melhorar a eficácia da
comunicação

10

PNSD – Pilar 3. Comunicação

*“Sendo a comunicação um dos pilares que sustentam a segurança do doente, as instituições e os profissionais de saúde, neste caso em particular, os enfermeiros devem **adotar estratégias** que tenham em vista **otimizar essa comunicação, garantir a segurança** no processo de transição de cuidados e **adequar a comunicação** da informação clínica ao doente, familiar e cuidador”.*

(Despacho n.º 9390/2021)

11

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde



TRANSIÇÃO DE CUIDADOS: qualquer momento que decorra da prestação de cuidados, em que se verifica a transferência de responsabilidade/informação entre os prestadores, com o objetivo de dar continuidade e segurança aos mesmos, entre os diferentes níveis de cuidados das instituições de saúde.



São momentos de complexidade, vulnerabilidade e criticidade para a segurança do doente. Que por sua vez, acarretam um maior risco para a ocorrência de erros na transferência de informação.

(DGS, 2017) 12

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

"Comunicação Eficaz em Saúde entre os profissionais, é caracterizada por ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e deve garantir-se que é compreendida pelo recetor. Uma das estratégias que garante a eficácia da comunicação é a utilização de uma ferramenta que promova a uniformização da mesma. Deve ser implementada de forma ativa". (DGS, 2017, p.4)

Na ocorrência de uma **comunicação imprecisa**, o **processo de transferência torna-se ineficaz** e a **comunicação surge como uma falha principal de sofrimento para o doente** (Ghosh *et al.*, 2021).

13

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

"A comunicação efetiva é essencial ao longo de todo o ciclo de cuidados, com particular destaque para os momentos de transição de cuidados, da transferência de responsabilidade ou da passagem de informação entre todos os profissionais envolvidos na prestação de cuidados de saúde."

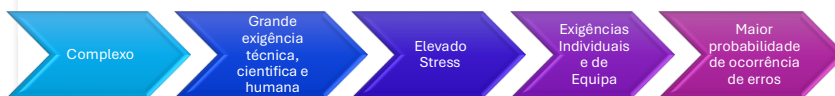
(Despacho n.º 9390/2021)



14

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde no BO

O Bloco Operatório (BO) é uma Unidade orgânicofuncional constituída por um conjunto integrado de meios humanos, físicos e técnicos destinada à prestação de tratamento cirúrgico ou realização de exames que requeiram elevado nível de assepsia e, em geral, anestesia. (DGS, 2015).



15

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde no BO

A equipa cirúrgica é um grupo de pessoas altamente treinadas, que se reúnem para realizar uma tarefa específica, potencialmente arriscada, a qual **requer um nível máximo de interação** e de **responsabilidade partilhada** entre os seus membros". (Fragata, 2010)

Todos os elementos da equipa têm de comunicar entre si

Para a prestação de cuidados de saúde á pessoa em situação perioperatória é necessário **comunicar** → é uma **componente essencial** (entre a equipa da SO, entre a equipa da UCPA, serviço de origem e de destino, Serviço de sangue, laboratório, imagiologia)

16

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde qual a sua Importância no BO

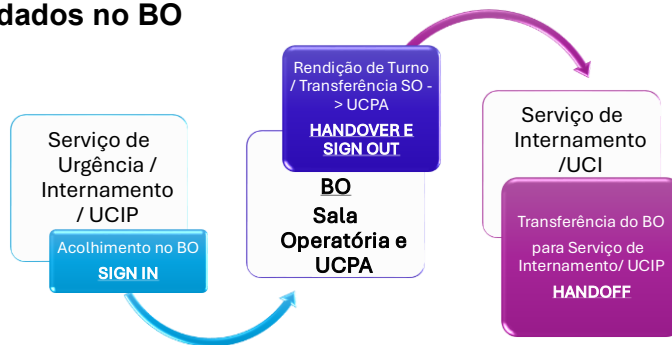
Na área da **saúde** a **comunicação eficaz** entre os **profissionais** e o **envolvimento de todos** é **fundamental** para a **identificação de problemas** e **soluções** e para aumentar a probabilidade de sucesso na obtenção dos objetivos definidos.

As **falhas de comunicação** levam a **procedimentos inadequados**, induzem graves problemas de adesão, levam à insatisfação dos doentes e à frustração dos profissionais de saúde, pelo que é importante encontrar quais os fatores (organizacionais e individuais) que contribuem para estas mesmas falhas, principalmente, num ambiente como o Bloco Operatório.

(Dias, 2024)

17

Transição de Cuidados - Locais de Transição de Cuidados no BO



(Dias, 2024)

18

Desafio: Que fatores podem condicionar a Transição de Cuidados nestes locais?

Transfer

UCPA

Sala
Operatória

19

Fatores que condicionam a Transição de Cuidados nestes locais: Transfer Sala Operatória UCPA

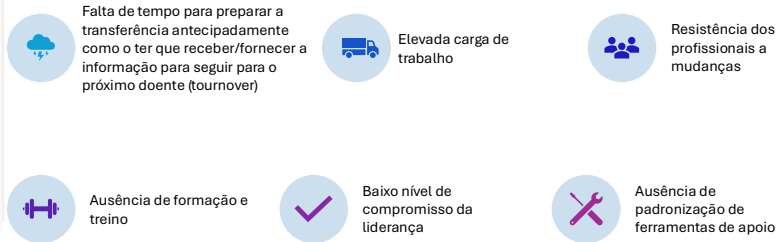
A Evidência diz-nos:

- Demasiado ruído;
- Disposição de equipamentos (o posicionamento de equipamentos emissores de ruído interferem na otimização da comunicação no BO);
- Não existir um espaço dedicado para a transferência, livre de interrupções não emergentes e distrações;
- Não existir tempo necessário para a transferência;
- Interrupções não essenciais durante o decorrer do processo de transição de cuidados;

(Grant *et al.*, 2021)

20

Fatores que condicionam a Transição de Cuidados nestes locais: **Transfer** **Sala Operatória** **UCPA**



(Ventura-Silva *et al*;2023) ²¹

Ações essenciais para a Transição de Cuidados Segura

1. Determinar um conjunto de informação crítica a ser comunicada (presencialmente e por escrito);
2. Normalizar as ferramentas e métodos utilizados para comunicar com os destinatários (formulários / mnemónicas, entre outros);
3. Comunicar preferencialmente face a face, presencialmente ou tecnologicamente (oportunidade para fazer perguntas);
4. No caso de informações provenientes de muitas fontes, combine e comunique todas de uma só vez (evitar comunicar informações separadamente);
5. Certificar que o recetor recebe as informações mínimas;
6. No handover / sign out – handoff efetuar a transição de cuidados cara a cara num local designado, livre de ruídos e interrupções – “Zona de Silêncio”;
7. Ao efetuar a transição de cuidados inclua todos os membros da equipa, e ainda o doente e família / pessoa de referencia, se for apropriado.
8. Utilizar registos de saúde eletrónicos e outras tecnologias.

(JCI,2017) ⁽²²⁾

Ações essenciais para a Transição de Cuidados Segura

A crescente complexidade dos cuidados em saúde incrementa o número de transições. Torna-se preponderante a implementação difusa de processos de transferência de cuidados, que sejam padronizados e fiáveis para garantir um ambiente otimizado para a segurança dos doentes.

(Caruso *et al.*, 2015)



23

ISBAR



Ferramenta de padronização de comunicação em saúde que é reconhecida por **promover a segurança do doente em situações de transição de cuidados.**

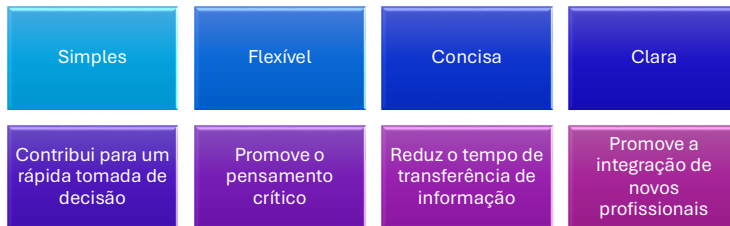
(DGS,2017)

Abordagem **estruturada** da comunicação que ocorre entre os prestadores de cuidados de saúde, tendo em vista a transferência dos cuidados clínicos dos doentes, para diferentes níveis

(Kitney *et al.*, (2020)

24

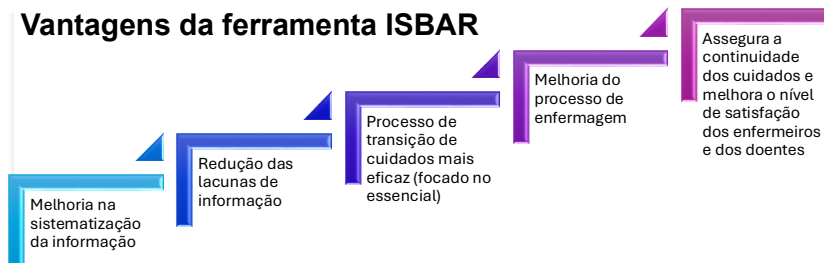
Vantagens da ferramenta ISBAR



(DGS, 2017)

25

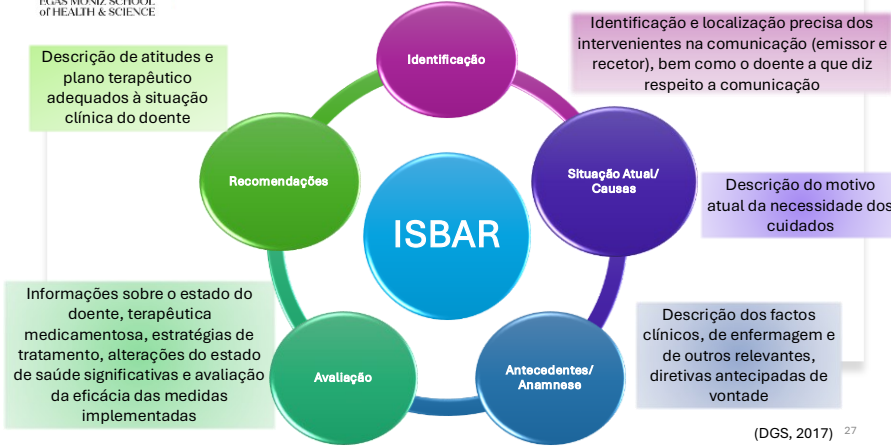
Vantagens da ferramenta ISBAR



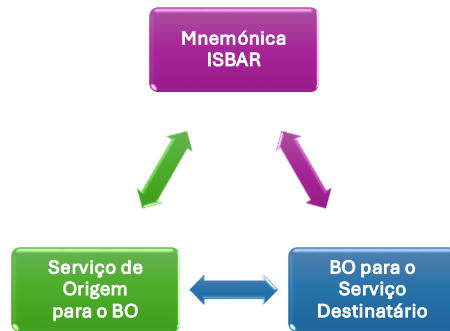
(Ventura-Silva *et al.*, 2023, que mencionam Kaltoft *et al.* (2022), Figueredo *et al.* (2020) & Gosh *et al.* (2021)

26

Mnemónica ISBAR



Ferramenta ISBAR no BO



Mnemónica ISBAR – Serviço de Origem para o BO



- Nome completo, data de nascimento, nº processo do doente, presença de pulseira de identificação
- Nome e função dos profissionais de saúde: emissor e recetor
- Serviço de Origem e Serviço de Destino após a cirurgia
- Identificação da pessoa significativa / cuidador informal



- Data e hora de admissão
- Diagnóstico clínico e cirurgia proposta
- Consentimento operatório assinado
- Marcação do local cirúrgico
- MCDT's realizados
- Necessidade de precauções de Isolamento (contacto, via aérea, gotícula)
- Validação do cumprimento das rotinas pré operatórias (jejum, glicémia, banho préoperatório, medicação realizada, remoção próteses dentárias/ortóteses, meias de contenção, acesso venoso, rastreio SAR's)
- Terapêutica profilática realizada no préoperatório (pré-anestésica, descolonização, prevenção do tromboembolismo).
- Tipagem/reserva de componentes sanguíneos

Mnemónica ISBAR – Serviço de Origem para o BO



- Alergias conhecidas (presença de pulseira em caso positivo)
- Antecedentes clínicos (HTA, DM, etc)
- Antecedentes cirúrgicos relevantes
- Hábitos relevantes / consumos
- Níveis de risco e dependência identificados
- Diretivas antecipadas de vontade (DAV)
- Terapêutica de ambulatório
- Alterações de estado de saúde significativas



- Estado de saúde do doente
- Presença de Dispositivos Invasivos e níveis (SNG, CVC, drenos, PIC, TOT, LA, ...)



- Plano de Continuidade de Cuidados
- Orientação para informação a familiares

Mnemónica ISBAR – Do BO para o Serviço Destinatário



- Nome completo, data de nascimento, nº processo do doente, presença de pulseira
- Nome e função dos profissionais de saúde: emissor e recetor
- Serviço de Destino após a cirurgia
- Identificação da pessoa significativa / cuidador informal



- Cirurgia realizada
- Procedimento anestésico realizado
- Complicações cirúrgicas e anestésicas
- Necessidade de precauções de isolamento (contacto, via aérea, gotícula)
- Terapêutica/análises intraoperatórias
- Perdas hemáticas estimadas
- Alterações hemodinâmicas

Mnemónica ISBAR – Do BO para o Serviço Destinatário



- Alergias conhecidas (presença de pulseira em caso positivo)
- Antecedentes clínicos (HTA, DM, etc) e cirúrgicos
- Hábitos relevantes / consumos
- Níveis de risco e dependência identificados
- Diretivas antecipadas de vontade (DAV)



- Estado e monitorização hemodinâmica do doente
- Presença de Dispositivos Invasivos níveis e características (SNG, CVC, PIC, PICO, TOT, LA, ...)
- Integridade cutânea do doente
- Localização de ferida (s) operatória (s), pensos e drenagens



- Plano de Continuidade de Cuidados
- Recomendações de posicionamentos, de drenagens, prescrição de MCDT's ou análises, outras indicações para o pós-operatório imediato/alta
- Orientação para informação a familiares

Estratégias para Otimizar os Locais de Transição de Cuidados no BO



33

Estratégias para Otimizar os Locais de Transição de Cuidados no BO



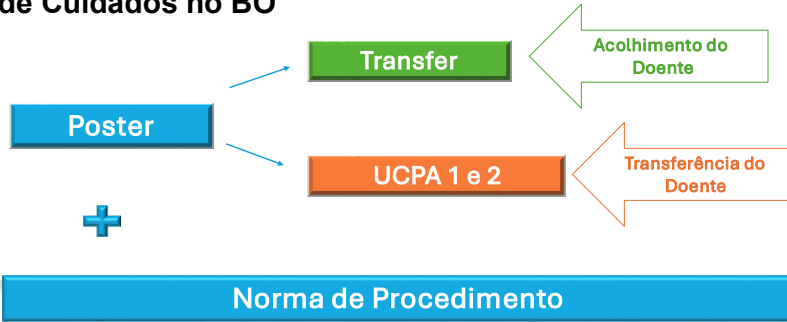
A evidência diz-nos:

- Definir um espaço dedicado para a transferência, livre de interrupções não emergentes e distrações e afastado do fluxo de entrada e saída de profissionais/doentes;
- Dispor os equipamentos mais ruidosos (se possível) longe de locais de transição de cuidados;
- Silenciar ou reduzir o som (se possível) dos equipamentos mais ruidosos durante a transição de cuidados. Ou optar por um local com menor ruído;
- Evitar interrupções não essenciais durante o decorrer do processo de transição de cuidados;
- Formação dos profissionais de saúde para a importância do momento da transição de cuidados.

(Dias, 2024; Grant *et al.*, 2021)

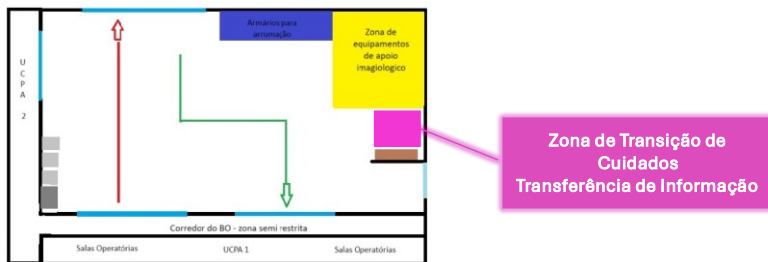
34

Estratégias para Otimizar os Locais de Transição de Cuidados no BO



35

Sugestão para otimizar os locais de transição de cuidados no BO - Transfer



36

Estratégias para otimizar os locais de transição de cuidados no BO - **Transfer**

Zona de Transição de Cuidados
Transferência de Informação

A evidência diz-nos:

Ao identificar o momento de **Sing In** e **Handoff** o emissor, o recetor e outros membros da equipa de cuidados identificam, consciente e inconscientemente, que a comunicação de transferência está em curso e acabam por reconhecer a sua importância.

(Grant *et al.*, 2021)

37

Não esquecer que:

- ✓ O ambiente onde decorre a transmissão da informação influencia a transição de cuidados
- ✓ Respeitar o ambiente onde decorre a transmissão da informação é um dever de todos os profissionais.
- ✓ A transição de cuidados deve decorrer numa "Zona de Silêncio", sem ruídos ou interrupções
(Dias, 2024)
- ✓ Para Fragata (2010) a Comunicação é o "fluido vital" do BO

38

Conclusão

- ✓ O ISBAR é uma ferramenta que fornece orientações para a Transição de Cuidados e encontra-se recomendada pela DGS, como uma das estratégias a ser usada para garantir a eficácia da comunicação;
- ✓ O ISBAR deve ser tido como prioritário e sempre que possível incluir o doente e a sua família/ pessoa de referência;
- ✓ A mais recente evidência científica demonstra que a transição de cuidados estruturada e a uniformização de práticas, reduz os erros de comunicação entre os profissionais e as organizações de serviços de saúde, melhora a segurança e os cuidados do doente e diminui os efeitos adversos e a taxa de morbimortalidade.

40

Conclusão

- ✓ A Comunicação e a Segurança em Saúde são duas das preocupações internacionais para garantir a prestação de cuidados de saúde seguros à população;
- ✓ A Transição de Cuidados é uma prática comum no dia-a-dia dos enfermeiros, desenvolve-se em diversos momentos da prestação de cuidados do doente, entre os profissionais de saúde e é um momento de provável ocorrência de erros de comunicação;
- ✓ A Comunicação Eficaz entre os profissionais de saúde é a transmissão de informação no tempo certo, com informação precisa, complexa, clara, sem ambiguidades e corretamente apreendida pelo recetor;

39

Referências Bibliográficas

- Barroso, F., Sales, L., & Ramos, S. (2021) Guia Prático para a Segurança do Doente (1ªed.). Lidel.
- Caruso, T.J., Marquez, J. I., Wu, D.S., Shaffer, J. A., Balise, R. R., Groom, M., Leong, K., Mariano, K., Honkanen, A. & Sharek, P.J. (2015) Implementation of a Standardized Postanesthesia Care Handoff Increases Information Transfer Without Increasing Handoff Duration. *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*. V 41:1, 35-42. Implementation of a Standardized Postanesthesia Care Handoff Increases I...2.pdf(Review) - Adobe cloud storage
- Despacho n.º 9390/2021, de 24 de setembro de 2021. Diário da República, 2.ª série – N.º 187. 0009600103.pdf (diariodarepublica.pt) – Plano Nacional da Segurança do doente 2021-2026
- Dias, D. (2024). Comunicação em contexto perioperatório. Recursos didáticos da UC Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória do Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Egas Moniz School of Health and Science.
- Direção Geral de Saúde (2017). Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – Norma N°001/2017. Disponível em: <https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
- Ghosh, S., Ramamoorthy, L & Pottakat, B. (2021). Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *Journal of Patient Experience*. DOI: 10.1177/2374373521997733
- Fragata, J. (2010). Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, Vol. 10, n.º 3, p. 17-26

42

Referências Bibliográficas

- Grant, L. C., Nicholson, P. F., Davidson, B. & Manias, E. (2021) Can you hear me? Barriers to and facilitators of communication in the presence of noise in the operating room. *Journal of Perioperative Nursing*. (34):2, 26-33. <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1132>
- Kitley, P., Tam, R., Bramley, D., Simons, K. (2020). Handover using ISBAR principles in two perioperative sites – A quality improvement project. *Journal of Perioperative Nursing*, Vol. 33. Disponível em: <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1094>
- Nunes, J. M. (2020) Comunicação em Saúde [Comunicação Oral]. APDIS. XIV Jornadas APDIS – BE OPEN: Inspirar, Capacitar, Investigar, Inovar & Partilhar, Portugal
- Organização Mundial de Saúde. (2019). Global patient safety action plan. *Global Patient Safety Action Plan 2021-2030* (who.int). Consultado a 17/06/2024
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência
- Rodrigues, P. (2024). *O que é a Comunicação em Saúde*. Health Words. Consultado a 12/Julho/2024
- Santos, M.C., Grilo, A., Andrade, G., Guimarães, T. & Gomes, A. (2010). Comunicação em saúde e a segurança do doente: problemas e desafio. *Elsevier – Revista Portuguesa de Saúde Pública*, v 10, 47-57.
- Serviço Nacional de Saúde. (2022). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 – Guia de Comunicação em Saúde, Boas Práticas. Consultado a 10/07/2024

43

Apêndice V – Questionário aplicado à Ação de Formação

ISBAR

Questionário sobre a Formação Comunicação Eficaz e Transição de Cuidados de Saúde - Ferramenta ISBAR

Inicie sessão no Google para guardar o seu progresso. [Saiba mais](#)

* Indica uma pergunta obrigatória

Já ouviu falar do ISBAR? *

- Sim
- Não

Como considera o seu nível de * conhecimento prévio sobre a ferramenta ISBAR?

- Nenhum
- Pouco
- Adequado
- Bom
- Muito Bom

Qual a importância da utilização da ferramenta ISBAR para a segurança do doente? *

- Nada importante
- Pouco importante
- Importante
- Muito Importante
- Extremamente Importante

Qual o seu nível de conhecimento após esta formação sobre a ferramenta ISBAR? *

- Nenhum
- Pouco
- Adequado
- Bom
- Muito Bom

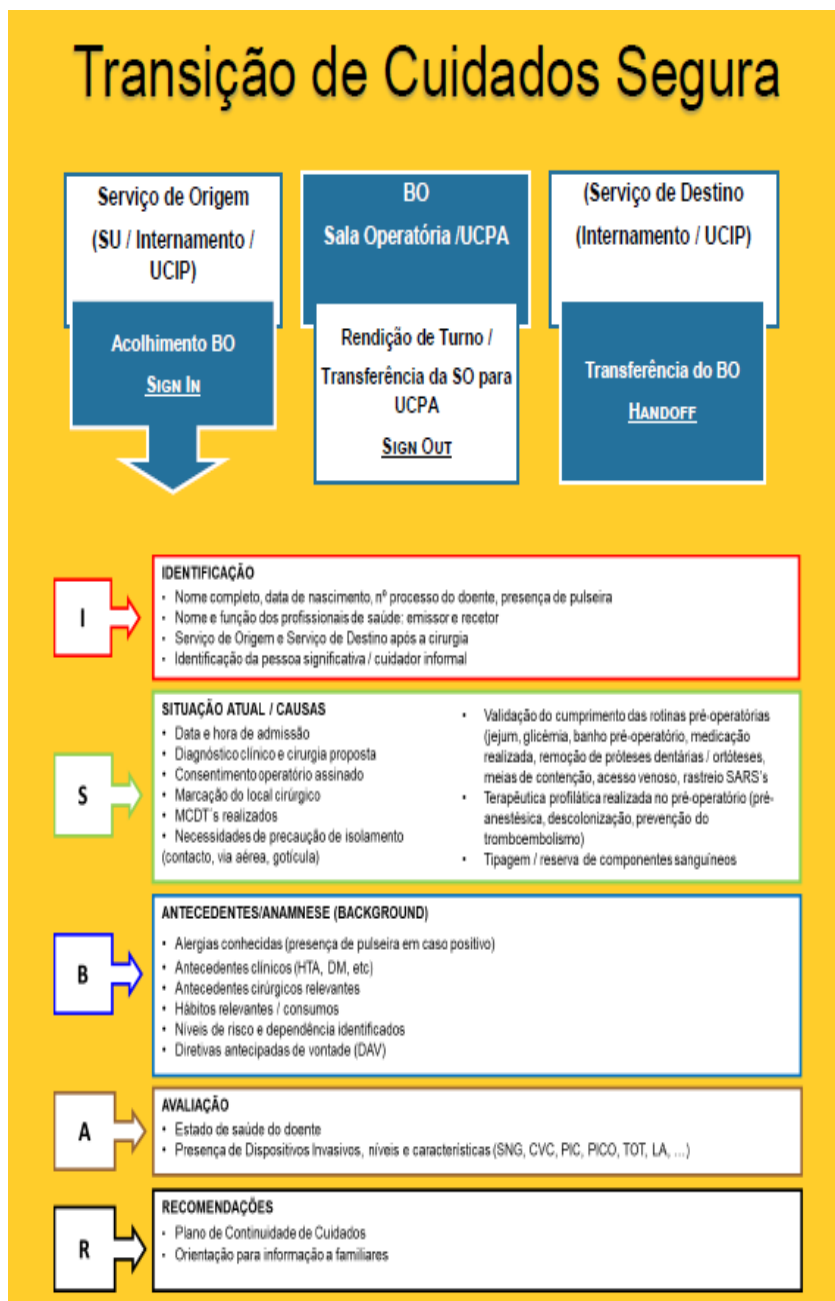
Sente-se preparado para utilizar a ferramenta ISBAR na sua prática profissional? *

- Nada Preparado
- Pouco Preparado
- Preparado
- Muito Preparado
- Totalmente Preparado

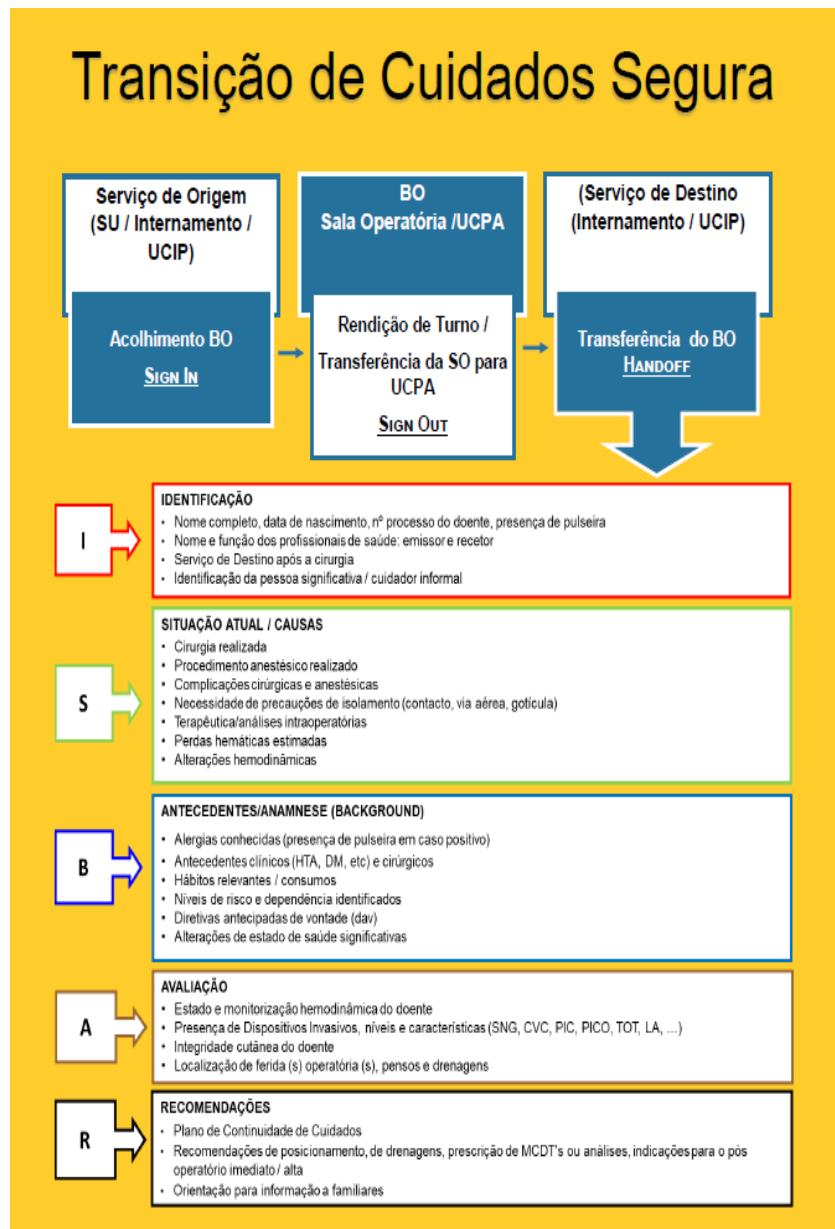
Enviar

Limpar formulário

Apêndice VI – Posters Transição de Cuidados no BO

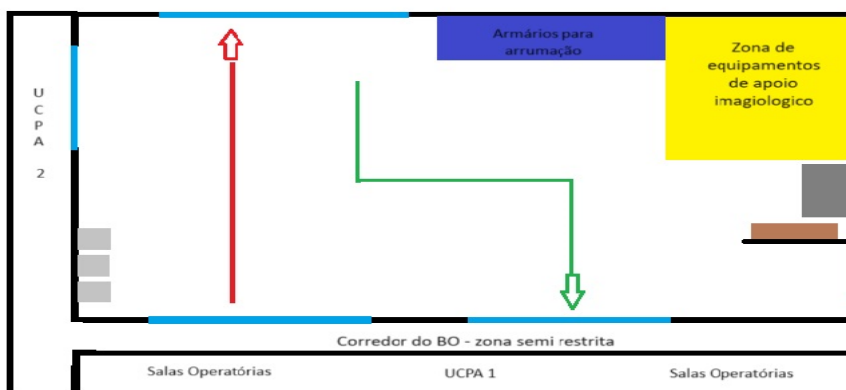


Poster II – Transição de Cuidados Segura na Transferência da PSP do BO para o serviço de origem / outro destino

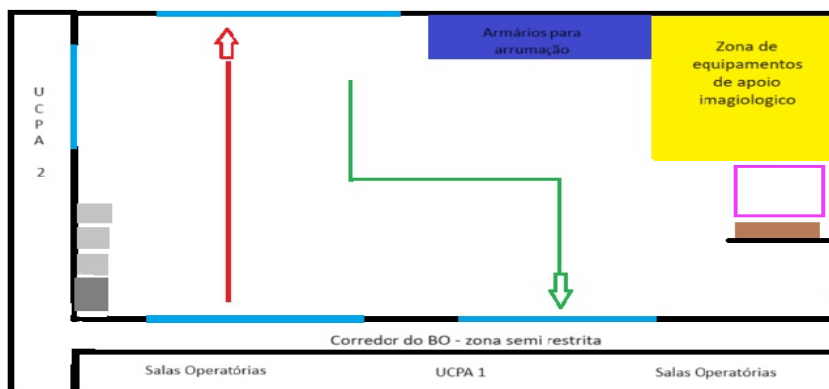


Apêndice VII –Sugestão de Reorganização do Espaço “transfer” para
uma Transição de Cuidados Segura (layout)

Planta atual, do local de transferência de utentes/ receção de materiais / zona de arrumação de material e equipamento imagiológico:



Proposta de modificação da localização de alguns materiais de apoio, com criação de uma zona de Transição de Cuidados Segura:



Legenda:

- Portas: de acesso ao transfer / da UCPA - Transfer / do Transfer para o BO
- Circuito de Entrada do paciente no BO
- Circuito de Saída do paciente do BO
- Zona de apoio de secretariado (janela)
- Zona com material de desinfeção e EPI's
- Computador e Telefone
- Zona de resíduos (lixos e roupa)
- Zona de Transição de Cuidados

Apêndice VIII – Scoping Review: “Nursing Handover Communication
Technique in the OR: a Scoping Review”

Nursing Handover, Communication technique in the OR: a scoping review

Alcaparra, Susana¹ Dias, Daniela² and Soares, Tânia³

1. Master's student in the 1st year of the Medical-Surgical Nursing program, specializing in Perioperative Nursing, at Egas Moniz School of Health and Science. ORCID: 0009-0007-3542-8401, Portugal.; 2. Assistant Professor at Egas Moniz School of Health, Master's Degree Nurse and Specialist in Medical-Surgical Nursing. ORCID: 0009-0004-0174-2978, Portugal.; 3. Assistant Professor at Egas Moniz School of Health, Master's Degree Nurse and Specialist in Medical-Surgical Nursing. ORCID: 0000-0002-7993-1267, Portugal.

Abstract

Objective: This Scoping Review (ScR) aims to map the current scientific evidence on the communication methods used by nurses to share information in the operating room (OR).

Introduction: At the beginning of the 20th century, warnings were issued worldwide about regarding the rising incidence of adverse events (AEs) in healthcare. One of the main causes of AEs in the OR is ineffective communication when information is being transmitted. In Portugal, the number of surgeries increase by 13.3% in 2022 compared to the previous year. To mitigate the incidence of AEs, the World Health Organization (WHO) developed the Global Patient Safety Action Plan 2021–2030 (GPSAP). The Literature highlights that using a standardized instrument minimizes communication failures, the omission of information, and disorganized data transmission. It also reduces AEs while promoting safe care. The perioperative nurse plays a crucial role in the surgical process, taking account the vulnerability and criticality of surgical patients during care transitions.

Inclusion Criteria: The “PCC” mnemonic was used to formulate the inclusion criteria: Population – Nurses; Concept – Communication in Care Transitions; Context – Operating Room. All care transitions between operating room nurses were included.

Method: A scoping review (ScR) was conducted in accordance with the Joanna Briggs Institute (JBI) guidelines. The review included qualitative, quantitative, or mixed-method studies, as well as literature reviews published in the following databases: CINAHL,

Formatada: Normal

Nursing & Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatina, Medline, PubMed, ScienceDirect, and Scopus. The search was conducted between October and November 2024, covering the period from 2019 to 2024. Only full-text articles in Portuguese and English were included. Two independent reviewers conducted the selection, data extraction, and analysis, using the PRISMA flowchart for the study selection process.

Results: The evidence shows that nurses benefit in multiple ways from a standardized communication method. The main benefits include improved quality of care and safety for those involved.

Conclusion: Using standardized tools, such as checklists, mnemonics, and protocols, significantly assists and improves the process of information transfer in the OR. Therefore, their use is highly recommended in this context.

Keywords: Nurse; Handover; Operating Room; Communication.

Introduction

In recent decades, there has been a global alert regarding the high number of incidents resulting from errors in healthcare. In the United States, for example, it is estimated that such errors are responsible for around 98,000 deaths each year [1].

One of the main causes of this issue is communication failures, accounting for around 70% of all reported incidents internationally [2]. A 2012 study in Portugal revealed that effective communication was lacking in around 50% of the observed cases [2].

The literature shows that healthcare professionals face challenges in communicating effectively, which has a negatively impacts on patient safety [3].

The effective communication is essential for providing high quality care and protection individuals in vulnerable situations who requiring healthcare [4]. In light of scale of the issue, the World Health Organization (WHO) developed a strategy to minimize healthcare errors and enhance the efficiency of communication processes to optimize patient safety [5]. Through the Global Patient Safety Action Plan (GPSAP) 2021–2030, protocols, policies, and standards were disseminated to promote better health practices [6], improve critical communication among professionals, and ensure safe care delivery [6,7]. In Portugal, the National Patient Safety Plan (NPSP) 2021–2026 was developed [8].

Communication is considered a priority in both internationally (Goal 2) and nationally (Pillar 3) patient safety plans [6,8]. Effective communication contributes to a safety culture, leadership and governance, the prevention and management of safety incidents, and the promotion of safe practices in secure environments [7].

To mitigate this issue, key measures include the development of training programs on interprofessional communication, the implementation of structured protocols, and the standardization of patient information transfer processes [3]. It is also essential that organizational management is integrated into this process and participates actively to ensure the strategies adopted are effective [3].

The handover (HO), also referred to as care transition or transfer of care, is part of this issue and becoming increasingly relevant due to the challenges and complexity identified in healthcare. This review aims to explore the literature on HO in the operating room (OR).

These are crucial moments for transferring information about patients between healthcare professionals while care is being provided [2]. They represent a vulnerable and critical situation for patient safety, but also an opportunity to detect and correct

errors. The main goal is to promote continuity and safety in care [9].

Throughout the patient's journey, several healthcare professionals at different levels of care are typically involved. This complexity increases the risk of errors when information transferred [9,10,11].

The OR is a highly specialized and complex environment dedicated to performing surgical-anesthetic procedures for various purposes [12,13]. It is characterized by highly technical, scientific, and individual demands for care delivery [14], and it is subject to increasing levels of stress, which can lead to a higher incidence of errors [14,15,16].

According to recent WHO data, 14.4% of surgical patients suffered harm, of which 5.2% were potentially preventable [17].

Around 7 million surgical patients worldwide experience significant harm, each year, and 1 million die during or immediately after surgery [17]. According to INE data from 2024, more than 1.2 million surgeries were performed in Portuguese hospitals in 2022, making a 13.3% increase from the previous year [18].

It is important to understand that there are multiple handover moments between professionals and across different levels of care. Handover moments occur when the patient is received into the OR for surgery, when they are transferred from the

operating room to the post-anesthesia care unit (PACU), and when they are transferred from the PACU to inpatient wards or intensive care units (ICU). Additionally, handover also takes place between professionals during shifts in the intraoperative or PACU settings.

As healthcare becomes more complex, the number of transitions increases, making it essential to implement standardized and reliable handover processes to ensure a safe environment for patients [16]. Recent scientific evidence shows that surgical patients are more prone to adverse events compared to other acute care populations, with communication failures being one of the contributing factors [19]. In light of this, it is crucial to identify the organizational and individual factors that can result in communication breakdowns in the perioperative environment, potentially impacting handovers in the OR [15,16,20]. These factors include:

- High patient turnover (limits preparation time for transfers);
- Heavy workload;
- Lack of designated spaces for handovers that minimize noise and interruptions;
- Resistance to change among professionals;
- Lack of standardized support tools;

- Lack of team training and education;
- Low leadership commitment to communication and care transition issues [15,16,20].

The AORN and EORNA guidelines align with WHO recommendations [20,21], emphasizing the importance of effective communication for ensuring continuity of care [2]. Adoption of a standardized communication method is recommended, as it significantly reduces errors and post-anesthesia complications [20–23].

A preliminary search conducted in EBSCOhost and PubMed found no current scoping or systematic reviews on this topic. Given the importance of this topic for the quality of perioperative nursing care and the safety of surgical patients, there is a clearly need for this scoping review. The review's main objective is to identify scientific evidence on communication methods used by nurses in the OR, during care transitions. Ensuring the safety of surgical patients is a fundamental principle and a core responsibility of perioperative nurses [24]. These healthcare professionals, occupying a natural leadership position that enables them to improve handover practices in the perioperative setting, thereby promote better care and patient safety [22].

1. Research Question

"What are the communication methods used during care transitions, between nurses in the operating room (OR)?"

1.1 Inclusion Criteria

To formulate the inclusion criteria, the "PCC" framework was used, as it best fits the research question, following the guidelines proposed by the Joanna Briggs Institute (JBI) for scoping reviews [25].

Population	Nurse
Concept	Communication in Care Transitions
Context	Operating Room

1.1.1 Eligibility Criteria

Participants: All studies focusing on handover between operating room nurses were included. The nurse is a healthcare professional who has a nursing degree and is legally and professionally recognized as having the human, technical, and scientific competencies required to provide nursing care [26]. For this review, all nurses, including both generalists and specialists, were included, regardless of their age or professional experience.

Concept: All studies investigating communication during the transition of care in the operating room will be considered. Communication refers to all the ways in which messages are conveyed (verbal/non-verbal) [27]. Our aim is to identify the communication methods used during care transitions, as these are crucial moments for ensuring continuity and safety in the care provided to patients. Care transitions are also considered challenging and complex [28] due their contemporary, interactive nature, which makes them highly vulnerable to safety failures [29,30].

Context: This review considered all studies conducted in the operating room (OR), focusing specifically on intraoperative handovers and transitions from the OR to the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) during the postoperative phase. The intraoperative period begins when the patient arrives in the OR and concludes with their transfer to the PACU [31]. This phase takes place in a highly specialized and complex environment, where the effectiveness of communication during handovers can be affected by numerous factors [29]. The postoperative period is considered critical, covering the immediate post-anesthesia care provided in the PACU. This period concludes once the patient has

fully recovered from the surgical and anesthetic procedures [31].

1.2 Sources of Information

This analysis considered articles reporting on experimental and quasi-experimental studies, including randomized controlled trials, non-randomized controlled trials, and analytical observational studies such as prospective and retrospective cohort studies, case-control studies, and analytical cross-sectional studies. Qualitative studies and systematic reviews that met the inclusion criteria were also included. Additionally, relevant text and opinion articles were considered for this review.

2. Methodology

A scoping review (ScR) was chosen as the methodological approach for this investigative study, as it enables evidence to be synthesized with the aim of mapping the breadth and scope of existing literature on a given topic [32]. This type of review provides a comprehensive overview, facilitating the identification of available evidence types as well as gaps in current research. Furthermore, it provides a basis for developing clinical practice guidelines and reformulating healthcare policies [32].

The methodology adopted was based on the guidance provided by the Joanna Briggs Institute (JBI) guidance for conducting scoping reviews [25].

2.1 Search Strategy

The search was conducted in three distinct phases. Firstly, a preliminary search was performed on the EBSCOhost and PubMed platforms, to identify articles related to the topic. The titles and abstracts of the most relevant articles were analyzed to identify commonly used terms and gain a better understanding of the terminology associated with the subject. In the second phase, the selected descriptors (*nurse*, *handover*, *handoff*, *operating rooms*, and *communication*) were validated using the Health Sciences Descriptors (DeCS) and Medical Subject Headings (MeSH). A Boolean search equation was then constructed to address the predefined research question and adapted to the specific syntax of each database or information source.

The Boolean operators "AND" and "OR" were used to structure the following search string:

"nurse AND (handover OR handoff) AND operating rooms AND communication."

The search was subsequently carried out in the following databases: The EBSCOhost platform (including CINAHL, Nursing &

Allied Health Collection, Cochrane, MedicLatina, and Medline), PubMed, ScienceDirect, and Scopus.

In the final phase, the articles identified in the second stage were reviewed to extract any additional relevant information. The reference lists of all the included sources of evidence were also manually screened to identify any additional eligible studies.

Only studies published in Portuguese or English were considered, as these are the primary languages of proficiency among the authors. The publication date range was limited to 2019–2024, to ensure the inclusion of the most up-to-date evidence available from the past five years.

2.2 Study Selection

Following the database search, all retrieved articles were exported to the RAYYAN web-based application [33], which made it easier to identify and remove duplicates. This process resulted in a total of 69 articles eligible for screening.

Two researchers independently reviewed these 69 articles, conducting the screening based on title, abstract, exclusion criteria, and full-text availability. As a result, 20 articles were selected for full-text review. These were read in full and assessed for eligibility according to the predefined inclusion criteria.

The final sample for this scoping review comprised 8 scientific articles. Any discrepancies between reviewers were resolved through discussion, or with the involvement of a third reviewer when necessary.

The results of the search and study inclusion process are presented in the PRISMA flow diagram (Figure 1), alongside reasons for the exclusion of sources of evidence during the full-text review stage.

2.3 Data Extraction and Presentation

The synthesis of the articles comprising the final sample was presented using the JBI extraction table: *“Template for Study Details, Characteristics, and Results Extraction Instrument”* [25].

The data were organized according to the following fields: authors, year of publication, country in which the study was conducted, objective, participants included, type of study, results, and conclusions (Appendix I).

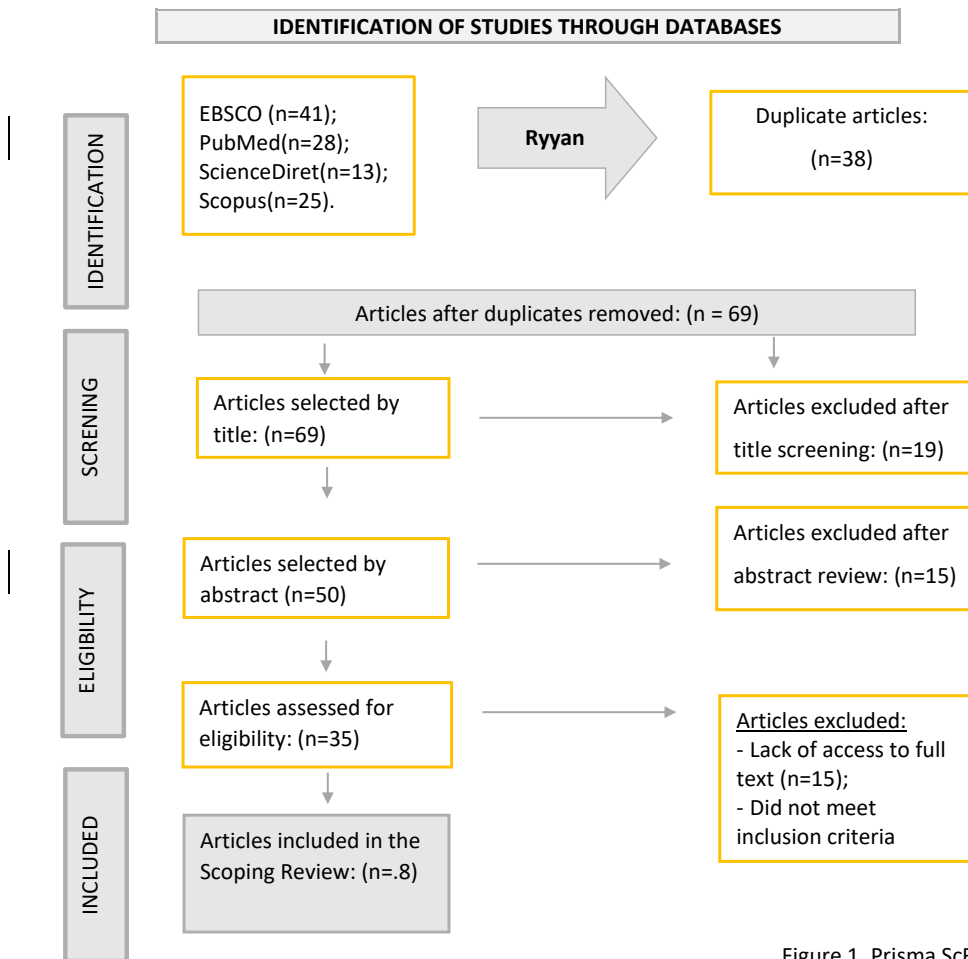


Figure 1. Prisma ScR

3. Results

Of the articles included in this scoping review, 85% provided information on communication methods used for the handover of care between the operating room nurses [34–41]. The following section presents the findings that the authors considered to be the most relevant to the theme.

3.1 Study Characterization by Origin, Type, and Characteristics

The geographical distribution of the studies analyzed in this review reveals that 37.5% were conducted in Asian countries [34, 35, 36], while another 37.5% were conducted in the United States [37, 38, 39]. Additionally, 12.5% were conducted in Iran [40], and 12.5% in Europe, specifically

Norway [41]. In the terms of the focus of responsibility transfer, 50% of the articles referred to the intraoperative period [35, 38, 39, 41]; 40% focused on the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) [34, 37]; and 10% addressed the handover process between the OR nurse and the PACU nurse. As for the types of studies included, a variety of methodologies were observed:

- 25% were observational studies [34, 39];
- 25% were quantitative studies [36, 40];
- 12.5% were randomized controlled trials (RCTs) [35];
- 12.5% were systematic reviews with meta-analysis [37];
- 12.5% were non-randomized controlled trials [41];
- 12.5% described quality improvement projects without a formal study design [38].

In terms of the level of evidence gathered, 85.7% of the studies [35, 36, 37, 40, 41] were found to present a substantial level of scientific evidence, reflecting a high degree of reliability and robustness in their findings [42]. This group includes systematic reviews with meta-analyses [37] and randomized controlled trials [35], which are considered valuable tools due to their high level of evidence [43].

Advances in healthcare occur when decision-making and care delivery are guided by synthesized, high-quality research [42].

Conversely, 12.5% of the studies were observational [34, 39], which generally fall within the lower levels of the evidence hierarchy and are potentially more susceptible to bias, despite their potentially relevant contributions [42].

Several of the included studies [34, 35, 37, 38, 39, 40, 41] reported the use of a standardized communication method. The most frequently cited method was the ISBAR method, which was used in 50% of the studies [34, 35, 39, 40]. Of these, 12.5% employed the ISBARQ variant [39], and another 12.5% compared ISBAR with the Switch Tool method [35]. Furthermore:

- 25% of studies did not specify the name of the communication method used [37, 41];
- 12.5% described the use of a “Debriefing” card as a communication tool [38];
- 12.5% implemented the “Silent Report” method [36].

Table 2 summarizes some of the aforementioned data for quick reference. Fields marked with (–) indicate that no data were available for those specific categories.

Table 2. Summary of Extracted Data

Article	Sample selected for ScR	Communication Method		Context of Care Transition
		Standardized	What method was identified?	
1 ^a	Author(s): Yang; Zang; Xianxian; Li; Ping. Year: 2022 Country: China	Yes	SBAR	Postoperative: PACU
2 ^a	Author(s): Lee; Soo Kim. Year: 2024 Country: South Korea	Yes	SWITCH TOOL and SBAR	Intraoperative: OR
3 ^a	Author(s): Gu, X., Itoh, K. Year: 2020 Country: Tokio	-	Silence Report	Perioperative (including intraoperative (OR) and postoperative (PACU) data)
4 ^a	Author: Speth Year: 2024 Country: USA	YES	YES	Postoperative: PACU
5 ^a	Author: AORN Year: 2021 Country: USA	Yes	Debriefing	Intraoperative: OR
6 ^a	Author(s): Green; Simmons; Faan; Taicher; Thompson; Manske; Funk. Ano: 2023 País: EUA	Yes	ISBARQ in HER and Intraoperative Record; Preoperative assessment not; Recall and Written Notes	Intraoperative: OR
7 ^a	Author(s): Nasiri; Loft; Mahdavinoor; Rafiei; Year: 2021 Country: Iran	Yes	-	Intraoperative: OR
8 ^a	Author(s): Leonardsen; Moen; Karlsen; Hovland; Year: 2019 Country: Norway	Yes	ISBAR	Intraoperative: OR and Postoperative: PACU

4. Discussion

It is important to present the findings on the use of standardized communication methods among nurses in the operating

room (OR) or the lack thereof, during both the intraoperative and postoperative periods. At the same time, we will discuss data from additional studies which will be discussed in attempt to explore the

available evidence concerning care transitions in other critical care settings beyond the OR.

For this, two studies were selected for this purpose: one was conducted in an emergency department (ED) setting [44] and another in an intensive care unit (ICU) [45], of which included nurses as participants [44, 45].

The ED, ICU and OR can be considered comparable in many respects due to the demanding nature, complexity, and critical conditions inherent to the care provided in these units. Ideally, these services are physically located close to each within healthcare institutions [46, 47], to allow for rapid access and ensure efficient and safe care patient handovers, especially in emergency or life-threatening situations.

Critical care environments are high-risk and vulnerable, so healthcare professionals must adopt effective communication strategies to ensure that care transitions are safe and efficient [2].

5. Benefits and Challenges

5.1 Communication

Notable improvements in communication were identified:

- The findings demonstrate a significant enhancement in communication efficiency among nurses when a standardized

communication tool is utilized [34, 35, 37, 38, 39, 40, 41];

- The use of a standardized method led to improvements in the quality of care, the quality of handover, and the accuracy of shared information [34, 35, 37, 38, 39, 40, 41].

An increase was observed in both the volume and relevance of information transferred during care handovers when compared to scenarios where no standardized tool was used [34, 39, 40].

Communication failures and information omissions decreased due to the greater integrity and consistency of the transmitted information, which proved to be more accurate account of the surgical patient's condition [34, 35, 39, 40, 41].

Using a standardized instrument significantly improved the prioritization and organization of information.

One study reported a notable increase in this area, with prioritization performance rising from 55% to 80%, while optimizing handover processes by eliminating potential interruptions [40].

In the intraoperative context, implementing methods such as debriefing reduced communication errors by 75% [38]. Furthermore, this approach enhanced team communication relevant information

and improved the sharing of relevant information needed to ensure continuity of care during the postoperative phase [38]. Another identified benefit was setting aside a specific time during the handover to question the transmitted information, which allowed ambiguities to be clarified between the sender and receiver [39, 41]. The results of this Scoping Review align with those of studies conducted in Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) settings [44, 45]. Care transitions are vulnerable moments that can impact patient safety [44, 45], particularly in highly complex scenarios where the risk of information errors or inappropriate patient transfers is increased. The ISBAR communication method was found to improve the organization of information during handovers [44], which can be challenging when dealing with critically ill patients [45] or those with complex medical histories [44, 45]. Furthermore, a standardized tool supports the management of large volumes of information, helping to ensure that critical data is neither omitted nor shared late. This, in turn, fosters a better understanding of the patient's condition [45].

5.2 Environment

The results of the scoping review highlight the importance of effective and standardized communication in the operating room (OR) for delivering safe patient care [37].

This method was found to promote closer interaction between the sender and the receiver [40, 41], helping to reduce information loss and minimizing environmental distractions [40, 41], while also encouraging teamwork [41].

Although interruptions caused by the handover process are unavoidable during the intraoperative phase [40], however, findings did not reveal any significant negative impact on the OR environment or the surgical procedure itself [40].

The analyzed data showed the adoption a standardized handover method improves the quality of shift changes between nurses [40].

However, evidence also suggests that frequent interruptions can negatively affect the quality-of-care transitions [36].

Studies conducted in the Emergency Department (ED) and Intensive Care Unit (ICU) settings [44, 45] indicated that background noise during handovers, as well as interruptions caused by other concurrent activities, influenced the quality of the transitions.

5.3 Nurses

Nurses recognize the need for implement a standardized handover tool to help prevent errors and optimize communication [35, 41]. Using such a method significantly improved their perceptions in several areas, including personal satisfaction, satisfaction with the handover process, self-efficacy and surgical performance [35, 37, 40, 41]. The tool's simplicity and accuracy also contributed to greater adherence among new professionals [35, 37, 40, 41].

This tool is also notably valuable to the nursing process as it enhances clinical understanding and helps nurses recognize critical information, not only for the handover, but also for making swift clinical decisions [35].

Previously reported high stress levels were decreased, and feelings of well-being increased [35]. One of the main challenges prior to implementing a standardized method was the reliance on memory to recall important details.

Adopting a standardized method eliminated this reliance reducing the risk of incomplete or inaccurate information transfer [37].

According to the study conducted in the ICU, the findings relating to this topic were similar to those observed in the ScR. It was found that nurses performing handovers

during the night-to-morning shift change, nurses mostly relied on memorized information when performing handovers and did not carry out bedside handovers. This negatively impacted the quality-of-care transitions [45]. The presence of numerous professionals and technological equipment in the setting also interfered with the communication process, making it more difficult and potentially contributing to adverse events (AEs) in the ICU [45].

The study's authors emphasized that care transitions should occur at the patient's bedside, as this provides an opportunity to combine verbal communication with visual observation and clarify ambiguities in real time [45]. Similarly, around 42% of the nurses participating in the ED study reported that performing handovers near the patient was beneficial [44].

In the perioperative setting, nurses in the PACU (Post-Anesthesia Care Unit) were able to carry out care transitions more efficiently. Implementing a standardized handover tool eliminated the need to verify and validate information from additional clinical sources, such as documents or electronic systems, during the handover process [34, 41].

In the ICU study [45], the use of paper records alongside access to medical prescriptions was an advantage for

organizing information and preventing omissions or loss of information.

Data obtained from the ScR indicate that only 12.5% of the studies reported negative satisfaction regarding the use of a standardized handover method [39].

This dissatisfaction was partly linked to the implementation of digital handover processes which posed a challenge to adherence [39].

The high workload in the operating room meant that there was often not enough time to prepare handovers, which also contributed to nurse dissatisfaction [36].

Findings from the ED study were consistent with these results. Regarding nurses' perceptions, approximately 66% of participants agreed that important information is not always conveyed, and just over 54% reported feeling pressured to complete the handover quickly [44].

5.1.4 Patients

The scoping review analysis revealed two positive outcomes for patients. Using a standardized method in the Operating Room (OR) significantly improved the quality of care and patient safety, facilitating a faster extubation [37]. Furthermore, this approach may reduce or eliminate the need for vasoactive therapies, sedation, mechanical ventilation, or prolonged invasive

monitoring [37]. According to nurses' perceptions, this method also contributed to increased patient satisfaction [41].

5.1.5 Organization

Implementing a standardized tool for care transitions had a favorable impact on organizational processes, as reflected in the positive perception of involved [37]. It promoted positive feelings and professional satisfaction with the method, contributing to improvements in care quality, institutional processes, and health outcomes [37].

However, this perception was not unanimous across the analyzed studies. In 12.5% of the articles, organizational management viewed the handover process as a waste of human resources, considering the transmitted information to be repetitive, irrelevant, or even speculative [36]. From this perspective, the transition was deemed unnecessary, since all patient information was already available in the clinical record [36].

It is important to emphasize that organizations and leaders must dedicate time to providing ongoing support to team members to facilitate the adoption of new processes in the OR. Furthermore, sharing the results obtained through the implementation of safety practices is

crucial for ensuring staff engagement and commitment to change [38].

The digitization of records and protocols is becoming increasingly a widespread reality in the healthcare field, including in the operating room (OR). Regarding care transitions in the OR and the integration of technological resources, 12.5% of the ScR results suggest the implementation of a mixed communication method, incorporating the guidelines a standardized tool featuring trimodal verbal, written and technological communication [41]

When implementing digital systems, it is important to consider the exchange of information across different healthcare services and levels of care in order to promote coordinated and integrated care among various providers [48].

5.1.6 Time

A significant challenge was the lack of time to prepare for care transitions due to high workloads, particularly in the post-anesthesia care unit (PACU) [41]. In the intraoperative context, findings showed that the length of time taken for handovers between scrub and circulating nurses increased following the introduction of the standardized communication tool [40].

5.1.7 Training

The education, training, and instruction of nurses on communication methods for care transitions significantly impacted the understanding and adoption of a standardized handover tool [34, 35, 41]. One strategy that was widely adopted was the implementation of in-person training sessions, including communication simulations, for all professionals involved. This approach was effective and widely accepted, and it contributed to improvement of nurses' competencies in conducting handovers [34, 35].

Training is strongly recommended during the intraoperative period, as this is a critical phase during handovers also occur during surgical procedures [40]. Training is crucial for successfully implementing new communication methods. In contrast, weaker adherence was observed when electronic (non-face-to-face) communication tools were adopted [41].

Similarly, a study conducted in the emergency department (ED) reported high percentages of training activities in both patient safety and care transitions [44].

Notes

No results were found that correlated care transitions with the incidence of

surgical re-interventions, patient injuries, or an increased length of hospital stay. It was challenging to obtaining evidence produced within the national context.

Conclusion

The use of a standardized communication method in the Operating Room (OR) was valuable for multiple reasons, improving patient safety and quality of care. Of the communication methods analyzed, ISBAR was found to be the most commonly used across the reviewed studies, thereby reinforcing its importance in structuring communication among healthcare professionals.

This Scoping Review is considered a significant contribution to the advancing of nursing as both a discipline and a profession. Furthermore, it encourages the development of future projects focused on patient safety and care transitions in the OR, in line with the World Health Organization's international recommendations.

Suggestions for Future Research

Further studies are recommended to analyse the impact of care transitions on surgical patients, such as the occurrence of surgical re-interventions, patient injuries,

and/or influence on the length of hospital stay. It is also suggested to organizational level to be investigated, with the aim of assessing the actual health gains and losses associated with the use of a standardized method for care transitions. Furthermore, studies in Portugal are recommended, particularly within the perioperative context, to clarify the national reality of care transitions and to explore the development of structured processes that enhance the surgical patient safety.

Acknowledgements

This review was conducted as part of the requirements for the first author to attain a Master's degree in Medical-Surgical Nursing, with a specialization in Perioperative Nursing. The authors would like to express their sincere gratitude to Egas Moniz School of Health and Science for the opportunity to contribute to the development of advanced competencies. The authors would also like to thank the reviewers of the study for their valuable input.

Conflicts of Interest

The authors declare that there are no conflicts of interest related to this study.

References

1. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. *To Err is Human: Building a safer Health System*. Estados Unidos da América: National Academy of Science; 2000.1p.
2. DGS. Direção Geral de Saúde: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde – Norma N°001/2017 [Internet]. Lisboa: Direção Geral de Saúde; 2017. Available from: <https://normas.ds.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/comunicacao-eficaz-na-transicao-de-cuidados-de-saude.pdf>
3. Nogueira S, Walkiria J, Rodrigues S, Cristina M. Comunicação efetiva no trabalho em equipa em saúde: desafio para a segurança do doente. *CE* [Internet]. 2015 Jul-Set; 20(3): 636-640. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=483647680026>
4. Nunes JM. Comunicação em Saúde. In: Nunes JM. *XIV Jornadas APDIS* [Internet]. BE OPEN: Inspirar, Capacitar, Investigar, Inovar & Partilhar; 2020. Available from: <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/34438/1/JoseMendesNunes.pdf>
5. SNS. Serviço Nacional de Saúde: Comunicação Eficaz na prestação de cuidados no SNS. Lisboa: Academia SNS; 2023. Available from: <https://Academia.spms.min-saude.pt/comunicacao-eficaz-na-prestacao-de-cuidados-de-saude-no-sns/>
6. WHO. World Health Organization (WHO). *Global Patient Safety action plan 2021-2030: towards eliminating avoidable harm in health care* [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2021. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/343477/9789240032705-eng.pdf?sequence=1>
7. Barroso F, Sales L, Ramos S. *Guia Prático para a Segurança do Doente*. 1ªed. Lisboa: Lidel; 2021.
8. DR. Diário da República: Despacho n.º 9390/2021 Plano Nacional da Segurança do doente 2021-2026 [Internet]. Lisboa: Diário da República; 2021 Set 24. Available from: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/despacho/9390-2021-171891094>
9. Wooldridge AR, Carayon P, Hoonakker P, Hose BZ, Schroeder K, Brazelton T, Eithun B, Rusy D, Ross J, Kohler J, Kelly MMM, Dean S, Springman S, Rahal R, Gurses AP. Care Transition of trauma patients: processes with articulation work before and after handoff. *Elsevier* [Internet]. 2022 Jan; 98: 1-11. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003687021002532?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.apergo.2021.103606
10. Ghosh S, Ramamoorthy L, Pottakat B. Impact of Structured Clinical Handover Protocol on Communication and Patient Satisfaction. *JPE* [Internet]. 2021 Mar; 1-6. Available from: https://www.researchgate.net/publication/349733291_Impact_of_Structured_Clinical_Handover_Protocol_on_Communication_and_Patient_Safety DOI 10.1177/2374373521997733
11. Haltermann RS, Darnell B, Anukam C, Wilkes E, Broxton S. Evaluation of Postanesthesia Handoff Checklist on Patient Outcomes in an Adult Postanesthesia Care Unit. *Elsevier* [Internet]. 2024 Nov 22. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/ar>

- ticle/piss/S1089947224004027?via%3Dihub DOI 10.1016/j.jopan.2024.08.008
12. Ministério da Saúde (ACSS). Recomendações Técnicas para o Bloco Operatório [Internet]. Lisboa: ACSS; 2011 Jul. 1p. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendações-tecnicas/>
 13. Gomes JA, Martins MM, Tronchin D, Fernandes CS. Perceções dos enfermeiros sobre a qualidade no bloco operatório. RER [Internet]. 2020; 5 (1):1-14. Available from: <https://www.redalyc.org/journal/3882/388263105003/388263105003.pdf> DOI: 10.12707/RIV19053
 14. Fragata J. Erros e acidentes no bloco operatório: revisão do estado da arte. RPSP [Internet] 2010; 10 (3):17-26. Available from: <https://run.unl.pt/bitstream/10362/98508/1/RUN%20-%20RPSP%20-%20vol%20tematico10a03%20p17-26.pdf>
 15. Grant LC, Nicholson PF, Davidson B, Manias E. Can you hear me? Barriers to and facilitators of communication in the presence of noise in the operating room. JPN [Internet]. 2021; 34(3): 26-33. Available from: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1132&context=jpn> DOI 10.26550/2209-1092.1132
 16. Ventura-Silva J, Melo R, Oliveira I, Ribeiro O. Olhares sobre o componente processo dos ambientes de prática profissionais de enfermagem: Planeamento, avaliação e continuidade de cuidados. In: Ribeiro O, Néné M, Sequeira C. Ambientes de Prática de Enfermagem Positivos. Lisboa: Lidel; 2023. p.146-152
 17. WHO. World Health Organization (WHO). Global Patient Safety Report [Internet]. Geneva: WHO; 2024 Mai 30 [citado a 2025 Jan]. 18p. Available from: <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/376928/9789240095458-eng.pdf?sequence=1>
 18. INE. Portal do Instituto Nacional de Estatística [Internet]. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística; 2024. Available from: <https://www.ine.pt>
 19. Bonds RL. SBAR Tool Implementation to Advance Communication, Teamwork and the Perception of Patient Safety Cultura. CN [Internet]. 2018 Mai; 24 (2): 116-123. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1891/1078-4535.24.2.116> DOI: 10.1891/1078-4535.24.2.116
 20. Philips NF. Legal, Regulatory, and Ethical Issues. In: Philips NF. Berry & Kohn's operating room technique. St. Louis, Missouri: Elsevier; 2017. p.36-52
 21. EORNA. EORNA Best Practice for perioperative care [Internet]. 3ªed. Brussels, Belgium: EORNA. Available from: <https://eorna.eu/wp-content/uploads/2024/08/EORNA-Best-Practice-for-perioperative-care-2023-updated.pdf>
 22. Kitney P, Tam R, Bramley D, Simons K. Handover using ISBAR principles in two perioperative sites: A quality improvement project. JPN [Internet]. 2020 Set 20; 33(4): 38-45. Available from: <https://www.journal.acorn.org.au/cgi/viewcontent.cgi?article=1094&context=jpn> DOI: 10.26550/2209-1092.1094
 23. López-Parra M, Porcar-Andreu L, Arizu-Puigvert M, Pujol-Caballé G. Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the

- Postanesthesia Care Unit. Elsevier [Internet]. 2020 Abr; 35 (2): 155-159. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947219303697?via%3Dihub> DOI: 10.1016/j.jopan.2019.08.015
24. AESOP. Enfermagem Perioperatória: da Filosofia à Prática dos Cuidados – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses. Loures: Lusodidacta; 2012
25. JBI. Scoping Review Chapter. In: Aromataris E, Lockwood C, Porrit K, Pilla B, Jordan Z. Manual for evidence synthesis [Internet]. JBI; 2024. Available from: <https://synthesismanual.jbi.global>.
26. Cantante AP, Fernandes HI, Teixeira HJ, Frota MA, Rolim KM, Albuquerque FH. Sistemas de Saúde e Competências do Enfermeiro em Portugal. CSC [Internet]. 2020; 25(1): 261-272. Available from: <https://comum.rcaap.pt/handle/10400.26/32282> DOI: 10.1590/1413-81232020251.27682019
27. Calhoun CJ. Comunicação como Ciência Social (e mais). RBCC [Internet]. 2012 Jan-Jun; 35 (1):277-310 Available from: <https://www.periodicos.capes.gov.br/index.php/acervo/buscvador.html?task=detalhes&source=all&id=W1980581559> DOI: 10.1590/s1809-58442012000100014
28. Weigl M, Heinrich M, Rivas J, Bergmann F, Kurz M, Silbereisen C, Dieterich HJ, Kleine B, Riek S, Olivien M, Hoffmann, F, Lieftuchter V. TeamWork and mental workload in postsurgical pediatric patient handovers: Prospective effect evaluation of an improvement intervention for OR-PICU patient transitions. Elsevier [Internet]. 2023 Dez; 182 (12) 5637-5647. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37819421/> DOI 10.1007/s00431-023-05241-4
29. Shah AC, Oh DC, Xue AH, Lang JD, Nair BG. An electronic handoff tool to facilitate transfer of care from anesthesia to nursing in intensive care units. RIS [Internet]. 2019 Mar; 25 (1): 3-16. Available from: <https://journals.sagepub.com> DOI: 10.1177/14604582166811
30. Mershon BH, Vannucci A, Bryson T, Lin F, Greilich PE, Dear G, Guffey P, Agarwala A. A Collaborative Partnership between the Multicenter Handoff Collaborative and an Electronic Health Record Vendor. PubMed [Internet]. 2021 Jul 28; 12(3): 647-654. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34320682/> DOI: 10.1055/s-0041-1731714
31. OE. Colégio da Especialidade de Enfermagem Médico-Cirúrgica – Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros; 2018. Available from: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8420/115698537.pdf>
32. Pollock D, Peters MD, Khalil H, McInerney P, Alexander L, Tricco AC, Evans C, Moraes EB, Godfrey CM, Pieper D, Saran A, Stern C, Munn Zachary. Recommendations for the extraction, analysis and presentation of results in scoping review. JBIES [Internet]. 2023; 21 (3): 520-532. Available from: https://journals.lww.com/jbisrir/fulltext/2023/03000/recommendations_for_the_extraction_analysis_and.7.aspx DOI: 10.11124/JBIES-22-00123
33. Ouzzani M, Hammady H, Fedorowicz Z, Elmagarmid A. RAYYAN: a web and mobile app for systematic reviews [Internet]. Available from: <https://www.rayyan.ai>

34. Yang G, Zang X, Li C, Ping B. Bedside handover with structured and relayed forms in a Postanesthesia care unit: A pre- and post-implementation study. *ANR* [Internet]. 2022 Jul 22; 67. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0897189722000635> DOI: 10.1016/j.apnr.2022.151621
35. Lee J, Kim M. Development and Effectiveness of a Standardized Hand-Off Program Using the SWITCH Tool for OR Nurses: A Randomized Controlled Trial. *AORN* [Internet]. 2024 Jul; 120: 19-30. Available from: DOI 10.1002/aorn.14163
36. Gu X, Itoh K. Inter-shift handoff: Changes over a 6-year interval. *LGNR* [Internet]. 2020 Jul 24; 76: 3418-3428. Available from: <https://wileyonlinelibrary.com/journal/jan> DOI: 10.1111/jan.14537
37. Speth J. Guidelines in Practice: Team Communication. *AORN* [Internet]. 2024 Jul; 120 (1):31-38. Available from: DOI 10.1002/aorn.14161
38. AORN. Implementing a standardized postoperative debriefing process to reduce surgical errors. *AORN* [Internet]. 2021 Fev; 113(2):10-12. Available from DOI 10.1002/aorn.13336
39. Green A, Simmons V, Taicher B, Thompson J, Manske B, Funk E. Sustainability of an Operating Room to Pediatric Postanesthesia Care Unit Handoff Tool. *JPN* [Internet]. 2023 Dez; 38 (6) 851-859. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1089947223000023?via%3Dihub> DOI 10.1016/j.jpnp.2022.12.006
40. Nasiri E, Lofti M, Mahdavinoo S, Rafiei M. The impact of a structured handover checklist for intraoperative staff shifts changes on effective communication, OR team satisfaction, and patient safety: a pilot study. *PSSJ* [Internet]. 2021 Jul 18; 15 (25) 2-9. Available from: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8286430/PDF/13037_2021aARTICLE_299.pdf DOI: 10.1186/s13037-021-00299-1
41. Leonardsen AC, Moen EK, Karlsoen G, Hovland T. A quantitative study on personnel's experiences with patient handovers between the operating room and de postoperative anesthesia care unit before and after the implementation of a structured communication tool. *NR* [Internet]. 2019 Abr 19; 9 (1): 1-5. Available from: <https://www.mdpi.com/2039-4403/9/1/8041> DOI: 10.4081/nursrep.2019.8041
42. Negrini S. Introduction. *Cochrane Rehabilitation: Introduction to Cochrane and Cochrane Rehabilitation* [Internet]. Cochrane. Available from: https://rehabilitation.cochrane.org/sites/rehabilitation.cochrane.org/files/uploads/sosort_dubrovnik_-_cochrane_reviews.pdf
43. Taflan T, Magalhães J, Teixeira MC, Paula CS. Métodos de pesquisa científica: conceitos e definições. *CPGDD* [Internet]. 2022 Jul; 22(2):30-43. Available from: <https://www.researchgate.net/publication/369051729> DOI: 10.5935/cadernosdisturbios.v22n2p30-43
44. Castro C, Marques M, Vaz C. Comunicação na Transição de Cuidados de Enfermagem em um Serviço de Emergência de Portugal. *CE* [Internet]. 2022; 27. Available from: <https://www.scielo.br/j/ce/f/a/H3n7RKGfT5cHgTdVqQVY3rS/> DOI: 10.5380/ce.v27i0.81767
45. Santos GR, Barros FM, Silva RC. Comunicação no handover na terapia intensiva: sentidos e práticas da equipe de enfermagem. *RGE* [Internet]. 2020; 41.

Available from:
<https://www.scielo.br/br/j/rgenf/a/DHzHSQzq3pHX8xQbTVfk7nv/?format=pdf&lang=pt>
DOI: 10.1590/1983-1447.2020.20180436

46. Ministério da Saúde (ACSS). Recomendações Técnicas para o Serviço de Urgência [Internet]. Lisboa: ACSS; 2015 Dez. Available from: https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendações-Técnicas_Urgencias_11_2015.pdf
47. Ministério da Saúde (ACSS). Recomendações Técnicas para a Unidade de Cuidados Intensivos [Internet]. Lisboa: ACSS; 2013 Abr. 1p. Available from: <https://www.acss.min-saude.pt/2016/10/04/recomendações-tecnicas/>
48. Enahoro QE, Ogugua JO, Anyanwu EC, Akomoolafe O, Odilibi IP, Daraojimba I. WJARR [Internet]. 2023; 21 (02): 451-460. Available from: <https://wjarr.com/sites/default/files/WJARR-2024-0478.pdf> DOI: 10.30574/wjarr

Appendix

Appendix I – Table 1. Data Extraction Table

Nº	Author(s); Year; and Country	OBJECTIVE	POPULATION	TYPE OF ARTICLE	RESULTS	CONCLUSION	INSTRUMENT USED
1	<p>Author(s): Yang, G.; Zang, X.; Li, C.; Ping, B.</p> <p>Year: 2022</p> <p>Country: China</p>	<ul style="list-style-type: none"> To investigate whether the implementation of structured information transfer methods at the patient's bedside improves care transitions; To assess the content of the information transmitted; To verify whether the implementation of a standardized tool reduces the 	<ul style="list-style-type: none"> Nurses from the PACU of a tertiary hospital; Ages between 24 and 44 years; 3 to 22 years of nursing experience. 	Observational study	<ul style="list-style-type: none"> Prior to the implementation of a structured handover form and retransmission process, 5,234 informational elements for transfer were observed. Of these, 4,554 were considered appropriate elements. After the project implementation with a structured form, the number of appropriate 	<ul style="list-style-type: none"> The use of a structured handover method, such as retransmission forms, contributed to an increase in the number of appropriate elements being transferred; This method proved to be positive in preventing handover errors and improving the quality of care. It also allowed PACU nurses to perform handovers more efficiently, as it eliminated the need to 	<ul style="list-style-type: none"> SBAR

incidence of adverse events and influences the length of stay in the PACU (Post-Anesthesia Care Unit).

Study Timeline:

1. Identification of the problem; Pre-implementation and Observation.
2. Creation of an information transfer form; Training for nurses; Trial and Review.
3. Project implementation; Post-implementation observation.

elements increased to 7,597;

- Regarding the duration of the information handover, no significant differences were identified between the pre- and post-implementation phases;
- The integrity of the handover improved significantly with the use of a structured method.

spend time checking nursing records and other documents before and during the handover process;

- It facilitates communication among nurses and promotes an adequate handover;
- No results were obtained that validated an impact on the incidence of adverse events or the length of hospital stay.

2	Autor(es): Lee, J. E.; Soo Kim, M. Year: 2024 Country: South Korea	<ul style="list-style-type: none"> ● To develop a standardized handover program based on the SWITCH program (specific for the perioperative setting); ● To examine its effectiveness in terms of self-reported perceptions of handover satisfaction, self-efficacy, surgical nursing performance, and communication 	<ul style="list-style-type: none"> ● Nurses from the OR of a tertiary university hospital; ● An average of approximately 75.8 surgeries performed per day; ● Comprising 24 operating rooms; ● Nurses in the team serve as scrub or circulating nurses at least once a day; ● Participants 	Randomized controlled trial	<ul style="list-style-type: none"> ● Prior to the implementation of the standardized tool, nurses did not understand the sequence of the handover process, nor how to start or conclude it; ● The experimental group showed significantly higher results with the use of the structured method, in terms of handover satisfaction, self-efficacy, surgical performance, and communication skills. In contrast, the control group maintained similar 	<ul style="list-style-type: none"> ● A standardized handover tool improves nurses' perceptions regarding satisfaction, self-efficacy, and surgical nursing performance; ● A standardized handover tool should be implemented to enhance the reliability of transmitted information and to increase patient safety in the operating room. ● The study demonstrated that education/training on how to conduct handovers should be carried out in person (among participants), being a highly popular strategy for its adoption; 	<ul style="list-style-type: none"> ● SWITCH TOOL and SBAR
---	--	---	--	-----------------------------	---	--	--

competence among operating room (OR) professionals.

were divided into two groups: the control group and the experimental group (using the SWITCH program);

Inclusion Criteria

- At least 1 year of experience in the referred OR;
- Never having used nor received training on an information handover tool.

results to those recorded prior to the study.

- Nurses recognize the need for a structured tool to prevent errors caused by inadequate handovers;
- It provides a sense of relief from the psychological discomfort related to postoperative concerns about counting errors;
- It was possible to reduce stress among nurses involved in the handover by specifying detailed procedures (e.g., surgical process, sponge count,

- Nurses reported improvements in their perception of professional performance, attitude, and skills related to the adoption of the nursing process, such as better understanding of clinical situations, recognition of essential handover information, and handover skills following a simulated transfer.

and sharp instrument count).

<p>3 Author(s): Gu, X., Itoh, K. Year: 2020 Country: Tokyo</p>	<ul style="list-style-type: none"> Analyze shift handovers among nurses and the quality of care transitions regarding the elements transmitted after the implementation of patient handover guidelines using an electronic system; Verify whether organization and environment 	<ul style="list-style-type: none"> 37 hospitals in Japan (two observation periods: 2011 and 2017); Participants: Nurses, including 255 working in the Operating Room (OR). 	<p>Empirical and Quantitative Study</p>	<ul style="list-style-type: none"> Nurses identified the need to improve measures to optimize handover processes; Newly hired nurses demonstrated higher perceptions regarding care transitions; An increase in the amount of information transmitted was observed; Nurses reported that interruptions (in general) were common and frequent; 	<ul style="list-style-type: none"> Operating room nurses transmitted more important information than nurses from other units; No improvement in the quality of handovers was observed; Frequent interruptions during handovers significantly affect the quality of the transfer; Verbal handovers contain information considered to have a "strong characteristic," which can facilitate the processing of 	<ul style="list-style-type: none"> "Silent Report" through an electronic system Standardized?? – No information available
--	--	--	---	---	--	---

interfere with the quality of care transitions.

- Approximately 50% of respondents (overall) reported satisfaction with the handover process and perceived its quality; Due to lack of time caused by workload, operating room nurses had fewer opportunities to receive training;
- Shift handovers are an opportunity for nurses to share information and concerns;
- At the organizational level, handovers between shifts are considered a waste of human resources, as much of the

patient information and lead to more efficient care planning;

- A informatização da transferência de cuidados é uma hipótese que não pode ser descartada, porem, considera-se que este método deve ser incluído na transferência e não eliminado;
- Regarding the training method, it was not possible to determine an effective training approach with an impact on handover performance;
- Considering the different perioperative stages and the

shared information is seen as repetitive, irrelevant, or even speculative, and is already available in existing records.

high number of handovers, the electronic system increases the difficulty of obtaining information;

- A mixed approach to handovers (verbal, written, and technological) is suggested, using a pre-filled electronic summary with patient information;
- It is recommended to improve current procedures and guidelines, enhance training, and consider implementing tools like SBAR and IPASS in Japanese hospitals.

<p>4 Author: Speth, J.</p>	<ul style="list-style-type: none"> To examine the effects of implementing a standardized tool for postoperative handoff communication on: 	<ul style="list-style-type: none"> Anesthesia professionals, including operating room nurse anesthetists. 	<p>Systematic Review with Meta-Analysis</p>	<ul style="list-style-type: none"> A significantly positive change was identified among anesthesia professionals regarding their satisfaction with care transitions; 	<ul style="list-style-type: none"> The use of a standardized tool for care handoff has a positive effect on the quality of handoff and on professionals' satisfaction with the process; 	<p>Standardized Instrument</p>
<p>Year: 2024</p>	<ul style="list-style-type: none"> The professionals performing the handoff; 			<ul style="list-style-type: none"> A significant improvement was found for patients, with quicker extubation times; 	<ul style="list-style-type: none"> For the patient, it enabled a timelier extubation, reducing inherent risks; 	
<p>Country: United States of America</p>	<ul style="list-style-type: none"> Possible postoperative complications for the patient; 			<ul style="list-style-type: none"> At the organizational level, a more positive perception of this organizational process was observed a significant change related to increased adherence to the standardized handoff process. 	<ul style="list-style-type: none"> Standardized tools, checklists, mnemonics, and protocols should be used to support and improve the handoff process. 	

handoff;
 o The accuracy of
 the standardized
 handoff.

5	Author: AORN	• Develop a standardized and specific debriefing card for the operating room (OR) as a strategic measure to improve handovers, reduce communication errors, and prevent the occurrence of errors during intraoperative and postoperative periods.	• Perioperative nurses from an operating room (OR) with 17 operating rooms.	• Quality Improvement Project	• After the implementation of the debriefing card, a 75% reduction in surgical errors was observed; • Communication during handoff also improved between the intraoperative and postoperative teams, for example: accurate blood loss began to be routinely communicated as a standard practice to	• It is identified that time and continuous organizational support are necessary for team members to adopt a new process in the surgical setting; • Sharing the results of the process was particularly important to achieve full team engagement with the change; • Leadership support was also important in helping to clarify team members' concerns and doubts.	• Debriefing Process
----------	------------------------	---	---	-------------------------------	---	---	-----------------------------

ensure continuity of care during the recovery phase.

6	Author(es):	<ul style="list-style-type: none"> Evaluate the incorporation of ISBARQ into the EHR method and compare its use with four other instruments used in the OR during handoffs, through the performance of audits. The methods are: 	Postanesthesia Care Unit (PACU) nurses, nurse anesthetists, and other healthcare professionals (anesthesiologists, surgeons).	<ul style="list-style-type: none"> Observational Study 	<p><u>Results regarding nurses:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <u>After the introduction, the overall adherence rate to a handoff method was low; for nurses, it was 14.8% vs. 4%;</u> <u>The EHR method showed better results in terms of the number of elements transmitted compared to the other methods.</u> 	<ul style="list-style-type: none"> The use of the ISBARQ tool in electronic format (EHR) improved the efficiency and completeness of handoffs in the Pediatric Post-Anesthesia Care Unit; However, it did not improve staff satisfaction nor lead to sustainable use; Overall, the use of the EHR with the introduction of ISBARQ promoted a more complete transfer of information, but its digital format posed barriers to adoption. 	The ISBARQ incorporated into the EHR (Electronic Health Record) compared to other methods: Intraoperative Record; Preoperative Assessment Note; Recall; and Written Notes.
Year:	Country:	<ul style="list-style-type: none"> EHR (electronic health record); Intraoperative Record; 		<ul style="list-style-type: none"> The intraoperative handoff method had a longer duration (4.16 minutes) compared to the recall 			

Preoperative Assessment; Recall; Written Notes.

- o Evaluate the accuracy of the checklist item transmission during handoffs; promote handoff compliance; and assess the duration of the handoff.

method, which had a shorter duration (3.10 minutes); the other methods did not show significant changes;

- The use of the EHR electronic record tool reduced its adoption due to the multiple "clicks" required;
- UCPA nurses received training on the EHR both before and after implementation (a total of 25 participants).

7 Author(es): Nasiri, E.; Lotfi, M.;	• To determine the effect of using a structured checklist	• 40 Scrub and Circulating Nurses from the	Control Study	• Transfers of care during intraoperative shift changes between participants were	Recommendation for Use: It is recommended to use a standardized tool in critical	• SWITCH TOOL
--	---	--	---------------	---	---	---------------

Mahdavinoo r, S. M.M.; Rafiei, M. H.	during intraoperative shift changes between scrub nurses and circulating nurses;	ORs of two hospitals;	observed;	situations, such as shift changes in the operating room, especially during surgery, following appropriate team training.
Year: 2021	• To evaluate the duration of the information handoff;	• Average age around 33 years;	• After the project implementation, there was a significant increase in the duration of handoffs between scrub nurses and circulating nurses, in both Group B and Group C;	
Country: Iran	o • The quality of this process (including evaluation in six areas: environment, organization, content, clinical judgment, and professionalism);	<u>Inclusion Criteria:</u> Circulating and scrub nurses with at least one year of experience performing these roles;	• In Group C, with the use of the checklist, the handover time significantly increased for both scrub nurses and circulating nurses;	Impact of Implementing the Structured Checklist:
	• The quality of	Exclusion Criterion: • Nurses who had previously received training	• Regarding the quality of the handover, an improvement was observed among scrub nurses. For circulating nurses, a positive effect was noted with the	<ul style="list-style-type: none"> • Significantly improved communication quality among the surgical team; • Reduced the rate of information omissions; • Increased nurse satisfaction with the handoff process.
				Specific Observed Effects:
				<ul style="list-style-type: none"> • Improved quality of shift handovers between scrub nurses and circulating

the elements comprising this process; and
• Nurses' satisfaction with the handoff process.

on a handoff tool. Two groups were defined for observation: Group B – Without checklist; and Group C – With checklist.

use of the checklist, but with less impact on handover quality;
• Of the six areas of quality assessed, the areas showing improvement were communication skills, organization, and professionalism;
• Regarding the omission of information, both before and after the study implementation, Group B showed no change in results. However, Group C (with checklist) showed a lower percentage of omitted information after the checklist

nurses, with a particularly significant improvement among scrub nurses;
• Notable reduction in omitted information during handovers.

Impact on the Operating Room Environment:

• Considering the characteristic noise in the OR (equipment sounds, air conditioning, device movements), the checklist helped minimize the negative impact of these sounds on information transfer, contributing to the

implementation, with a greater impact among scrub nurses;

- The percentage of omitted information decreased from 19.5% to 12.1% among scrub nurses, and from 16.8% to 14.1% among circulating nurses;
- The average satisfaction percentage with the handover process increased from 67.5% before the intervention to 85.5% after the intervention, in Group C;
- Additionally, after the intervention: The information transmitted better reflected the

prevention of adverse events.

Regarding Interruptions During Surgery:

- Interruptions between circulating-circulating and scrub-scrub nurses are inevitable;
- After the intervention, no significant negative changes were observed in the surgical environment, attributed to prior training in communication skills and handoff organization.

Additional Benefits of the Checklist:

patient's condition, with an increase from 65% to 93%; The checklist helped prioritize information during shift changes, with an increase from 55% to 80%;

- Errors in patient care or equipment handling during handover moments rarely occurred, corresponding to an improvement from 50% to 93%.

- Facilitated the organization and summarization of information to be transmitted, reducing interruptions;
- Improved communication skills by enhancing the connection between sender and receiver, minimizing information loss and interference after the intervention.

<p>8 Author(es): Leonardsen, A-C., Moen E.K., Hovland, T.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Investigate the participants' experiences regarding the quality of patient handovers 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurses from the Operating Room (OR) and the Post-Anesthesia 	<ul style="list-style-type: none"> • Quantitative Study 	<ul style="list-style-type: none"> • Nurses received both in-person and online training on the standardized tool; • The negative experiences reported were related to 	<ul style="list-style-type: none"> • There was an improvement in the quality of handover process; The implementation of the standardized ISBAR tool 	<ul style="list-style-type: none"> • ISBAR
---	--	---	--	---	---	---

<p>Year: 2023</p> <p>Country: Norway</p>	<p>between the Operating Room (OR) and the Post-Anesthesia Care Unit (PACU) (before and after the implementation of a standardized communication tool);</p> <ul style="list-style-type: none"> • Investigate whether there were different experiences regarding the quality of handover between nurses who 	<p>Care Unit (PACU)</p>	<p>extensive information and the use of documentation;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Operating Room (OR) nurses reported greater difficulty in establishing contact at the beginning of the handover with Post-Anesthesia Care Unit (PACU) nurses; • From the collected data, the following highlights were noted: <p>An increase in the percentage agreeing that ISBAR follows a logical structure (from 81.2% to 97.8%);</p>	<p>promoted nurse satisfaction regarding the organization and logical structure, which included all relevant information;</p> <p>The use of the ISBAR tool led to better and safer patient handovers;</p> <p>Overall, the quality of care transfers, according to nurse's perceptions, was higher;</p> <p>The implementation of the ISBAR tool can improve the quality and safety of patient transfers between the OR and the PACU, having a positive impact on nurses' experiences during this process and on teamwork.</p>
--	---	-------------------------	---	--

receive information
and those who
deliver it.

The tool enabled asking
questions and resolving
ambiguities (from 87.8% to
95.6%), and establishing
contact also improved (from
81.2% to 89.1%);

- A significant increase
was observed in nurses
ensuring that the handover
process was complete (from
53.8% to 73.3%);
- Nurses also considered
that the patient's
experience during the
handover process improved
considerably (from 69% to
77.3%).

ANEXOS

Anexo I – Tabela de Formações Frequentadas

Dia	Formação	Organização	Duração
06 Novembro de 2024	Webinar “Percurso e Tendências da Prática Perioperatória”	OE	2h
21 e 22 de Outubro de 2024	“Encontro de Benchmarking MCEEMC 2024”	OE	12h
08 e 09 de Novembro de 2024	XIII Jornadas do Centro Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação	ULS São José	8h
21, 22 e 23 de Novembro de 2024	III Convenção Internacional dos Enfermeiros “Tempo de respostas”	OE	12h
27 de Novembro de 2024	“Cuidados de Enfermagem Perioperatória na Prevenção da Lesão por pressão: da avaliação à intervenção”	AESOP	2h
03 de Dezembro de 2014	Webinar “Cria os teus artigos e posters científicos – Primeiros Passos”	Sindicato dos Enfermeiros	2h
21 de Janeiro de 2025	Webinar “Cuidar de quem cuida: Prevenção e Gestão de Burnout nos Enfermeiros”	OE	2h
20 e 21 de Fevereiro 2025	I Congresso de Enfermagem Perioperatória de Braga – “Perioperatório em Perspetiva – no limiar do futuro”.	ACHEP	12h
11 de Março de 2025	Webinar “Como atingir a Excelência em Enfermagem Perioperatória: Visão de uma Especialista em Instrumentação Cirúrgica”	Bwizer	2h

Anexo II – Certificado de Participação no Webinar: “Percurso e
Tendências na Prática Perioperatória”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SUSANA CRISTINA CARRIÇO ALCAPARRA

membro nº 78769 desta Ordem, participou no(a) "Webinar "Percurso e Tendências na Prática Perioperatória", realizado no(s) dia(s) no dia 6 de Novembro de 2024, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 6 de Novembro de 2024

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Anexo III – Certificado de Participação no “Encontro de Benchmarking
MCEEMC2024”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SUSANA CRISTINA CARRIÇO ALCAPARRA

membro nº 78769 desta Ordem, participou no(a) "Encontro de Benchmarking MCEEMC 2024", realizado de 21 de Outubro de 2024 a 22 de Outubro de 2024, com duração total de 12 horas, no(a) Centro de Congressos do LNEC.

Lisboa, 22 de Outubro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira

Anexo IV – Certificado de Participação nas XIII Jornadas de
Enfermagem do Centro Hepato-bilio-pancreático e Transplantação da
ULS S. JOSÉ

XIII JORNADAS DO

CENTRO HEPATO-BILIO-PANCREÁTICO
E DE TRANSPLANTAÇÃO



8 e 9

NOVEMBRO 2024
Centro Cultural de Belém
CCB - Lisboa

JORNADAS
DE ENFERMAGEM DO CENTRO
HEPATO-BILIO-PANCREÁTICO
E TRANSPLANTAÇÃO DA ULS S.JOSÉ

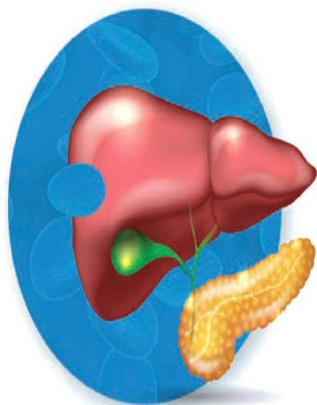
CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

sana Cristina Carriço Alcaparra Barrenl

Participou nas XIII Jornadas do Centro
Hepato-Bilio-Pancreático e de Transplantação,
nos dias 8 e 9 de Novembro de 2024,
no Centro Cultural de Belém, CCB - Lisboa

Prof. Hugo Pinto Marques

Director de Serviço de Cirurgia do Hospital Curry Cabral



**PRESIDENTE
DE HONRA**

PROF. EDUARDO
BARROSO

**PRESIDENTE
DAS JORNADAS**

PROF. HUGO PINTO
MARQUES

**COMISSÃO CIENTÍFICA DAS
JORNADAS DE ENFERMAGEM**

Enfª Sandra Rita Lima, Enfª Mafalda Pinho,
Enfª Elisabete Duarte, Enfª Bruno Saraiva,
Enfª Luísa Jerónimo, Enfª Manuel António,
Enfª Mónica Teixeira, Enfª Fátima Clemente

ORGANIZAÇÃO



APÓTOS CIENTÍFICOS



Anexo V – Certificado de Presença na III Convenção Internacional dos
Enfermeiros “Tempo de Respostas”



III CONVENÇÃO INTERNACIONAL
DOS ENFERMEIROS

Tempo de Respostas

21, 22 E 23 DE NOVEMBRO 2024
CENTRO PASTORAL DE PAULO VI FÁTIMA



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SUSANA CRISTINA CARRIÇO ALCAPARRA

membro nº 78769 desta Ordem, esteve presente na III Convenção Internacional dos Enfermeiros "Tempo de respostas", nos dias 21, 22 e 23 de novembro de 2024, com duração de 12 horas, em Fátima.

Fátima, 23 de Novembro de 2024

O Bastonário

Luís Filipe Barreira



Anexo VI – Certificado de Participação no Webinar: “Cuidados de Enfermagem Perioperatória na Prevenção da Lesão por Pressão: da Avaliação à Intervenção”



WEBINAR
CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
**NA PREVENÇÃO
DA LESÃO POR PRESSÃO:
DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO**



CERTIFICADO

Certifica-se que:

SUSANA ALCAPARRA BARRENHO

participou no Webinar

"CUIDADOS DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
**NA PREVENÇÃO DA LESÃO POR PRESSÃO:
DA AVALIAÇÃO À INTERVENÇÃO**"

Realizado em plataforma virtual, no dia 27 de novembro de 2024
entre as 16:30 e as 18h30, correspondendo a um total de
2 horas de formação.

Para que conste, o presente certificado é assinado em
Lisboa a 27 de novembro de 2024

Esmeralda Nunes
Presidente da AESOP

Anexo VII – Certificado de Participação no Webinar: “Cria os teus
Artigos Científicos – Primeiros Passos”



CERTIFICADO DE PARTICIPAÇÃO

Para os devidos efeitos, certifica-se que:

Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho

Participou no *"Webinar - "Cria os teus artigos e posters científicos - Primeiros Passos"*, promovido pelo Sindicato dos Enfermeiros - SE, que se realizou no dia 03 de dezembro de 2024, com a duração de 2 horas.

Porto, 04 de dezembro de 2024

Pedro Costa
Presidente do Sindicato dos Enfermeiros



O Departamento de Formação do Sindicato dos Enfermeiros, foi declarado idóneo, nos termos do nº 3 da Portaria nº 326/82, de 30/08/82, por deliberação da Comissão de Educação Permanente em Enfermagem, do Departamento dos Recursos Humanos da Saúde, em sua reunião de 3 de Fevereiro de 1983.

Anexo VIII- Certificado de Presença no Webinar: “Cuidar de Quem
Cuida: Prevenção e Gestão do Burnout nos Enfermeiros”



CERTIFICADO DE PRESENÇA

Certifica-se que

SUSANA CRISTINA CARRIÇO ALCAPARRA

membro nº 78769 desta Ordem, participou no(a) "Webinar - "Cuidar de quem cuida: prevenção e gestão do Burnout nos Enfermeiros"", realizado no(s) dia(s) no dia 21 de Janeiro de 2025, com duração total de 2h, no(a) Plataforma digital "Cisco Webex Events".

Lisboa, 21 de Janeiro de 2025

Presidente do Conselho Directivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Anexo IX - Certificado de presença no I Congresso de Enfermagem
Perioperatória – “Perioperatório em Perspetiva – no Limiar do Futuro”



Certifica-se que:

Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho

Assistiu ao I Congresso de Enfermagem Perioperatória –
“*Perioperatório em Perspetiva – no Limiar do Futuro*”
de Braga, nos dias 20 e 21 de Fevereiro de 2025.

Braga, 21 de Fevereiro

Manuela Almeida

Anexo X - Certificado de presença no Webinar: "Como atingir a excelência em Enfermagem Perioperatória – Visão de uma Especialista em Instrumentação Cirúrgica"

CERTIFICADO

Certifica-se que

Susana Alcaparra

natural de Évora, nascido(a) em 17-01-1991,
titular do n.º de identificação 13642604, válido até 15-04-2031,
frequentou o curso de Formação Profissional:

**WEBINAR: COMO ATINGIR A
EXCELÊNCIA EM ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA - VISÃO DE UMA
ESPECIALISTA EM INSTRUMENTAÇÃO
CIRÚRGICA**

a partir de 12-03-2025 com a duração de 1 hora.
Certificado n.º 318/2025 de acordo com o modelo publicado
na Portaria n.º 474/2010 de 8 de julho.



bwizer.
your evolution



Anexo XI – Certificado de Intervenção – Preletora no Webinar:
“Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e
a Qualidade dos Cuidados”



CERTIFICADO DE INTERVENIENTE

Certifica-se que

SUSANA CRISTINA CARRIÇO ALCAPARRA BARRENHO

membro nº 78769 participou no "Webinar - "Comunicação por ISBAR: Transformando a Prática de Enfermagem e a Qualidade dos Cuidados", realizado no dia 11 de dezembro de 2024, através da Plataforma Cisco Webex, enquanto preleitora.

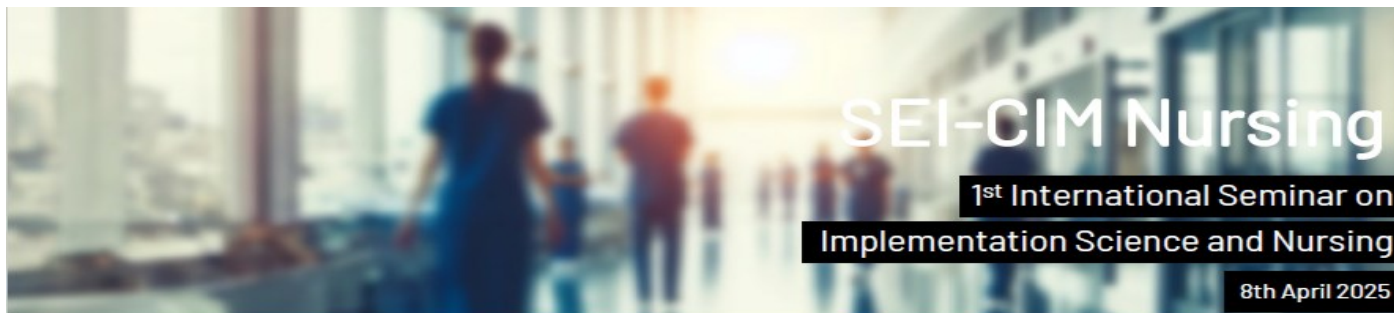
Lisboa, 13 de dezembro de 2024.

Presidente do Conselho Diretivo Regional

Dora Lisa Rocha Franco

Dora Franco

Anexo XII – Certificado de Participação na Apresentação Oral sobre
“Communication Safety in the Transition of Care in de Operating
Theater”, na 1st International Seminar on Implementation Science
and Nursing



Certificate of Oral Presentation

This is to certify that **Susana Francisco; Daniela Dias and Susana Barrenho** has delivered an oral presentation entitled "*Communication Safety in the Transition of Care in the Operating Theatre*" at the **1st International Seminar on Implementation Science and Nursing**, held online on April 8th, 2025.

We hereby acknowledge and appreciate their valuable contribution to the scientific program of the event.

Organization: Nursing Department of School of Health of Setúbal Polytechnic University



www.ess.ips.pt



On behalf of the Scientific Committee

Assinado por: **Lucília Rosa Mateus Nunes**
Num. de Identificação: 06064421
Data: 2025.04.08 17:51:53+01'00'

Anexo XIII – Certificado de Participação na Apresentação de Poster:
“Via aérea não Previsível em Adultos em Bloco Operatório”

CERTIFICADO

Susana Cristina Carriço Alcaparra Barrenho

Participou com a apresentação do seguinte poster: “**Via aérea difícil não previsível em adultos em bloco operatório**”, em co-autoria com **Bernardo Fonseca, Cláudia Cristino e Francisco Gomes**, nas III Jornadas de Enfermagem – ONE HEALTH: Conquistas e Desafios, que decorreram nos dias 14 e 15 de maio de 2024, na Escola Superior de Saúde Egas Moniz.

Cidália Gusho

Aida Sousa

P^{as} Presidentes da Comissão Científica e Organizadora

COM O APOIO DE:

 Baxter

 NIPPON
GASES

 SOCIME MEDICAL

 xandite

 Carecever

 PAPA LETRAS

 CAMOLAS

 Os.Netas

 santosevale

 Os.Netas

 santosevale