



INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO

**A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TRANSFERÊNCIA
DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:
IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR**

Jorge Manuel Pereira Moreira

Maio de 2024

Escola Superior de Saúde



**INSTITUTO POLITÉCNICO
DE VIANA DO CASTELO**

Jorge Manuel Pereira Moreira

**A COMUNICAÇÃO DO ENFERMEIRO NA TRANSFERÊNCIA
DO DOENTE NO BLOCO OPERATÓRIO:
IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR**

VIII Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica

Estágio de Natureza Profissional
com Relatório Final

Trabalho efetuado sob a orientação de:
Professora Doutora Clementina Sousa
Professora Doutora Isabel Araújo

Maio de 2024

AGRADECIMENTOS

É verdadeiramente significativo reconhecer e expressar gratidão às pessoas que se cruzaram no meu caminho e contribuíram para o sucesso desta caminhada, por vezes tortuosa e íngreme. Agradeço o apoio e a colaboração daqueles que estiveram ao meu lado durante todo o processo de investigação e finalização deste trabalho.

À Professora Doutora Clementina Sousa e Professora Doutora Isabel Araújo, pelo apoio e dedicação em todas as orientações de esclarecimento fornecidos para a elaboração deste relatório e também pelo apoio na aprendizagem, bem como na disponibilidade e compreensão demonstradas.

À Escola Superior de Saúde, do Instituto Politécnico de Viana do Castelo, pelas oportunidades de desenvolvimento formativo.

À equipa multidisciplinar do Bloco Operatório Central, pelo acolhimento pelos conhecimentos transmitidos e oportunidades de aprendizagem proporcionadas.

Um agradecimento especial a todos os elementos que participaram no trabalho de identificação de necessidades e na formação realizada.

Aos meus filhos Maria e Vasco agradeço a compreensão pela falta de disponibilidade e de tempo de partilha, durante este percurso.

Ao meu Pai, pela sua presença e energia que me transmitiu, pela força, determinação e fé, que tudo é possível e o caminho é em frente com altos e baixos. Não duvidou que eu chegaria a bom porto, por isso sinto-me muito grato pela tua presença e proteção nos momentos mais difíceis.

A todos os que me são mais estimados e que me acompanharam durante este período, pela amizade, força, motivação e disponibilidade para me ajudar e apoiar, ao longo deste percurso.

O meu muito obrigado

“O degrau de uma escada não serve simplesmente para que alguém permaneça em cima dele, destina-se a sustentar o pé de um homem pelo tempo suficiente para que ele coloque o outro um pouco mais alto.”

Thomas Huxley (1873)

RESUMO

O Estágio de Natureza Profissional é um período formativo importante que, ao complementar a formação académica do ciclo de estudos, permite ao estudante, integrado num contexto profissional com profissionais experientes e situações clínicas complexas, desenvolver intervenções que lhe permitem adquirir e aperfeiçoar competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, para prestar cuidados altamente qualificados ao doente e família.

O presente relatório visa descrever, analisar e refletir sobre as oportunidades de aprendizagem e as atividades desenvolvidas, no processo de desenvolvimento e aquisição de competências especializadas em contexto de Bloco Operatório de um hospital, inserido numa Unidade Local de Saúde do norte do país, percebendo a importância da intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica.

Integra este relatório, um estudo de investigação exploratório e descritivo, com o propósito de criar e validar um instrumento que sistematize a transmissão da informação na transição dos cuidados do doente, de Sala de Operações para a Unidade Cuidados Pós Anestésicos e Serviço de Medicina Intensiva, suportado pela técnica ISBAR. Para validação dos itens que o constituem recorreu-se à técnica de Delphi.

A versão inicial do instrumento, constituída por 41 itens, foi submetida à análise de um painel de peritos, que após a segunda ronda, resultou numa versão de consenso com 38 itens que sistematizam a informação mais relevante a ser transmitida na transição dos cuidados.

Desta experiência formativa, destaca-se a importância da intervenção diferenciada do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica à Pessoa em Situação Crítica na melhoria contínua da qualidade de cuidados, num contexto diverso e complexo como um Bloco Operatório.

É importante ressaltar que a aprendizagem é um processo contínuo e dinâmico. Como futuro Enfermeiro Especialista, procura-se constantemente aprimorar os cuidados prestados, visando qualidade, eficácia e humanização.

Palavras-chave: Transferência do Doente, Sala Cirúrgica; Enfermagem, Comunicação, Cuidados Críticos.

ABSTRACT

The Professional Internship is an important training period that, by complementing the academic training of the study cycle, allows the student, integrated into a professional context with experienced professionals and complex clinical situations, to develop interventions that allow him to acquire and perfect common and specific skills of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing, to provide highly qualified care to the patient and family.

This report aims to describe, analyze and reflect on the learning opportunities and activities developed, in the process of developing and acquiring specialized skills in the context of an Operating Room of a hospital, inserted in a Local Health Unit in the north of the country, realizing the importance of the intervention of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing in the area of People in Critical Situations and their ability to provide highly qualified care to the patient and family.

This report is part of an exploratory and descriptive research study, with the purpose of creating and validating an instrument that systematizes the transmission of information in the transition of patient care, from the Operating Room to the Post Anesthetic Care Unit and Intensive Medicine Service, supported by the ISBAR technique. To validate the items that constitute it, the Delphi technique was used.

The initial version of the instrument, consisting of 41 items, was submitted to analysis by a panel of experts, which after the second round, resulted in a consensus version with 38 items that systematize the most relevant information to be transmitted in the transition of care.

From this training experience, the importance of the differentiated intervention of the Nurse Specialist in Medical-Surgical Nursing for People in Critical Situations stands out in the continuous improvement of the quality of care, in a diverse and complex context such as an Operating Room.

It is important to emphasize that learning is a continuous and dynamic process. As future Specialist Nurse, we constantly seek to improve the care provided, aiming for quality, effectiveness and humanization.

Key words: Patient Handoff ; Operating Room; Nursing; Communication; Critical Care.

LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS

AESOP - Associação de Enfermeiros de sala de Operação Portugueses

ACSQHC - *Australien Commission on Safety and Quality in Health Care*

BIS - Índice Bispectral

BO – Bloco Operatório

CA – Cateter Arterial

CDE - Código Deontológico do Enfermeiro

CVC – Cateter Venoso Central

CVP – Cateter Venoso Periférico

DGS - Direção Geral de Saúde

DR - Diário da República

EE – Enfermeiro Especialista

EEEMC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica

EEEMCEPSC - Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica na área de
Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica

ENP – Estágio de natureza Profissional

EOT – Entubação Oro traqueal

ESS do IPVC – Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo

IACS – Infecção Associada aos Cuidados de Saúde

ICN – *International Council of Nurses*

ISBAR – Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes),
Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações)

JCI – *The Joint Commission International*

KPC - *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase

LA – Linha Arterial

MCDT – Meios Complementares de Diagnóstico

MEMC – Mestrado em Enfermagem Médico-cirúrgica

MRSA - Methicillin Resistant Staphylococcus Aureus

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ORL – Otorrinolaringologia

PIA – Pressão Intra Abdominal

PNSD - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes

PSC – Pessoa em Situação Crítica

UADC – Unidade de Admissão de Doentes Cirúrgicos

UCPA - Unidade Cuidados Pós Anestésicos

SCIRA – Serviço de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos

SMI - Serviço de Medicina Intensiva

SO – Sala de Operações

SU - Serviço de Urgência

UADC - Unidade de Admissão Doentes Cirúrgico

UCI – Unidade de Cuidados Intensivos

ULS - Unidade Local de Saúde

ULS, E. P. E. - Unidades Locais de Saúde de entidades públicas empresariais

TET – Tubo Endotraqueal

TOF - Train of Four

SUMÁRIO

PENSAMENTO	II
RESUMO.....	III
ABSTRACT	IV
LISTA DE ACRÓNIMOS E SIGLAS	V
INTRODUÇÃO	1
CAPÍTULO 1. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE BLOCO OPERATÓRIO.....	4
1. O Contexto de Estágio de Natureza Profissional: Bloco Operatório.....	5
1.1. Caracterização do Bloco Operatório	6
1.2. Caracterização dos Recursos Humanos	6
1.3 Metodologia de Trabalho no Bloco Operatório.....	7
1.4. Cuidar a Pessoa e sua Família no Bloco Operatório.....	9
1.5. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Reflexão Crítica.....	13
1. 5.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal	13
1.5.2. Domínio da formação e desenvolvimento das aprendizagens profissionais ...	16
1.5.3 Domínio da gestão e melhoria contínua da qualidade de cuidados	19
1.6. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – cuidar a pessoa em situação crítica no bloco operatório: reflexão crítica.....	24
1.6.1. Cuidar da pessoa e família em situação crítica	25
1.6.2. Intervenção em situações de emergências, exceção e catástrofe	28
1.6.3. Intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos.....	30
CAPÍTULO 2. A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM: A TRANSIÇÃO DA INFORMAÇÃO NO BLOCO OPERATÓRIO.....	34
2. Enquadramento conceptual.....	35

2.1. O Processo de Handover no Bloco Operatório	35
2.2. Comunicação eficaz na transferência de doentes no BO: técnica ISBAR	37
CAPÍTULO 3. CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTO	41
3. Percurso metodológico	42
3.1. Justificação da problemática, objetivos e finalidades do estudo	42
3.2. Tipo de estudo	43
3.3. Procedimentos formais e éticos	52
3.4. Resultados	53
3.5. Discussão de Resultados.....	60
3.6. Conclusões do Estudo e Perspetivas Futuras.....	66
CONCLUSÃO.....	68
BIBLIOGRAFIA.....	70
ANEXOS	76
Anexo I - Modelo explicativo da técnica ISBAR.....	77
Anexo II – Parecer da comissão de ética para a saúde da ULS.....	79
APÊNDICES.....	81
Apêndice I – Plano de sessão de formação: Comunicação eficaz na transição de cuidados de saúde.....	82
Apêndice II – Cartaz ISBAR.....	89
Apêndice III – Versão inicial do instrumento	91
Apêndice IV – Questionário aos peritos.....	94
Apêndice V – Email enviado aos peritos.....	104
Apêndice VI – Versão do instrumento validada pelos peritos	106
Apêndice VII - Itens que não obtiveram consenso	109
Apêndice VIII – Versão final do instrumento: Comunicação do enfermeiro na transferência do doente no BO: implementação da técnica ISBAR.....	111

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 - Intervenções cirúrgicas realizadas no ano 2021 no Bloco Central da ULS.....	7
Quadro 2 - Itens da lista de verificação da informação do doente no Bloco Operatório....	37
Quadro 3 - Formação académica dos enfermeiros do painel de peritos.....	52

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 - Etapas do estudo.....	45
Figura 2 – Proveniência dos Peritos	51

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1– Critérios para determinar o grau de consenso	49
Tabela 2 – Evolução do painel de peritos por ronda.....	50
Tabela 3 – Género dos enfermeiros constituintes do painel de peritos.....	50
Tabela 4 – Idade e experiência profissional	51
Tabela 5 - Serviços onde exercem funções os enfermeiros do painel de peritos.....	52
Tabela 6 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “IDENTIFICAÇÃO”	54
Tabela 7 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “SITUAÇÃO”	55
Tabela 8 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens dos “ANTECEDENTES”	55
Tabela 9 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “AVALIAÇÃO”	56
Tabela 10 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens das “RECOMENDAÇÕES”	58
Tabela 11 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “ISBAR” – 2ª ronda	59

INTRODUÇÃO

A Enfermagem foi evoluindo historicamente como disciplina e profissão autónoma, capacitando os seus profissionais para implementar cuidados gerais e diferenciados alicerçados em evidência produzida cientificamente.

O Enfermeiro Especialista (EE) é “aquele a quem se reconhece competência científica, técnica e humana para prestar cuidados de enfermagem especializados” (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4744). Reforçando as competências comuns destes profissionais, o mesmo regulamento salienta “a educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”.

A Especialização em Enfermagem Médico-cirúrgica na área da Pessoa em Situação Crítica (EMCPSC) pressupõe a aquisição e desenvolvimento de níveis elevados de conhecimento e competências éticas, comunicacionais e técnico instrumentais, sustentadas no pensamento crítico para a tomada de decisão, visando a excelência nos cuidados de Enfermagem à pessoa que se encontre em doença crítica e/ou falência orgânica, e à sua família (Regulamento nº 429/2018, 2018). O domínio da Enfermagem Médico-cirúrgica, com foco na prestação de cuidados à Pessoa em Situação Crítica (PSC)¹, exige aprimoramento contínuo de competências para garantir assistência com qualidade e segurança. Este campo requer não apenas competências técnicas avançadas, mas também uma compreensão profunda das necessidades dos utentes nas diferentes dimensões. O presente relatório insere-se no âmbito da Unidade Curricular (UC): Estágio de Natureza Profissionalizante (ENP) do Mestrado de Enfermagem Médico-cirúrgica (MEMC), da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Viana do Castelo (ESS-IPVC), realizada num Bloco Operatório (BO) de um hospital, inserido numa Unidade Local de Saúde (ULS) do norte do país, entre 01 de julho a 30 de dezembro de 2021.

Pretendendo atingir os objetivos definidos e descritos no protocolo para o ENP (ESS-IPVC, 2022), em concordância com as competências comuns (Regulamento 140/2019, 2019) e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na área de

¹ Neste relatório utilizar-se-á o termo doente crítico, utente, doente, paciente, sendo que tal deve entender-se como “pessoa em situação crítica”, que é alvo dos cuidados de enfermagem especializada, como definido no Regulamento n.º 429/2018 (2018).

Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica (EEEMCEPSC) (Regulamento nº 429/2018, 2019), definiu-se os seguintes objetivos:

- Desenvolver e aprofundar competências em cuidados de enfermagem especializados à PSC e família, antecipando focos de instabilidade e/ou risco de falência orgânica num BO, numa prática profissional ética e legal;
- Maximizar a intervenção na prevenção e controlo da infeção em contexto de BO;
- Aprofundar conhecimentos e adquirir competências no âmbito da dinamização da formação em serviço, à equipa multidisciplinar;
- Desenvolver competências e participar ativamente na organização e gestão dos serviços, reconhecendo a importância de cada um dos intervenientes da equipa;
- Promover melhoria contínua da qualidade dos cuidados;
- Desenvolver competências no domínio da investigação;
- Mobilizar e consolidar conhecimentos adquiridos ao longo do curso de MEMC, numa prática clínica baseada na mais atual evidência científica.

A investigação realizada, envolveu uma problemática de reconhecida importância pela evidência científica e pela equipa do contexto clínico, no sentido de contribuir para melhorar a comunicação na transição do doente no BO, garantindo assim a qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem.

A segurança do doente constitui uma das dimensões ou componentes fundamentais do Plano Nacional para a Segurança dos Doentes (PNSD) 2021-2026 (Direção Geral da Saúde [DGS], 2022). O Ministério da Saúde reconhece que a segurança do doente é um desafio ininterrupto dos sistemas de saúde e da sociedade portuguesa, sendo o direito à proteção da saúde tutelado, nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, como um direito fundamental e um direito social (Diário da República [DR], 2.ª série 2021).

No que respeita à aplicação de boas práticas de segurança dos doentes, uma das estratégias do PNSD 2021-2026 (DGS, 2022) é aumentar a segurança da comunicação. Segundo a mesma fonte, a comunicação eficaz e eficiente entre os profissionais, numa instituição de saúde, é um dos principais pilares para a prevenção de eventos adversos e a promoção de cuidados seguros.

Conforme salientado por Siddiqui et al. (2012), uma comunicação deficiente entre profissionais da Sala de Operações (SO) e os profissionais da Unidade de Cuidados Pós

Anestésicos (UCPA) durante a transferência dos doentes, pode resultar em erros clínicos graves. A Organização Mundial da Saúde (OMS) também ressalta a importância da comunicação entre os profissionais durante a transição/transferência de cuidados, alertando para os riscos associados à troca de profissionais e equipes entre turnos, assim como à transferência de doentes entre diferentes áreas diagnósticas e terapêuticas. Tais situações aumentam o potencial de incidentes de segurança devido a falhas na comunicação e transferência de informações (DGS, 2022).

A Direção-Geral da Saúde (DGS) emitiu em 2017 a Norma 001/2017, que destaca a importância de uma comunicação eficiente na transição de cuidados, visando a segurança do doente. É salientado que essa comunicação deva ser padronizada, utilizando a técnica ISBAR (Identify - Identificação, Situation - Situação atual, Background - Antecedentes, Assessment - Avaliação e Recommendation - Recomendações).

Reconhecendo as competências específicas do EEEMCEPSC, ao longo do ENP realizado em BO, verificou-se a importância de aprofundar esta problemática, sendo posteriormente validada durante a reunião final do estágio do 1º ano, 2º semestre do MEMC. Dada a complexidade dos doentes críticos e a variedade de procedimentos cirúrgicos realizados, o ambiente oferecido neste BO constitui uma oportunidade única para o desenvolvimento de competências práticas e teóricas específicas, promovendo uma aprendizagem contínua e aprimoramento profissional.

**CAPÍTULO 1. ATIVIDADES REALIZADAS E COMPETÊNCIAS
ESPECIALIZADAS DESENVOLVIDAS EM CONTEXTO DE
BLOCO OPERATÓRIO**

1. O Contexto de Estágio de Natureza Profissional: Bloco Operatório

A ULS onde foi realizado o ENP surgiu em junho de 1999, sendo um estabelecimento público dotado de personalidade jurídica, autonomia administrativa, financeira e patrimonial e natureza empresarial integrada no Serviço Nacional de Saúde, criada por Decreto-Lei n.º 207/99 – Diário da República (DR) n.º 133/1999, Série I-A de 1999-06-09, sendo considerada na época uma experiência inovadora, ao integrar a unidade hospitalar e os quatro centros de saúde da área de referência. Tem como objetivo melhorar a interligação dos cuidados de saúde primários com os cuidados diferenciados, através de uma prestação e gestão integrada de todos os níveis de cuidados de saúde.

Esta ULS, E.P.E tem como visão a excelência na prestação de cuidados de saúde integrados, assumindo-se como modelo de referência para outros prestadores de cuidados de saúde, tendo como missão identificar as necessidades em saúde da população da sua área de influência, prestar um serviço global, integrado e personalizado, com acesso em tempo útil, de excelência técnica e científica ao longo do ciclo vital das pessoas e famílias, criando um sentido de vinculação e confiança nos colaboradores e nos clientes. Defende o valor primordial da vida e dignidade da pessoa humana, atitude de serviço, competência, eficiência, equidade, acessibilidade, integridade, qualidade e responsabilidade (Website institucional, 2010).

São atribuições da ULS:

- Prestar cuidados primários e continuados de saúde à população do concelho em que se encontra inserida;
- Prestar cuidados diferenciados de saúde à população da área de influência da ULS;
- Assegurar as atividades de saúde pública e os meios necessários ao exercício das competências da autoridade de saúde no concelho em que se encontra inserido;
- Participar no processo de formação contínua, pré e pós-graduada de profissionais do sector, prevendo a celebração de acordos com as entidades competentes (Website institucional, 2010)

Assim, a ULS satisfaz as necessidades em saúde à população do Concelho em que se encontra inserida, assumindo a integração dos diferentes níveis, desde a educação para a saúde e dos autocuidados, aos tratamentos continuados e paliativos e à referência para outros níveis da rede hospitalar.

Sendo que o ENP foi realizado num BO inserido na ULS, passa-se a descrever a sua caracterização, os recursos humanos e o método de trabalho.

1.1. Caraterização do Bloco Operatório

A Associação de Enfermeiros de Sala de Operação Portugueses (AESOP, 2006) define bloco operatório como uma unidade orgânico-funcional autónoma, constituída por meios humanos, técnicos e materiais vocacionados para prestar cuidados anestésicos/cirúrgicos especializados, com o objetivo de salvar, tratar e melhorar a qualidade de vida das pessoas.

O BO da referida ULS situa-se no piso 1, na ala este, numa área bem delimitada do Hospital. Tem 10 salas operatórias distribuídas de acordo com as especialidades cirúrgicas e a sua estrutura é dividida em:

- Norte: com cinco salas de operações, armazéns de material clínico e de esterilizados, vestiários e zona social que inclui a sala de reuniões.
- Central: local de receção dos utentes, tem o gabinete de enfermagem e o parque de camas.
- Sul: onde estão localizadas cinco salas de operações, armazéns de esterilizados e material clínico, farmácia e a UCPA.

Cada SO tem uma área de indução anestésica, e partilha com a sala contígua uma área de desinfeção das mãos. Aqui, encontram-se as baias de lavagem, as escovas, os desinfetantes para a lavagem cirúrgica das mãos e as máscaras cirúrgicas com viseiras que a equipa coloca antes de entrar na SO. Há também um carro com material esterilizado de aprovisionamento que dá apoio ao enfermeiro circulante. Uma das salas foi adaptada para receber doentes com ou suspeita de Covid-19.

É na UCPA que o doente recupera a consciência, retoma todos os reflexos protetores e estabiliza os sinais vitais. Esta unidade é dotada de 10 camas/unidades, individualizadas com cortinas, equipada com monitorização necessária para o recobro do doente. Existe um gabinete com fármacos e material de apoio, bem como um ventilador e um carro de emergência.

O acesso de pessoal autorizado ao BO é feito exclusivamente pelos vestiários que se situam entre o secretariado e a porta dos doentes. A UCPA tem acesso ao exterior que serve apenas de saída aos doentes aquando da transferência para outro serviço.

1.2. Caraterização dos Recursos Humanos

A equipa multidisciplinar do BO da ULS é composta por médicos de diversas especialidades, enfermeiros, assistentes operacionais e técnicos de imagiologia. Para além destes profissionais, a ULS contratualiza serviços de limpeza e vigilância a empresas externas.

A equipa de enfermagem do BO e UCPA é constituída por 94 enfermeiros – equipa fixa e equipa de urgência. Importa referir que esta equipa inclui à data sete EEEMC. Neste grupo profissional estão incluídas duas EEEMC em funções de gestão.

Para segurança nos cuidados, a OE recomenda que nas salas de operações para cirurgias programadas ou urgentes o enfermeiro circulante, o enfermeiro instrumentista e o enfermeiro de anestesia sejam Especialistas em Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória. Mas enquanto não houver especialistas nesta área, as equipas de enfermagem nos blocos operatórios contarão com enfermeiros generalistas e enfermeiros especialistas de diversas áreas, com preferência por especialistas em EEEMC (Regulamento n.º 743/2019, 2019). Em termos de dotações seguras, o BO onde foi realizado o ENP não reúne um número de enfermeiros especialistas suficiente para assegurar estes postos de trabalho, diariamente, nos três turnos.

1.3 Metodologia de Trabalho no Bloco Operatório

O plano de trabalho, nos dias úteis das 8h às 20h, é realizado diariamente pela Enfermeira Gestora, contemplando a distribuição dos enfermeiros pelas diferentes salas/valências cirúrgicas, de acordo com as suas competências no âmbito do peri- operatório.

Nos fins-de-semana, feriados e no período noturno a sala de urgência e UCPA é assegurada pela equipa de urgência constituída por cinco enfermeiros com competências específicas de forma a dar resposta às díspares urgências cirúrgicas.

Os doentes são encaminhados para o BO provenientes de vários serviços da unidade de saúde, nomeadamente da Unidade de Admissão Doentes Cirúrgicos (UADC). Se encaminhados pelo Serviço de Urgência (SU) são acolhidos pela equipa de enfermagem destacada para a urgência.

O acompanhamento do doente ao BO varia de acordo com as características e condição clínica do doente e a cirurgia a que será submetido. Os adultos sem especial complexidade de cuidados são acompanhados por um assistente operacional, as crianças são habitualmente acompanhadas por um enfermeiro, e o doente crítico é acompanhado por um enfermeiro e um médico.

A informação clínica relativa ao doente para a continuidade de cuidados, é transmitida através do documento de registos pré-operatórios, e via oral se acompanhado por enfermeiro. Esta informação é validada pelo enfermeiro que realiza a admissão ao BO, e novamente pelo enfermeiro responsável pela anestesia. Para além da verificação da identidade do doente através do nome e data de nascimento, são abordadas questões como jejum, a cirurgia a realizar e, caso se verifique, a sua lateralidade, antecedentes médicos, regime terapêutico, hábitos e alergias do doente.

Cada enfermeiro desempenha o seu papel específico dentro da equipa, com funções atribuídas nas áreas de circulação, instrumentação, anestesia e pós-anestesia. Essa abordagem promove um trabalho conjunto e coordenado para garantir o cuidado integral ao doente.

O pós-operatório é realizado na UCPA, e em situações de maior complexidade, no SMI. A transmissão da informação do doente é feita por dois enfermeiros: o enfermeiro circulante ou o enfermeiro instrumentista, relatando as especificidades da cirurgia, e outras informações como a presença de pensos, de gessos e/ou drenos; e pelo enfermeiro de anestesia, que relata todo o processo desencadeado desde a indução até ao acordar, muitas vezes via oral, ou orientando-se pela folha de registo, não havendo um instrumento no BO estruturado para a passagem da informação.

Relativamente aos indicadores de produção deste serviço, em 2021 efetuaram-se 6366 cirurgias, sendo 1695 urgentes/emergentes e 4671 eletivas. As especialidades que mais operaram foram: Ortopedia com 1220 cirurgias mais 57 cirurgias de Ortopedia infantil, Cirurgia Geral com 1170 cirurgias, Cirurgia ORL com 676 cirurgias, as com menos produção no bloco central foi a especialidade de Estomatologia com 41 cirurgia, e oftalmologia com seis cirurgias como se observa no quadro 1. Também se pode ler, que a especialidade que teve mais urgências foi a cirurgia geral com 831 cirurgias, a obstetria surge como a segunda especialidade com mais urgências, 327 cirurgias.

Quadro 1. - Intervenções cirúrgicas realizadas no ano 2021 no bloco central

	ELETIVAS	URGENTES/EMERGENTES
Anestesia	0	40
Cirurgia geral	1170	831
Cirurgia plástica	333	5
Estomatologia	41	0

Ginecologia	265	76
Obstetrícia	110	327
Oftalmologia	6	2
Otorringolaringologia	676	44
Ortopedia	1220	312
Ortopedia infantil	57	4
Uroginecologia	168	1
Urologia	53	625
TOTAL	4671	1695

Fonte: Sclínico da ULS

No contexto de cuidados em BO, independentemente da especialidade cirúrgica, os cuidados de enfermagem estendem-se ao doente e à sua família. Cuidar do doente é cuidar do seu bem-estar emocional e fortalecer a sua rede de apoio. É um ato de humanização que contribui para uma experiência mais positiva e tranquila durante a cirurgia.

1.4. Cuidar a Pessoa e sua Família no Bloco Operatório

O doente cirúrgico é a pessoa, cuja situação de saúde implica uma cirurgia eletiva ou emergente, estando exposta ao risco cirúrgico e anestésico, associado às suas comorbidades e tipo de procedimento cirúrgico.

Cabe ao EEEMC reforçar os riscos anestésicos e cirúrgicos, além de esclarecer dúvidas, ao doente e família, considerando as informações transmitidas durante a consulta de anestesia.

Todo o doente submetido a procedimento cirúrgico sob anestesia é um potencial doente crítico, necessitando de vigilância permanente e monitorização contínua, não só pela anestesia de que foi alvo, mas também pela cirurgia realizada, que pode implicar riscos, podendo haver a necessidade de atuar de forma imediata e eficiente em situações imprevistas. Com frequência surgem hemorragias, paragens cardíacas, ou alergias que podem pôr em causa a vida do doente podendo mesmo levar à morte (Teixeira, 2018).

Segundo a Ordem dos Enfermeiros (OE) (2018), os cuidados de enfermagem à PSC são cuidados altamente qualificados prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19362) podendo derivar de uma situação de emergência, exceção e catástrofe que colocam a pessoa em risco de vida. Este tipo de doente, pela complexidade da sua situação, deve ser cuidado pelo EEEMCEPSC.

Segundo o Parecer n.º 10/2017 da mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem Médico-Cirúrgica (OE, 2017), conceptualiza o EE, como sendo o profissional que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico de enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde. O EE demonstra níveis elevados de pensamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção.

Antes do início de qualquer procedimento cirúrgico, o EEEMC presta cuidados de forma sistemática, iniciando pela avaliação do estado de saúde atual do doente e identificação de diagnósticos de enfermagem e potenciais riscos. Esta fase pré-operatória é crucial para personalizar os cuidados, considerando as necessidades específicas de cada pessoa. No BO a monitorização contínua é realizada para garantir a estabilidade hemodinâmica do doente. O EEEMC utiliza equipamentos e procedimentos avançados, nomeadamente avaliar sinais vitais, administrar fluidos e garantir a adequada manutenção da anestesia. Durante todo este processo a comunicação eficaz com a equipa cirúrgica é primordial para coordenar os cuidados e responder rapidamente a qualquer incidente. Durante a fase de recuperação pós-cirúrgica, o EEEMC desempenha um papel crucial, monitorizando o doente, fornecendo os cuidados pós-operatórios adequados e avaliando a resposta do doente a esses cuidados (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Esta abordagem sistemática contribui significativamente para a qualidade dos cuidados de enfermagem no BO, garantindo resultados positivos e a segurança global do doente. Assim, espera-se do EEEMC, nomeadamente, do EEEMCEPSC, que seja detentor de conhecimentos atuais e competências gerais e específicas, que esteja capacitado para mobilizar os seus conhecimentos, de forma fundamentada, baseados nas evidências atuais, que tome decisões eficazes e que preste cuidados holísticos à pessoa como um ser único, respeitando os padrões de qualidade. Assim, o EEEMCEPSC necessita de formação específica e continuada.

A formação é essencial no desenvolvimento de competências especializadas, sendo fundamental e diferenciadora na prestação de cuidados de saúde. O EEEMCEPSC, ao possuir competências específicas, é capaz de oferecer cuidados de forma autónoma e interdependente, assegurando um padrão de excelência na assistência prestada.

O EEEMC desempenha um papel preponderante neste acontecimento na vida da pessoa e família, indo ao encontro das necessidades, ouvindo os seus medos, angústias e clarificando as suas dúvidas, tornando possível que estes se sintam num ambiente seguro e familiar. Assim, importa que se tenha em consideração como foco do cuidar não só o utente como a sua família.

De acordo com a Teoria das Transições de Afaf Meleis (2010), a Enfermagem é uma ciência humana, cujas preocupações centrais são as experiências de vida, os problemas de saúde, bem como o significado que cada pessoa atribui a estes fenómenos. Para esta teórica, no processo de vida, as transições assumem determinados padrões, podendo as pessoas atravessarem uma ou mais transições sequenciais ou em simultâneo, relacionadas ou não. Apesar da diversidade das transições, têm propriedades comuns, como os pontos críticos ou de rutura entre “o antes” e “o depois” do evento de saúde que pode provocar mudanças da vida das pessoas, o envolvimento da(s) pessoa(s) na tomada de decisão no processo transicional e a consciencialização das implicações da mudança, entre outras.

Compreender a natureza, as condições e as respostas individuais às transições é o foco das ações terapêuticas de enfermagem, tendo como alvo a promoção, proteção, manutenção ou recuperação da saúde das pessoas (Meleis, Sawyer, Eun-Ok, Messias, & Schumacher, 2000). Torna-se perceptível que o enfermeiro interage («interação») com um ser humano em situação de saúde/doença - cliente de enfermagem, ser humano que é parte integrante do seu contexto sociocultural - ambiente, e que está a viver uma transição ou a antecipação de uma transição - transição. As interações enfermeiro/doente organizam-se em torno de uma intenção - processo de enfermagem, e o enfermeiro utiliza ações - terapêuticas de enfermagem para promover, recuperar a saúde («saúde») (Meleis & Trangenstein, 1994, cit. por Basto, 2004).

As transições podem ser classificadas em quatro tipos, mais especificamente em: desenvolvimentais - acontecimentos relacionados com o ciclo de vida, que podem exigir reorganizações pessoais e relacionais mais ou menos profundas, como por exemplo, a gravidez, a parentalidade; situacionais - relacionadas com alterações na situação familiar, como a imigração, ou o assumir do papel de prestador de cuidados); saúde/doença - relacionadas com mudanças súbitas, as quais resultam ao mover-se de um estado de saúde para o de doença aguda, de bem-estar para doença crónica; e

organizacionais - relacionadas com alterações políticas, sociais e económicas que acontecem no contexto de uma organização (Meleis et al, 2000; Silva, 2009).

O doente no BO, e a sua família estão num processo de transição de saúde/doença, podendo encontra-se em fases diferentes e em simultâneo estar a atravessar outro tipo de transição, como por exemplo, situacional.

Importa assim, que o EEEMC desenvolva competências no sentido de apoiar e orientar o utente e a família no processo transaccional.

Na admissão à SO, a ansiedade e o receio associado à condição clínica do utente são frequentes. O EEEMC reconhece a importância de perceber os significados que o utente atribui à situação, delineando intervenções que permitam facilitar o processo. É responsabilidade do EEEMC no contexto de BO, como agente facilitador de processos de transição saúde/doença, ajudar a pessoa e família a vivenciar o ponto crítico que pode representar uma cirurgia, para que a consciencialização e respostas à mudança resultem num processo de transição saudável (Meleis et al., 2000).

O EEEMC desempenha um papel crucial no processo de transição do doente num ambiente complexo e vulnerável como o BO. Através do planeamento e implementação de intervenções focadas na promoção do bem-estar do doente, o EEEMC busca facilitar esse processo, tornando-o mais suportável para o doente e sua família. Ao integrar a família nos cuidados e no processo de recuperação, o EEEMC contribui para seu regresso à normalidade (Meleis, 2010).

Cada indivíduo lida com os momentos de passagem inerentes à sua existência, não podendo ser somente entendida numa perspetiva individual, cada pessoa é resultado da sua própria família, na qual se insere, pela sua capacidade de adaptação e pelos recursos pessoais, externos, experiências vividas e significado atribuído aos acontecimentos (Meleis, 2010). A transição envolve uma mudança no estado de saúde, no desempenho de papéis, nas expectativas ou habilidades, nas necessidades de todos os sistemas humanos, pois requer que o ser humano incorpore um novo conhecimento, e consequentemente, altera o comportamento, tendo uma nova definição de si em todo o seu contexto (Meleis, 2000).

O percurso de desenvolvimento de competências do EEEMC harmoniza a parte teórica com a prática, promovendo o bem-estar do doente e família e potenciando a melhoria dos cuidados enfermagem.

1.5. Desenvolvimento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista: Reflexão Crítica

A realização do ENP permitiu o desenvolvimento e aquisição de competências específicas do EEEMCEPSC, e, oportunidade de adquirir, aprofundar e aplicar novos conhecimentos baseados na evidência científica em contexto clínico.

Com o desenvolvimento da investigação em enfermagem e uma maior exigência do doente e sua família, os cuidados de enfermagem assumem hoje uma maior importância e domínio técnico e científico, sendo a diferenciação e a especialização, cada vez mais, uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Deste modo, como descrito no regulamento supracitado, a OE (2019) atribuiu competências comuns que são partilhadas por todos os EE, seja qual for a área de especialização, fazendo parte integrante a responsabilidade profissional, ética e legal; a gestão dos cuidados; a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais. Estas envolvem várias dimensões, entre elas o respeito pelos princípios éticos e deontológicos, assumir um papel dinamizador, contribuir para um ambiente terapêutico seguro e desenvolver boas práticas baseadas em evidências científicas.

No sentido de desenvolver competências especializadas e contribuir para a melhoria da qualidade dos cuidados, considera-se como prioritário identificar necessidades de aprendizagem pessoais, eventuais desafios do serviço decorrentes de necessidades sentidas pela equipa e/ou identificadas durante o ENP, de modo a analisar possibilidades de intervenção.

Para o diagnóstico de necessidades, podem ser utilizados diversos instrumentos, tais como: observação, questionários, entrevistas, entre outros (Ferrito et al., 2010). As necessidades foram identificadas por perceções pessoais, pela observação das práticas clínicas e entrevistas informais com enfermeiros e com a Enfermeira Gestora do serviço.

Considera-se, portanto, intervir e colaborar na formação em serviço na conceção/operacionalização do plano de formação, na gestão de cuidados e no estudo da problemática da transmissão da informação do doente cirúrgico do BO, cujas atividades explanamos nos subcapítulos seguintes.

1. 5.1. Domínio da responsabilidade profissional, ética e legal

Durante o exercício profissional no domínio do EE, é necessária uma prática ética e legal, em conformidade com as normativas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional. Para adquirir essa competência, o EE demonstra uma atuação segura, profissional e ética, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. Isso é baseado num sólido conhecimento do domínio ético-deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas revisões individuais do doente, conforme previsto no Regulamento n.º 140/2019.

Todas as intervenções de enfermagem realizadas pelo EE devem ser pautadas pela preocupação com a dignidade da pessoa e sua liberdade, conforme esta consignado no artigo 99 do Estatuto da OE (2015). É essencial que o EE mantenha o respeito pela autonomia do doente, garantindo seu consentimento informado em todos os procedimentos. Além disso, o EE deve estar atento à confidencialidade das informações do doente e garantir que seus direitos sejam respeitados em todas as etapas do cuidado no BO.

Sendo o ENP realizado no BO, é crucial que o EE esteja atento a várias questões éticas e legais, a fim de proteger e garantir os direitos do doente. As suas ações são reguladas pelos estatutos da OE, exigindo que o EE siga os princípios e deveres da profissão e os princípios éticos universais, nomeadamente a privacidade, confidencialidade, segurança e dignidade.

No exercício diário da profissão, onde se assume a responsabilidade de cuidar do outro, é constante o desafio de zelar pelos princípios e valores do utente, muitas vezes em situações em que se encontra vulnerável. No contexto do BO, é comum que a nudez do doente seja exposta. O artigo 86.º - Do Respeito pela intimidade, refere que no exercício da nossa função, a intimidade da pessoa deve estar sempre salvaguardada, respeitando sempre a sua intimidade (OE, 2005).

O EE tem o dever de proteger a privacidade do utente ao longo de todo o período pré-operatório, especialmente aquando da sedação, e a responsabilidade de explicar claramente a necessidade da mesma, assegurando sempre o respeito à privacidade do doente e obtendo seu consentimento informado (OE, 2005).

O consentimento informado, livre e esclarecido é imprescindível a qualquer procedimento anestésico. Obteve-se o consentimento dos doentes após explicação detalhada e esclarecimento sobre as intervenções planeadas, nomeadamente as características da anestesia, e de outros procedimentos necessários como inserção de outro cateter venoso, cateter arterial, tamponamento nasal, algaliação, entre outros.

O papel dos EE é inegavelmente complexo, pois enfrenta discernimento ético e moral. Para atender a esses pressupostos, o EE deve desenvolver habilidades fundamentadas em conhecimento sólido, atenção apurada e sensibilidade para com as necessidades dos doentes, o que implica uma compreensão profunda das implicações éticas envolvidas em cada situação clínica.

Como refere o Artigo 81.º do CDE (2005) relativo aos valores humanos, o EE assume o dever de cuidar da pessoa sem distinção, assumindo responsabilidade na área dos valores humanos. A sua prática deve reger-se pelos princípios éticos em cuidado de saúde, que são a autonomia, a beneficência, a não maleficência, justiça e a vulnerabilidade. Estes são princípios fulcrais e orientadores à prestação de cuidados, no sentido de estabelecer uma relação terapêutica com o doente de forma assertiva e empática, independentemente do contexto da prática.

O princípio da autonomia foi respeitado, sendo que após transmitida toda a informação, e verificada a sua compreensão, o utente é livre de tomar as decisões relativas aos procedimentos realizados.

A responsabilidade é colocada como princípio orientador da prática de cuidados, como dever deontológico e como dever específico no direito ao cuidado, e sendo constituído um domínio comum a todos os EE, no que respeita ao emprego de práticas de tomada de decisão, à análise contínua das melhores evidências e, sobretudo, das escolhas da pessoa que cuidamos.

Ao longo do ENP compreendeu-se a importância da aquisição de competências no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, de perceber o doente como um todo, com valores próprios e poder decidir o melhor para ele face às informações claras e transmitidas. Foi ainda possível refletir acerca da identificação de prioridades, desenvolvendo competências acerca da capacidade de reagir face a situações imprevistas e complexas, permitindo o desenvolvimento de uma prática subjacente a este domínio, e, ao mesmo tempo na promoção de cuidados que respeitem os direitos humanos as responsabilidades profissionais.

As questões de segurança e confidencialidade foram uma prioridade constante ao longo de todo o ENP. Durante a transmissão de informações, a transferência do doente, a privacidade do mesmo foi sempre garantida. Essa precaução foi tomada para proteger a dignidade e os direitos do doente, assegurando que apenas as informações necessárias fossem partilhadas entre os profissionais envolvidas no cuidado. Essa prática reforça o compromisso ético e profissional com a confidencialidade e o respeito pelo doente, promovendo uma abordagem centrada no doente e na sua integridade pessoal.

1.5.2. Domínio da formação e desenvolvimento das aprendizagens profissionais

Durante o ENP, foi possível desenvolver competências emocionais, técnicas e científicas. Segundo a OE (2015), o EE deve buscar a excelência em cada ato profissional, comprometendo-se a atualizar os seus conhecimentos continuamente e a utilizar as tecnologias de forma competente, além de investir em uma formação permanente e aprofundada nas ciências humanas. Para enfrentar os desafios propostos no ENP, essa necessidade constante de atualização de conhecimentos é essencial para o EE que desempenha um papel diferenciador no cuidado ao utente e à família.

No âmbito das competências comuns do EE, é imperativo que o mesmo seja capaz de ampliar o autoconhecimento, fundamentado em padrões altamente qualificados. O EE deve fundamentar a sua prática profissional na melhor evidência científica, utilizando conhecimento válido, atual e pertinente para alicerçar os processos de tomada de decisão e intervenções. Este assume a sua própria aprendizagem, devendo liderar ou participar ativamente nos processos de formação dos seus pares e da equipa pluridisciplinar (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Como estratégia para o desenvolvimento desta competência, foram identificadas necessidades de aprendizagem ao longo do ENP. As diversidades de anestesia, cirurgias e procedimentos realizadas no BO foram um desafio na aquisição de novos conhecimentos e adaptabilidade a um ambiente diferente e rigoroso em termos de assepsia e abordagem ao doente cirúrgico. Cada doente requer ainda uma abordagem anestésica específica, com técnicas e posicionamentos cirúrgicos variados. A busca contínua pela atualização dos conhecimentos e a compreensão da intervenção baseada em evidência foi crucial para a aquisição desta competência

O EE assume ainda um papel fundamental na formação em serviço. No que respeita ao BO, no âmbito da formação em serviço, é implementado um plano anual de formação devidamente organizado. Toda a equipa de enfermagem tem uma participação ativa em diversas ações de formações em serviço, abrangendo não apenas iniciativas hospitalares, mas também aquelas promovidas dentro do próprio serviço.

Compreendeu-se ainda o processo de levantamento de necessidades formativas da equipa, e o percurso de dar resposta às mesmas, recorrendo ao conhecimento e competências dos EE de acordo com a sua área de atuação e sempre que necessário, a formadores externos. A natureza multidisciplinar das temáticas abordadas torna-se

evidente, abrangendo colaboradores como enfermeiros, assistentes operacionais e médicos. Durante o ENP houve a possibilidade de assistir a formações relativas às seguintes temáticas: Ventilação Invasiva em Anestesia; Sustentabilidade no Bloco Operatório; Administração Mitomicina Intravesical; Supervisão Clínica em Enfermagem; Comunicação; Apresentação Robot Desinfecção UVD; Preparação e Manipulação de Fatores de Crescimento; Triagem Resíduos Hospitalares; Algoritmo Suporte Avançado de Vida (SAV); e Cateteres Venosos Longos e Média Duração- PICO e Medline.

Ao longo do ENP, tornou-se claro que o papel do EE na formação entre pares é de suma importância. Este enfoque permite a troca de conhecimentos e experiências, promovendo uma abordagem holística e colaborativa interdisciplinar.

O domínio da formação desempenha um papel crucial como alicerce para o contínuo desenvolvimento profissional. Cada EE assume a responsabilidade pela atualização constante do seu conhecimento, posicionando-se não apenas como um agente de autodesenvolvimento, mas também como um dinamizador que fomenta a aprendizagem e a ampliação de competências entre os seus pares ou na equipa multiprofissional.

Além da pesquisa contínua e atualizada de conhecimentos, o Regulamento n.º 140/2019 (2019) estipula que o EE deve possuir a capacidade de identificar lacunas no conhecimento, desempenhar o papel de formador oportunamente no ambiente de trabalho, diagnosticar necessidades formativas e promover a aprendizagem, habilidades de intervenção e desenvolvimento de competências. É também incumbência do EE adotar a sua prática clínica com base em evidências científicas atuais e integrar novos conhecimentos nos diversos contextos da prática clínica, com o objetivo de alcançar ganhos na saúde.

Das diferentes ações de formação realizadas destaca-se neste relatório a focada na temática da Comunicação. Considerando que a Comunicação constitui uma competência de importante relevância em qualquer contexto, durante o desenvolvimento do ENP identificou-se a ausência de um método padronizado de transmissão da informação no BO, resultando em informação excessiva ou insuficiente, e, por vezes a dificuldade em assimilar toda a informação por parte dos recetores. Assim, percebeu-se a necessidade de melhorar a comunicação durante a transferência dos cuidados. Para atender a esta questão, ponderou-se a aplicação da técnica ISBAR, visando construir uma ferramenta estruturada para facilitar a transição dos cuidados com segurança. Adicionalmente, atendendo às diretrizes do PNSD 2021-2026 e à Norma nº 001/2017 da DGS (2017) realizou-se um estudo de investigação, em contexto real de trabalho, com o objetivo de identificar as informações mais relevantes a serem transmitidas durante a fase de transição dos

cuidados da SO para a UCPA ou SMI. O desenvolvimento deste trabalho é descrito num capítulo específico deste relatório (Cap. 2).

Foi necessário apresentar a ferramenta ISBAR à equipa de enfermagem (Anexo I). Para tal foram realizadas duas ações de formação abordando os temas "ISBAR" e "Comunicação", considerados pertinentes para o grupo e de importância para a segurança e qualidade dos cuidados ao doente. Estas ações foram inseridas em dois momentos de formação em serviço. Os temas foram apresentados em 21/05/2022 e 17/06/2022, respetivamente, em formato presencial, em colaboração com duas EE de um Instituto de Oncologia do Grande Porto (Apêndice I), peritas na implementação da técnica ISBAR. Após as ações de formação observou-se uma adesão positiva por parte dos enfermeiros. De uma maneira geral a equipa estava ciente da técnica ISBAR, contudo, não a incorporava de forma consistente na sua prática diária. Reconheciam a importância de contar com uma ferramenta estruturada baseada no ISBAR durante a transição de cuidados, visando a segurança do doente. Alguns enfermeiros admitiam transmitir informações desnecessárias, enquanto outros indicavam que, por falta de uma estrutura orientadora, ocasionalmente deixavam de transmitir informações pertinentes durante a transição de cuidados.

Como suporte à implementação da técnica ISBAR, elaborou-se um cartaz para a UCPA, apresentando a mnemónica, e servindo como guia orientador na transferência dos cuidados (Apêndice II).

A literatura destaca a eficácia da técnica ISBAR, adaptável a diversos contextos clínicos. A implementação de uma comunicação estruturada durante a transição dos cuidados comprovou evitar a perda de informações relevantes, contribuindo para a segurança dos doentes (Kaltorf et al. 2022; Parra, 2019; Burgess et al. 2020; Appelbaum et al. 2022; Kitney, 2018; Halterman, 2019; Nunes, 2023 e DGS, 2017).

Enquanto futuro EE, clarificou-se a equipa sobre a importância da comunicação na transferência de responsabilidades entre profissionais, destacando-a como um fator crucial na segurança da PSC. A adoção de um sistema padronizado de transmissão de informações procura diminuir erros e aprimorar a qualidade dos cuidados prestados. Especificamente, no BO, a padronização do método de comunicação é recomendada pela *Joint Commission International* (JCI, 2017), uma vez que reduz a perda de informação e fomenta a continuidade dos cuidados. É inequívoco que a necessidade de formação é constante em qualquer cenário da prática clínica, seja para a introdução de novos procedimentos, aprimoramento das atividades existentes ou reforço da informação.

Assim, o ENP desempenhou um papel de suma importância na promoção da aquisição de competências no âmbito do desenvolvimento de aprendizagens profissionais, bem como na reflexão sobre a prática de cuidados, tendo possibilitado ainda um grande crescimento pessoal e profissional. As estratégias delineadas para adquirir competências na área da formação revelaram-se altamente benéficas, proporcionando-nos uma compreensão essencial de que o trabalho e a formação não podem ser conduzidos de maneira isolada. Nesse contexto, o EE desempenha um papel central na identificação das necessidades de formação contínua, fundamentando-se nos desafios enfrentados pelas equipas e na estrutura organizacional das instituições.

A constante necessidade de atualização de conhecimentos também é essencial para os EE, quando assumem papéis de liderança na gestão dos cuidados de enfermagem.

1.5.3 Domínio da gestão e melhoria contínua da qualidade de cuidados

O Regulamento n.º 140/2019 (2019) salienta que no âmbito da gestão dos cuidados, o EE deve gerir os cuidados de enfermagem de forma a otimizar a resposta da sua equipa, promovendo a garantia da segurança e qualidade dos cuidados.

A gestão é inerente aos cuidados de enfermagem, especialmente ao EE, melhorando as respostas em equipa e, conseqüentemente, elevando a qualidade desses cuidados. A gestão dos cuidados passa também pela gestão de recursos materiais e recursos humanos, estando estes muitas vezes sob a responsabilidade de EE.

O contexto e as condições em que os cuidados de saúde são prestados têm impacto na segurança e efetividade dos mesmos. Fatores como os recursos disponíveis, a adequação dos profissionais e equipas de saúde, a formação, a organização do trabalho e a existência de ferramentas e instrumentos influenciam a segurança dos ambientes de cuidados, conforme descrito no PNSD 2021-2026 (DGS, 2022).

Para garantir uma prestação de cuidados eficiente e oportuna, o EE pode desempenhar um papel crucial na uniformização da disposição de materiais, na manutenção do bom estado dos equipamentos e na garantia de material adequado para a prestação dos cuidados. Poderá também ser responsável pela gestão dos recursos humanos de enfermagem, nomeadamente a substituição de profissionais ausentes para garantir a continuidade dos cuidados. No contexto onde se realizou o ENP, estas funções são coadjuvadas por dois EEEMC que vão alterando a sua colaboração mensalmente. Estes

EEEMC são designados como responsáveis do turno e assumem o papel de substituir a Enfermeira Gestora na sua ausência.

No sentido de adquirir competências específicas neste domínio, acompanhou-se a Enfermeira Gestora do BO e o EEEMC responsável de turno. Esta oportunidade fortaleceu a aquisição de habilidades, proporcionando oportunidades de desenvolvimento de aprendizagem, especialmente no que diz respeito à gestão de recursos humanos e materiais, cooperação na tomada de decisões e apresentação de soluções eficientes para os desafios que surgiam na área da prestação de cuidados.

A ausência de enfermeiros num dia de trabalho afigura-se como um desafio adicional, implicando a reorganização do serviço e, em algumas situações, a impossibilidade de manter salas operatórias em funcionamento, devido à dificuldade em reunir uma equipa com as competências indispensáveis para determinada intervenção cirúrgica.

Este contexto exige uma abordagem estratégica e criteriosa por parte da Enfermeira Gestora, que, em colaboração com o médico gestor do BO, se vê constantemente sujeita a adotar decisões assertivas. A alocação eficiente dos enfermeiros, considerando as suas especialidades e competências, torna-se crucial para assegurar a qualidade e a segurança nos procedimentos cirúrgicos. Diariamente, os enfermeiros são distribuídos por salas operatórias e pela UCPA.

A tarefa de coordenar recursos humanos num ambiente hospitalar, especialmente numa unidade tão específica como o BO, exige habilidades de liderança, capacidade de resolução de problemas e flexibilidade para lidar com imprevistos, (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

Neste contexto desafiador, a Enfermeira Gestora destaca-se como uma figura central na coordenação, otimizando recursos para manter elevados padrões de qualidade e promover a segurança do doente. A capacidade de adaptação e a habilidade em formar equipas coesas e competentes são atributos fundamentais para enfrentar as adversidades que surgem diariamente, garantindo a continuidade dos serviços cirúrgicos e a preservação dos mais elevados padrões de qualidade, (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

O desenvolvimento de competências, especialmente na gestão de recursos diante de cenários de escassez, na otimização dos meios disponíveis para lidar com situações imprevistas e na coordenação da equipa face a eventos urgentes ou emergentes, resulta no estabelecimento inequívoco de uma correlação entre a eficácia da gestão e a garantia do compromisso assistencial ao doente, (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

As atividades desenvolvidas, no âmbito do domínio da gestão de cuidados no BO, passaram por colaborar com a Enfermeira Gestora na elaboração dos planos de trabalho

diários, reconhecendo as competências de cada elemento da equipa, na concretização de horários mensais de trabalho, no reconhecimento das dotações seguras em contexto de BO, e na reorganização de caixas com o material adequado à rápida intervenção em situações de emergência, nomeadamente preparadas para colocação de Cateteres Venosos Centrais e Cateter Arterial, e ainda no procedimento interno relativo à localização e constituição dos Carros de apoio à anestesia.

Segundo o Plano de Ação Mundial para a Segurança do Doente (PAMSD) 2021-2030 da OMS, a segurança do doente engloba um conjunto organizado de atividades que promovem uma cultura, procedimentos, comportamento, tecnologias e ambiente seguros nos cuidados de saúde. Essa abordagem visa reduzir a ocorrência de danos evitáveis, sendo um dos indicadores a identificação inequívoca de doentes e a segurança na medicação (DGS, 2022).

O Regulamento n.º 140/2019, destaca que é a responsabilidade do EE criar e manter um ambiente terapêutico seguro. Isso envolve a realização de uma gestão de risco tanto a nível institucional como nas unidades funcionais, contribuindo assim para a segurança e eficácia dos procedimentos no BO.

Neste contexto, durante o ENP adquiriu-se e aprofundou-se competências, conforme orientação do Regulamento n.º 140/2019, na gestão do ambiente, na segurança na preparação e administração de terapêutica e prevenção de incidentes, no sentido de promover ações preventivas para salvaguardar a segurança do doente evitando erros e incidentes adversos. Conforme já referido anteriormente, a identificação do utente (nome e data de nascimento), cirurgia e lateralidade se aplicável, são alvo de tripla verificação.

A qualidade em saúde está interligada à segurança do doente. A qualidade e a segurança no sistema de saúde são uma obrigação ética, e contribuem decisivamente para a redução dos riscos evitáveis, para a melhoria do acesso aos cuidados de saúde, da equidade e do respeito com que os cuidados são prestados. O direito à proteção da saúde é tutelado, nos termos do artigo 64.º da Constituição da República Portuguesa, como um direito fundamental e um direito social (Despacho n.º 9390/2021, 2021).

A promoção da segurança do doente e da qualidade dos cuidados, bem como a gestão do risco associadas à prestação de cuidados de saúde, visam garantir a maior segurança possível do doente (Dias, 2014). No Despacho n.º 9390/2021 é consignado que as pessoas têm direito a aceder aos cuidados de saúde adequados à sua situação de saúde/doença, com prontidão e no tempo considerado clinicamente aceitável, de forma digna, de acordo com a melhor evidência científica disponível e seguindo as boas práticas de qualidade e segurança em saúde. Segundo o mesmo despacho, o funcionamento do SNS deve fazer-

se por vários princípios, o da qualidade, com base na evidência científica os cuidados prestados, de forma humanizada, com correção técnica e atenção à individualidade da pessoa, dando a devida relevância à qualidade e à segurança da pessoa.

O Regulamento n.º 140/2019, define que no domínio da melhoria contínua da qualidade, o EE deve garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica. Deve desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua e garantir um ambiente terapêutico e seguro.

Os desafios na garantia da qualidade dos cuidados de saúde têm impulsionado o aparecimento de programas de Melhoria Contínua da Qualidade (MCQ), que são abrangentes e aplicáveis em todos os níveis do sistema de saúde. Esses programas buscam enfrentar as novas realidades decorrentes do rápido avanço da história, da globalização, da técnica e da ciência, além das influências políticas, económicas e financeiras (Dias, 2014). O mesmo autor salienta que a qualidade nos cuidados de saúde não é um conceito abstrato, mas sim algo concreto, fundamentado em pilares como eficácia, efetividade, eficiência, otimização, aceitabilidade, legitimidade e equidade. Sendo essencial definir a qualidade com base nas normas técnicas dos prestadores e nas expectativas dos doentes, destacando o papel crucial das associações profissionais na formulação de padrões de qualidade em cada domínio específico das profissões envolvidas.

O EEEMC concebe, implementa e avalia planos de intervenção para atender às necessidades das pessoas e famílias sob seus cuidados, tendo a responsabilidade de detetar precocemente, estabilizar, manter e recuperar doentes em situações que requerem vigilância especializada, monitorização e terapêutica. Além disso, procura prevenir complicações e eventos adversos, promovendo a saúde e prevenindo doenças em diversos contextos de atuação (OE,2017).

É responsabilidade do EEEMC antecipar complicações decorrentes de doenças agudas ou crónicas e de processos médicos e cirúrgicos complexos. Este, coordena riscos e ambientes com base em evidências científicas, elaborando e implementando protocolos de atuação, trabalha em parceria com outros profissionais de saúde, encaminhando conforme necessário, e é responsável pelas decisões tomadas, realizadas e delegadas para prevenir complicações (OE,2017).

O EEEMC participa na conceção de planos de prevenção, intervenção e controle de infeções e resistência a antimicrobianos, baseando-se em evidências científicas. Define estratégias a serem implementadas na unidade de cuidados, liderando a execução desses

planos e estabelecendo os procedimentos e circuitos necessários para prevenir infecções durante processos médicos e cirúrgicos complexos. Além disso, capacita as equipes de profissionais na prevenção e controle de infecções associadas aos cuidados de saúde e resistência a antimicrobianos (OE,2017).

O EEEMC também lidera a gestão de riscos em cuidados especializados, otimizando um ambiente seguro e de qualidade para minimizar eventos adversos. Implementa intervenções seguras fundamentadas em evidências científicas e avanços tecnológicos, conduz técnicas de alta complexidade com segurança e capacita as equipas na administração de protocolos terapêuticos complexos (OE,2017).

Para efetiva competência no exercício profissional nesta área, o EE deve possuir um conhecimento concreto e sistematizado, sendo da sua responsabilidade garantir a segurança dos cuidados de enfermagem e atuar como promotor do desenvolvimento profissional dos seus pares, visando a obtenção de ganhos em saúde (Regulamento n.º 76/2018, 2018).

Considera-se que a disponibilidade de guias orientadores de boas práticas, assim como projetos de melhoria contínua da qualidade e segurança dos cuidados de enfermagem, contribuem de uma forma crucial para a criação de um ambiente de trabalho mais seguro e eficaz.

De acordo com Azevedo et al. (2020), o EE, enquanto profissional habilitado, deve fundamentar a sua prática em padrões de qualidade, priorizando a segurança do doente em todos os níveis de atuação. A responsabilidade do EE é ampliada, destacando-se a promoção contínua da qualidade, disposta no regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista, regulamento n.º 140/2019, (OE, 2019), que preconiza basear a prática em evidências científicas para melhorar a saúde e a qualidade dos cuidados prestados.

Apresentam-se de seguida as competências do EE na melhoria contínua da qualidade:

- Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica;
- Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua;
- Garante um ambiente terapêutico e seguro, Regulamento n.º 140/2019 (2019, p. 4745).

No contexto da melhoria continua da qualidade, conforme descrito por Azevedo et al. (2020), é indispensável realizar uma gestão proativa dos riscos, identificando e avaliando-os para implementar medidas preventivas, além de avaliar a eficácia dessas ações.

Incidentes relacionados com a segurança do doente estão, frequentemente, associados a questões de organização, coordenação e comunicação.

Assim, e considerando o projeto de investigação implementado no serviço, a Enfermeira Gestora definiu que a ferramenta para transmitir os itens mais importantes durante a transição de cuidados, a técnica ISBAR, seria implementada no BO. O estudo de validação deste instrumento é apresentado no Capítulo 2.

1.6. Desenvolvimento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem médico-cirúrgica – cuidar a pessoa em situação crítica no bloco operatório: reflexão crítica

O EE, além das competências comuns reconhecidas na área, também demonstra competências específicas que o capacitam a prestar cuidados diferenciados e altamente especializados. Essas competências exclusivas do EEEMC na área da enfermagem especializada no cuidado a PSC, são adquiridas por meio de formação académica e contínua, permitindo ao EEEMCEPSC atender às necessidades específicas do doente crítico de maneira mais eficaz e abrangente. A combinação de conhecimentos gerais e especializados destaca o papel crucial do EEEMCEPSC na prestação de cuidados de saúde de alta qualidade e na promoção do bem-estar da PSC sob sua responsabilidade.

De acordo com o Regulamento n.º 429/2018 (2018, p. 19359) refere que é competência do EEEMCEPSC, lidar com situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, desde a conceção à ação efetiva, incluindo a maximização da intervenção na prevenção e controle de infeções perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, considerando a complexidade dessas circunstâncias.

O mesmo regulamento salienta que os cuidados de Enfermagem à PSC são; “altamente qualificados, prestados de forma contínua à pessoa com uma ou mais funções vitais em risco imediato, como resposta às necessidades afetadas e permitindo manter as funções básicas de vida, prevenindo complicações e limitando incapacidades, tendo em vista a sua recuperação total”.

O ENP desempenhou um papel crucial no desenvolvimento dessas competências específicas, as quais são estruturadas em três principais subcapítulos, acompanhados da descrição e análise crítico reflexiva de algumas experiências que contribuíram para a aquisição dessas competências.

1.6.1. Cuidar da pessoa e família em situação crítica

O Regulamento n.º 429/2018, define-se a pessoa em situação crítica como aquela cuja vida encontra-se ameaçada devido à falência iminente ou efetiva de uma ou mais funções vitais, sendo a sobrevivência dependente de meios avançados de vigilância, monitorização e terapêutica. Assim, torna-se essencial que o EEEMC na abordagem à PSC possua competências que o habilitem a ser uma figura de referência nesse domínio de atuação proporcionando cuidados de elevada qualidade.

No decurso do ENP foi possível aprofundar e aperfeiçoar competências no âmbito do atendimento à PSC vivenciando experiências significativas que permitiram o desenvolvimento dessas competências necessárias ao desempenho autónomo e eficaz nos vários domínios de competências do EEEMCEPSC.

A realização anterior de estágio curricular em contexto de BO permitiu a aquisição de determinadas competências, no entanto, um entendimento mais aprofundado da realidade do BO e das suas exigências, foi crucial rever e consolidar todos os conhecimentos previamente adquiridos.

A experiência profissional prévia em contexto Serviço de Urgência e Viatura Médica de Emergência e Reanimação proporcionou a aquisição de determinadas competências, nomeadamente na resposta a situações de emergência. No entanto, em contexto de BO, foi possível experienciar outras situações especialmente complexas e exigentes, nomeadamente cesarianas de emergência, exigindo rapidez na abordagem e conhecimento específicos. A intervenção em várias dimensões, como rápida preparação de terapêutica e entubação oro traqueal (EOT), apoio em determinados procedimentos, como colocação de Cateter Venoso Central (CVC), Cateter Arterial (CA), Cateter Epidural, ou realização de raquianestesia, muitas vezes simultaneamente, possibilitou o desenvolvimento de competências no cuidado à pessoa em situação complexa.

Com o apoio dos EEEMC que acompanharam o ENP, foi possível desenvolver estratégias que melhoraram a resposta profissional inerente ao doente crítico. Como Benner (2001) evidencia, o enfermeiro ao iniciar a sua intervenção num serviço que lhe é desconhecido, deve basear-se na experiência adquirida como alicerce para desenvolvimento de competências.

A par do aprofundamento do conhecimento científico baseado na melhor e mais atual evidencia, reconheceu-se a necessidade de desenvolver a habilidade de identificar, destacar e incorporar o estabelecimento de prioridades ao lidar com a PSC, implicando uma abordagem proativa na antecipação de situações de instabilidade e falência orgânica.

Foi importante compreender que em contexto cirúrgico, podem surgir riscos relacionados com a anestesia, como o compromisso da via aérea, ou a riscos hemorrágicos associados à própria intervenção cirúrgica, reforçando a necessidade de um completo conhecimento da história prévia do doente, da intervenção cirúrgica realizada, da responsabilidade de todos e de cada um dos intervenientes, e uma capacidade de resposta rápida e adequada.

Importa ainda reconhecer que mesmo com uma preparação prévia adequada, por exemplo relativamente ao risco de ventilação assistida, é difícil prever com precisão eventuais dificuldades durante o procedimento. A ausência de um plano para dar resposta a possíveis problemas, aumenta os riscos para o doente. É essencial que o EEEMCEPSC reconheça essa possibilidade e trabalhe em colaboração com a equipa multidisciplinar, preparando-se previamente. Considerando o exemplo apresentado, em situação de via aérea difícil, o EEEMCEPSC deve reunir antecipadamente todo o material diferenciado para abordagem de via aérea difícil previsível e não previsível como laringoscópios com lâminas especiais, videolaringoscópio, introdutores com capacidade de ventilação e oxigenação, dispositivos supraglóticos com potencial de intubação, fibroscópio e material de acesso invasivo à via aérea (Órfão et al., 2016).

Durante o ENP, na avaliação de um doente foi detetada via aérea difícil que exigia uma abordagem especializada. Em colaboração com o anestesista, optou-se por usar um fibroscópio para realizar a entubação nasal com o doente acordado. Após a correta inserção do tubo endotraqueal (TET), foram administrados imediatamente fármacos para induzir a anestesia no doente. Nesta situação, foi necessário utilizar estratégias comunicacionais específicas, no sentido de fornecer todas as informações necessárias, e contribuir para diminuir a ansiedade decorrente de um procedimento tão complexo.

Em situação de risco hemorrágico identificado no doente, adotam-se medidas preventivas, como antecipar a reserva de sangue e inserir um acesso venoso de grande calibre. Durante os momentos críticos de uma cirurgia com esse tipo de risco, é crucial manter vigilância constante e estar alerta para as perdas sanguíneas que o doente pode perder, principalmente na abordagem a grandes veias e/ou artérias. Essa prontidão e atenção contínua são fundamentais para uma resposta eficaz diante de potenciais complicações hemorrágicas, assegurando a segurança e o cuidado adequado ao doente.

A avaliação inicial de todos os potenciais riscos para o doente, é uma importante vantagem para o sucesso e qualidade dos cuidados prestados à PSC, atuando também na prevenção de complicações.

A abordagem à PSC envolve uma série de procedimentos e intervenções que exigem habilidades técnicas e científicas avançadas. Em ambiente BO, os profissionais estão

constantemente em contato com novos equipamentos, como o Índice Bispectral (BIS), monitorização da Pressão Intra Abdominal (PIA), avaliação do train-of-four (TOF) e ventilação invasiva. Lidar com as novas tecnologias e diversas situações clínicas desafiadoras proporciona uma aprendizagem contínua e aprimora as habilidades necessárias para oferecer cuidados de alta qualidade ao doente crítico.

A prestação de cuidados à PSC com indicação de diversas cirurgias, desde politraumatizados até doente crítico de cirurgia geral em choque, cirurgias de otorrinolaringologia com hemorragia ativa ou necessidade de traqueostomia de emergência, doentes de especialidades como Pediatria, Obstetrícia e Ginecologia, permitiu o desenvolvimento de competências para gestão e implementação de protocolos terapêuticos complexos, o que incluiu uma avaliação contínua das intervenções realizadas e dos resultados das decisões tomadas. Em situações de grande complexidade é importante que o EEEMCEPSC desenvolva competências comunicacionais e de organização dentro da equipa multidisciplinar, mas também com a família.

No BO o distanciamento da família é inevitável, uma vez que o doente entra no BO sozinho, devido ao carácter específico das intervenções e também pela dinâmica de controlo de infeção. O EEEMCEPSC deve reconhecer a necessidade de acolhimento e partilha de informação com a família, de acordo com o a sua área de competência. De acordo com Engström & Söderberg (2005), o cuidado à família consiste em fornecer informação, mostrar disponibilidade e construir uma relação terapêutica. Os familiares são informados por mensagens padronizadas aquando da admissão do doente ao recobro, não existindo um contato telefónico ou físico com os familiares, e, portanto, transmissão de informação específica de cada pessoa. Muitas vezes os familiares, entram em contato via telefone com o serviço, não sendo dada informação por parte da enfermagem. Esta é habitualmente fornecida pela equipa médica posteriormente.

Em contexto pediátrico, a criança submetida a uma intervenção cirúrgica é acompanhada pelos pais ou pessoa significativa até ao momento de indução anestésica, e no momento do acordar, tendo o processo de comunicação características específicas.

Embora o BO seja um ambiente restrito devido às suas características próprias, isso não deve justificar a desvalorização do papel da família, que muitas vezes enfrenta a possibilidade da perda, insegurança e incerteza. É crucial que o EEEMCEPSC seja um comunicador eficaz e, ao receber chamadas telefónicas da família para obter informações, este deve fornecer informações claras e de qualidade, dentro da sua área de competência, com o objetivo de promover o bem-estar da família.

Durante o ENP, é frequente o contato telefónico por parte da família na procura de informações sobre o estado clínico do seu familiar após a cirurgia. Compreendeu-se que, muitas vezes, algumas palavras reconfortantes para os familiares podem transmitir calma e segurança, ajudando assim a reduzir a ansiedade e os medos que vivenciam naquele momento.

O EEEMCEPSC deve desenvolver uma abordagem centrada na família, no sentido de identificar quais as necessidades específicas de cada doente e família, e de orientar no desenvolvimento de estratégias de coping (Lebel & Charette, 2021).

Estas competências tornaram-se fundamentais na gestão dos cuidados prestados ao doente crítico, centrando-se no julgamento clínico e no diagnóstico para a implementação de planos de cuidados de enfermagem que abordassem as necessidades documentadas. Ao seguir essa metodologia, o EEEMCEPSC demonstra competências específicas conforme descrito pela OE no Regulamento n.º 429/2018 (2018), estando preparado para identificar prontamente áreas de instabilidade e responder de maneira rápida e antecipatória. Considera-se assim que, pelo exposto, ter alcançado o domínio cuida da pessoa, família/cuidador a vivenciar processos complexos de doença crítica e/ou falência orgânica.

1.6.2. Intervenção em situações de emergências, exceção e catástrofe

O EEEMCPSC desempenha um papel fundamental na gestão e resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima, possuem competências específicas, como descrito no Regulamento n.º 429/2018, que o habilita a liderar e coordenar ações desde a conceção até à implementação de planos institucionais para lidar com tais situações.

Uma parte essencial do papel do EEEMCEPSC é a intervenção na conceção dos planos institucionais de resposta a catástrofes e emergências multi-vítima, o que envolve a colaboração de equipas pluridisciplinar para desenvolver estratégias abrangentes que considerem todos os aspetos da situação, desde a triagem inicial das vítimas até a continuidade dos cuidados.

A catástrofe é concetualizada como um acidente grave ou uma série de acidentes graves suscetíveis de provocarem elevados prejuízos materiais e, eventualmente, ambientais e ou vítimas afetando o bem-estar das pessoas ou comunidades (Ministério Público, Lei nº 27/2006), citado no Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica (OE, 2017).

Esses eventos podem ocorrer de forma súbita e imprevista, exigindo ação imediata para mitigar suas potenciais consequências adversas. No contexto de emergências com múltiplas vítimas, é crucial adotar procedimentos médicos de emergência com o objetivo de salvar o maior número possível de vidas e fornecer o melhor tratamento disponível, otimizando os recursos disponíveis (Regulamento 361/2015, 2015).

Assim, em situações críticas o EEEMCEPSC desempenha um papel crucial na liderança da resposta. É responsável por coordenar as equipes de forma eficaz e eficiente, garantindo que todos os recursos sejam utilizados da melhor maneira possível para fornecer uma resposta pronta e adequada. Isso pode envolver a distribuição de tarefas, a comunicação clara e eficaz entre os membros da equipe e a tomada de decisões rápidas em situações de pressão.

Dada a complexidade dessas situações, com múltiplas vítimas em simultâneo e risco iminente de falência orgânica, o EEEMCEPSC tem de ser capaz de gerir o stress e a incerteza de forma calma e eficaz. Devendo demonstrar habilidades de liderança sólida, bem como competência clínica e técnica para garantir que cada vítima receba o tratamento adequado no momento certo.

A capacidade de trabalhar em equipe de forma sistematizada é essencial, incluindo a capacidade de delegar responsabilidades, fornecer suporte e orientação aos membros da equipe e garantir uma comunicação clara e eficaz entre todos os envolvidos.

Em resumo, o EEEMCEPSC desempenha um papel vital na resposta a situações de catástrofe ou emergência multi-vítima. As suas competências específicas, desde a conceção dos planos até a ação no terreno, garantem uma resposta organizada, eficaz e eficiente, visando salvar vidas e minimizar danos em tempos de crise.

Uma situação de exceção ocorre quando há um desequilíbrio entre as necessidades identificadas e os recursos disponíveis, seja de forma temporária ou prolongada. Na prática clínica, essa realidade é frequentemente observada. Em situação de emergências cirúrgicas em simultâneo, é o EEEMC, que desempenhando o papel de coordenador de turno, quem assegura a gestão eficiente dos recursos humanos existentes.

É fundamental que o EEEMCEPSC possua conhecimentos, habilidades e competências específicas para responder de maneira rápida e eficaz, em situações de catástrofe. Portanto, é essencial que procure e detenha o conhecimento e a experiência necessária para que possa agir corretamente e no momento certo e diminuindo o impacto negativo (*International Council of Nursing [ICN], 2009*), o que muitas vezes é apenas possível em situação de treino

Durante o ENP, não foram experienciadas situações de catástrofe. Procurou-se, no entanto, conhecer o Plano de Emergência Hospitalar da ULS, no sentido de compreender os procedimentos, e especialmente o papel diferenciador do EEEMCPSC na gestão de recursos humanos e materiais, assim como a hierarquia da comunicação, para poder responder eficazmente a qualquer emergência. A percepção destas responsabilidades na estrutura de segurança foi essencial como futuro EEEMCPSC. Está claramente expresso nas Competências específicas do EEEMCPSC que é imprescindível que os enfermeiros estejam capacitados para responder a qualquer tipo de catástrofe e/ou situação de exceção especialmente dentro da sua instituição. É um dever do profissional demonstrar solidariedade para com a comunidade, agindo sempre em conformidade com sua área de competência (Regulamento n.º 124/2011, 2011).

1.6.3. Intervenção na prevenção e controlo da infeção e de resistência a antimicrobianos

Esta competência consiste em otimizar a “intervenção na prevenção e controlo da infeção perante a pessoa em situação crítica e ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas” (Regulamento n.º 429/2018, 2018, p. 19364).

Na presença de uma pessoa em situação crítica e/ou falência multiorgânica, uma variedade de cuidados e procedimentos invasivos são realizados, aumentando o risco de Infeções Associadas aos Cuidados de Saúde (IACS). A imunidade comprometida do doente, devido não apenas à sua condição subjacente, mas também à presença de vários microrganismos patogénicos oportunistas, amplia essa preocupação. Assim, a prevenção de infeções é crucial para melhorar a qualidade e segurança dos cuidados oferecidos à PSC.

Dada a diversidade de contextos de atuação, a complexidade das situações e a necessidade de empregar diversas intervenções invasivas, diagnósticas e terapêuticas para manter a vida da pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, o EEEMCEPSC desempenha um papel essencial na prevenção, controle de infeções e resistência a antimicrobianos (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Seguindo o mesmo referencial, espera-se do EEEMCEPSC, que desenvolva competências para responder rápida e eficazmente ao risco de infeção em diferentes contextos, considerando a complexidade das situações e da necessidade de utilizar diferentes medidas invasivas, diagnósticas e terapêuticas para manter a vida da pessoa em situação

crítica e/ou falência orgânica, incluindo o controle de infecção e resistência antimicrobiana (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

Os hospitais são ambientes propícios para a proliferação e persistência de infecções. As IACS são aquelas adquiridas pelos doentes durante a prestação de cuidados por profissionais de saúde, podendo também afetar os próprios profissionais durante o exercício de suas funções. Estas infecções são também designadas como infecções nosocomiais, embora esta designação não englobe todos os tipos de cuidados e, portanto, exclua o ambulatório (DGS, 2007).

Em qualquer contexto de atuação, o EEEMCEPSC desempenha um papel crucial no controle de infecções, dada a elevada probabilidade de IACS decorrentes de doenças agudas ou crônicas, do ambiente hospitalar e dos procedimentos médicos e/ou cirúrgicos complexos aos quais o doente está submetido (Regulamento n.º 429/2018, 2018).

O cuidado à PSC exige cada vez mais o uso de tecnologia e procedimentos invasivos, os quais, embora essenciais para sustentar a vida do doente, também aumenta significativamente o risco de infecção e resistência antimicrobiana.

De acordo com a DGS (2016), ao longo do último século, tem-se observado um aumento significativo na esperança de vida, porém, nem sempre esse prolongamento da vida é acompanhado pela qualidade desejada. As pessoas em estado terminal de vida, são caracterizadas pela diminuição das defesas do organismo, ocorrendo frequentemente em ambientes hospitalares. Nessa perspetiva, o EEEMCPSC desempenha um papel crucial na prevenção das IACS, uma vez que pode ser um vetor de transmissão de microrganismos quando não segue as precauções adequadas estabelecidas pela instituição onde trabalha.

O Programa de Prevenção e Controle de Infecções e Resistência aos Antimicrobianos (PPCIRA) estabelece uma abordagem estratégica nacional para enfrentar o problema das IACS, visando reduzir sua incidência e prevalência como critério fundamental para a qualidade e segurança do doente. As principais metas incluem a realização de vigilância epidemiológica contínua, a implementação de medidas adequadas de isolamento, garantia do uso apropriado de equipamentos de proteção individual, promoção do uso racional de antimicrobianos (como antibióticos, antissépticos e desinfetantes), condução de auditorias internas regulares para avaliar as práticas e oferecer formação contínua aos profissionais de saúde. Como reiterado anteriormente, é crucial que todos os profissionais de saúde desempenhem um papel ativo e essencial na busca por esses objetivos, visando à redução das infecções (DGS, 2022).

As estratégias de prevenção e controle de infecções são fundamentadas em medidas essenciais, incluindo precauções básicas, práticas de isolamento e uso criterioso de antimicrobianos (Pina et al., 2010). As precauções básicas de controle de infecções compreendem um conjunto de diretrizes essenciais que todos os profissionais de saúde devem seguir em qualquer ambiente de cuidados de saúde, com o objetivo de reduzir o risco de infecção e transmissão cruzada, assegurando a segurança dos doentes, profissionais de saúde e de todos os indivíduos em contato com os serviços de saúde. Essas medidas devem ser aplicadas universalmente, independentemente do conhecimento sobre o estado infeccioso do doente (DGS, 2018).

No serviço onde foi realizado o ENP, os elos de ligação ao Serviço de Controlo de Infecção e Resistência aos Antimicrobianos (SCIRA) são dois EEEMC que têm como função transmitir e coordenar as informações sobre as novas práticas de controle de infecção a ser implementadas. Este grupo elaborou procedimentos de atuação perante doentes portadores de microrganismos multirresistentes como Methicillin Resistente *Staphylococcus Aureus* (MRSA) ou a *Klebsiella Pneumoniae* Carbapenemase (KPC).

Durante o ENP foram prestados cuidados a um doente portador de KPC. No sentido de quebrar a cadeia de possível transmissão, procurou-se, cumprir as normas instituídas, quer no que diz respeito ao equipamento de proteção individual, quer em relação aos diversos momentos da lavagem das mãos, e ao isolamento da sala operatória. Durante esses períodos de isolamento, apenas o material necessário para o doente foi preparado e transportado para a sala. Sempre que possível, um elemento da equipa de enfermagem permanecia no exterior da SO com o objetivo de prestar apoio aos colegas que estavam dentro da sala, minimizando o risco de infecção.

Durante o ENP, observou-se que os profissionais demonstravam uma adesão e cumprimento exemplar de todas as medidas recomendadas em relação aos procedimentos e técnicas. Nesse contexto, o papel do EEEMCPSC é de extrema importância, pois detém o conhecimento e competências necessárias para sensibilizar e garantir a correta implementação das melhores práticas na equipa, nomeadamente através da formação dos pares

No decurso do ENP, focou-se essencialmente em cuidados preventivos de IACS, procurando ser um exemplo na implementação das medidas de controle de infeção diante das diferentes vias de transmissão no doente crítico, o que incluiu o uso adequado de equipamentos de proteção individual, conforme as normas estabelecidas, levando em consideração o risco e a vulnerabilidade do doente.

Reconhece-se a infecção como um ponto crucial, e, por conseguinte, priorizou-se "a prevenção e controlo da infecção e de resistência a Antimicrobianos perante a pessoa em situação crítica e/ou falência orgânica, face à complexidade da situação e à necessidade de respostas em tempo útil e adequadas" (DGS, 2018, p.19364). Dessa forma, intervenção está alinhada com o domínio dessa competência específica do EEEMCPSC.

**CAPÍTULO 2. A RELEVÂNCIA DA INVESTIGAÇÃO EM
ENFERMAGEM: A TRANSIÇÃO DA INFORMAÇÃO NO
BLOCO OPERATÓRIO**

2. Enquadramento conceptual

O desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina e profissão tem contribuído para o aumento significativo da produção de conhecimento, sendo este perspectivado como ferramenta essencial no suprir das necessidades verificadas na prática clínica. Contudo, a realidade vivenciada nos contextos clínicos não acompanha esta produção de evidência científica, assistindo-se por vezes a alguma incongruência entre a teoria e a prática.

Em contexto de BO é fundamental que a equipa de saúde identifique um conjunto de informações essenciais que devam ser transmitidas durante o processo de transferência clínica do doente, garantindo uma comunicação eficaz e completa, minimizando o risco de erros ou omissões. Deste modo, optou-se por estudar a transição da informação - processo de *handover* - no BO com a ferramenta ISBAR Identify (Identificação), Situation (Situação atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações), que se encontra explanada nos pontos seguintes.

2.1. O Processo de Handover no Bloco Operatório

A qualidade cuidada na transição dos cuidados está associada à diminuição de eventos adversos e da mortalidade. No BO vivenciam-se situações vulneráveis para o doente, sendo de grande exigência relativamente à manutenção da comunicação eficaz entre os profissionais de saúde (DGS, Norma nº 001/2017).

A comunicação é um dos pilares do PNSD 2021-2026 (Despacho n.º 9390/2021, 2021), sendo um dos principais alicerces para a promoção de cuidados seguros. O PNSD visa a implementação de normativas/orientações sobre a comunicação na transição de cuidados de saúde, e a adoção das melhores práticas por parte dos profissionais (DGS, 2022). O pilar “Comunicação” visa o desenvolvimento de objetivos estratégicos e a definição e implementação de ações para os atingir.

Um dos objetivos estratégicos do PNSD é melhorar a comunicação e segurança no processo de transição de cuidados. As ações propostas passam pelo desenvolvimento e implementação de ferramentas de comunicação, para uma transição e transferência na prestação de cuidados segura, entre os profissionais de saúde e os diferentes níveis de cuidados de saúde (DSG, 2022).

A transição e transferência de informação ou *handover* entre os profissionais de saúde no BO desempenha um papel fundamental na continuidade e segurança dos cuidados prestados ao doente. Uma comunicação clara e precisa durante o *handover* é essencial para evitar erros, garantir a compreensão completa da situação clínica e proporcionar uma transição segura entre as equipas. Handover pode definir-se como entrega ou transferência. No contexto de BO, define-se como a transferência de responsabilidade dos cuidados do doente entre profissionais de saúde, em que a transmissão de informação relativa ao doente passa de um profissional para outro, ou de uma equipa de saúde para outra, de forma temporária ou permanente (Cohen & Hilligoss, 2010).

Na transferência do doente de uma equipa para outra, existe troca de informações relevantes, o que significa uma transição na responsabilidade profissional. Essa troca é conhecida como handoff, e é uma oportunidade vital para partilhar informações com a equipa que acolhe o doente (Appelbaum et al., 2022).

As transferências efetivas garantem a ininterrupta prestação dos cuidados ao doente, desde da sua admissão, até ao BO, posteriormente na UCPA, e de volta à enfermaria, culminando no momento da alta hospitalar. A comunicação entre os profissionais de saúde durante essas transições deve abranger todos os dados pertinentes, ser precisa, inequívoca e ocorrer de maneira oportuna e em tempo útil (Nagpal et al., 2011; Amorim et al., 2022).

Da revisão bibliográfica compreende-se que a transferência de doentes - *Patient handover* - é de alto risco, e propensa a erros que comprometem a qualidade e segurança de cuidados (Jeffcott et al, 2009). Os eventos adversos graves estão associados a falhas de comunicação, sendo atribuídos a erros do processo da transferência (Pukenas et al., 2014; DGS, 2017; DGS, 2022).

Os autores Leonardsen et al. (2019), referem que o handover dos doentes no pós-operatório tem sido descrito como um processo complexo, desafiado por interrupções contínuas das equipas, pela pressão do tempo para a prestação de cuidados e falta de uma estrutura de apoio.

Segundo Kitch et al. (2018) a transferência de cuidados no pós-operatórios para a UCPA ou Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) apresenta desafios específicos aos profissionais de saúde, tanto para as equipas que transferem como para as que recebem o doente. A equipa da SO é responsável pelo transporte do doente para a unidade recetora (UCPA ou equipa UCI). O conhecimento do doente adquirido pela equipa da SO durante o procedimento é transmitido, por vezes em situações desafiantes. Muitas das transferências são realizadas sob stress, pela pressão para iniciar a próxima cirurgia, pelo tempo

disponível, não sendo organizadas previamente. O risco para o doente pode ser de menor ou maior gravidade, devido a informações incompletas, imprecisas, mal interpretadas ou mesmo desnecessárias.

As transferências efetivadas da SO têm procedimentos comuns, envolvendo a transferência física do doente num estado vulnerável, habitualmente ainda a despertar da anestesia, com equipamento de monitorização e perfusões. Neste contexto clínico a transferência de conhecimentos e responsabilidade de cuidados ocorre entre equipas multiprofissionais com diferentes níveis de experiência, o que contribui para uma falha de comunicação (Segall et al, 2012).

O handover pós-operatório é uma fase crítica no circuito do cuidado ao doente cirúrgico. Um dado comum associado a acontecimentos adversos em doentes submetidos a cirurgia são as falhas de comunicação durante a transferência, implicando que a informação essencial não seja transferida na totalidade (Nagpal et al; 2011).

Segundo os mesmos autores, os fatores que contribuem para transferências incompletas são a preparação inadequada da equipa de receção para as transferências, as distrações, o fluxo de trabalho de vários profissionais de saúde e as exigências do trabalho, que muitas vezes levam a um *handover* prolongado e à repetição de informação.

2.2. Comunicação eficaz na transferência de doentes no BO: técnica ISBAR

A estrutura de comunicação ISBAR é baseado em “SBAR” - um sistema desenvolvido pela Marinha dos Estados Unidos (EUA) para garantir a comunicação entre submarinos nucleares (Burgess et al., 2020) e foi adotado pelo serviço público de saúde na década de 2000 (Narayan, 2013). É a mnemónica mais utilizada em saúde e outros ambientes de elevado risco como o militar. O acréscimo da letra I (*Identification*) é uma garantia de uma identificação segura de quem participa na transferência de informação (Austrália, 2012).

De acordo com a Norma nº. 001/2017 (DGS, 2017), a transição de cuidados deve obedecer a uma comunicação eficaz na transferência de informação entre as equipas prestadoras de cuidados, para a segurança do doente, devendo ser normalizada utilizando a técnica ISBAR. Esta serve como um fio condutor, orientador nas informações a serem transmitidas, garantindo que a informação não falha por ser omissa ou em excesso.

ISBAR é uma metodologia testada e validada em diversos contextos de saúde com reconhecidas melhorias na comunicação entre profissionais e promoção da segurança da pessoa (Shahid & Thomas, 2018). É recomendada por várias organizações de saúde por

ser uma metodologia padronizada, simples, flexível, concisa e clara para comunicar informações de cuidados, e pelo facto de funcionar como ferramenta de uniformização da comunicação entre os profissionais de saúde. A metodologia ISBAR contribui para a rápida tomada de decisão, diminui o tempo na transferência de informação e promove a rápida integração dos novos profissionais (DGS, 2017). Facilita o trabalho de equipa e pode ser implementada em locais complexos como os de prestação de cuidados à PSC, resultando numa eficiente e efetiva comunicação com melhoria nos *outcomes* do doente (Dingley et al., 2008).

Estudos desenvolvidos sobre a problemática da transferência de doentes, são uníssimos que após a implementação da técnica ISBAR as transferências seguem uma estrutura lógica, as informações relevantes são comunicadas, resultando num melhor fluxo de informação, na redução da omissão de informações relevantes, e num aumento de satisfação e segurança na equipa (Leonardsen et al., 2019; Burges et al., 2020, Kitney et al. 2018, Appelbaum et al., 2022).

Kitney et al. (2016) no seu estudo, usaram uma ferramenta de auditoria com 14 itens em conformidade com o ISBAR, onde foram realizadas formações às equipas multidisciplinares e fixados cartões com a mnemónica ISBAR em todas as unidades da UCPA com dados a serem transmitidos. Demonstraram que a formação sobre a técnica ISBAR tem uma melhoria significativa na transferência da informação entre elementos da SO e UCPA. Os princípios de transferência ISBAR nos locais de transferência observados melhoraram progressivamente e também se observou aumento da formação (Kitney et al. 2018).

Vários estudos evidenciam melhorias na comunicação, trabalho em equipa e segurança do doente desde a implantação da ferramenta ISBAR (Chiew et al., 2019; Hou et al., 2019; Leonardsen et al., 2019). Esta demonstrou também no meio hospitalar, aumentar a transparência e a precisão de *handovers* interprofissionais, melhorando a transferência clínica na padronização de procedimentos (Burges et al., 2020).

A transmissão da informação, com recurso à ferramenta ISBAR, orienta o EEEMC no processo de raciocínio clínico e tomada de decisão diagnóstica de resultados e intervenções, da mesma forma que padroniza a linguagem, documenta informações relevantes e facilita a comunicação entre os pares (Amorim et al, 2022), podendo ser utilizada em qualquer contexto clínico (Burgess et al. 2020; DGS, 2017).

Como se constata, a literatura reforça a necessidade de padronizar a transferência de informação no pós-operatório, através de uma ferramenta de avaliação do *handover* pós-operatório para ajudar os profissionais a validar sistematicamente a sua qualidade e

eficiência. São também necessárias medidas para avaliar a eficácia das intervenções desenvolvidas para as melhorar. Na pesquisa realizada, várias recomendações sustentam que a normalização do *handover* pode melhorar os cuidados ao doente, assegurando a exatidão da informação e aumentando a eficiência do processo de transferência (Burgess et al; 2020; Demiray et al; 2018; JCI, 2017).

De acordo com a *Australian Commission on Safety and Quality in Health Care* (ACSQHC, 2012) uma comunicação eficaz e precisa durante o *handover* é primordial para garantir a continuidade de cuidados e a prevenção da modificação ou omissão de qualquer componente relacionada com o tratamento do doente.

Vários estudos foram conduzidos com o propósito de estabelecer uma transmissão segura durante o *handover*, fornecendo informações essenciais de forma concisa e atualizada sobre o doente. Essas pesquisas visaram aumentar a precisão e validade das informações clínicas, além de desenvolver estratégias para facilitar a transferência pós-cirurgia em diferentes fases e melhorar sua qualidade (Demiray et al; 2018; Kitney et al; 2020; Parra et al; 2019; Segall et al; 2012; Siddiqui et al; 2012).

Com o intuito de melhorar a passagem de informação dos doentes, a JCI (2017), recomendou a implementação de um sistema padronizado para a passagem do doente, por forma a reduzir a perda de informação essencial, e promover a continuidade dos cuidados.

Em contexto BO, é fundamental definir um conjunto de informações para cada letra do ISBAR adaptado, o que permitirá que preocupações específicas ou contribuições relevantes sejam consideradas durante o processo de transferência clínica do doente. Ao personalizar o ISBAR para o ambiente do BO, a equipa de saúde pode garantir uma comunicação eficaz e completa, minimizando o risco de erros e garantindo uma transição suave do cuidado do doente.

As evidências sugerem que a utilização de um quadro estruturado e normalizado para a transferência da informação do doente no BO, como o ISBAR, melhora os resultados em cuidados de saúde, pelo que deve incluir os dados enunciados no quadro 2 (Burgess et al., 2020).

Quadro 2. - Itens da lista de verificação da informação do doente no BO

Dados de identificação do doente e informações básicas	• Nome
	• Idade
	• Peso
	• Alergias conhecidas

	• História médica relevante
Informações sobre anestesia	• Tipo de anestesia • Complicações anestésicas • Medicação intraoperatória administrada: • Dose e horário de administração
Informações do procedimento	• Tipo de procedimento • Drenos, cateteres, etc • Complicações cirúrgicas
Plano pós-operatório	• Tratamento pós-operatório • Profilaxia antitrombótica • Diretrizes para controlo da dor pós-operatória • Testes adicionais a serem realizados

Adaptado de Burgess et al. (2020).

Um dos fatores que contribui para o fracasso da transferência de informação é a escassa preparação da equipa que assume a continuidade dos cuidados (Nagpal et al., 2011). No momento de transferir os cuidados da PSC, a qualidade da informação depende da habilidade dos profissionais, o método escolhido, o tempo gasto e o empenho da equipa na assimilação da informação transmitida (Nagpal et al., 2011; Amorim et al., 2022).

A qualidade e eficiência dos procedimentos cirúrgicos, assim como a segurança do doente, dependem de uma comunicação de alta qualidade e conhecimento partilhado, que são difíceis de alcançar devido à interdependência, restrições de tempo e incerteza do contexto cirúrgico. Topping et al. (2019) salienta que uma equipa cirúrgica precisa não apenas de conhecimento clínico e habilidades técnicas, mas também de capacidades e competências de trabalho de equipa. Como sublinha Pinheiro (2013), saber comunicar, liderar e trabalhar em equipa são ingredientes necessários para o sucesso de uma equipa e do doente. A comunicação em saúde requer empatia, conhecimento e competência. Estas devem ser apreendidas e praticadas, pelos seus profissionais, de forma a contribuir para o estabelecimento de uma comunicação eficaz em ambientes dinâmicos, como os contextos clínicos (DGS, 2017).

**CAPÍTULO 3. CONSTRUÇÃO DE PROCEDIMENTO
PARA IMPLEMENTAÇÃO DA TÉCNICA ISBAR**

3. Percurso metodológico

De todos os métodos de obtenção de conhecimento, a investigação científica é o mais rigoroso, uma vez que se baseia num processo racional, dotado de um poder descritivo e explicativo dos factos, dos acontecimentos e dos fenómenos. É na fase metodológica que o investigador determina os meios a utilizar para obter as respostas às questões de investigação definidas (Fortin, 2009).

3.1. Justificação da problemática, objetivos e finalidades do estudo

Pela revisão da literatura apresentada no subcapítulo prévio, o estado da arte aponta para a importância de uma ferramenta estruturada na transmissão de informação do doente em qualquer contexto clínico, nomeadamente da SO para a UCPA.

A problemática foi identificada por meio da observação da prática clínica, durante os períodos de transição dos cuidados de enfermagem, nos quais a transmissão de informações do doente cirúrgico ocorria sem seguir uma metodologia de comunicação padronizada.

Posteriormente, ocorreram momentos de reflexão com a Enfermeira Gestora do serviço, e enfermeiros responsáveis pela prestação de cuidados ao doente cirúrgico. Das reflexões reconheceu-se que os momentos de transição de cuidados careciam de melhoria, identificando assim a não existência de um instrumento estruturado para a realização da transmissão de informação na transição de cuidados do doente cirúrgico da SO para a UCPA. Desta forma, estes momentos de transmissão de informação poderiam comprometer a segurança do doente e a qualidade da continuidade de cuidados, pelo tipo de comunicação que era estabelecida, pois, os enfermeiros usavam como suporte uma folha intitulada “Registos péri-operatorios” criada para o doente cirúrgico. Esta folha de registo não seguia qualquer metodologia defendida pela evidência científica, o seu conteúdo não abrangia toda a informação necessária a ser preenchida no momento da transição dos cuidados, prevalecendo a sensibilidade e experiência de cada enfermeiro, existindo ocasionalmente omissão de informação pertinente, gerando dúvida na prestação de cuidados. A decisão da informação a ser transmitida na transição dos cuidados é um desafio para os enfermeiros. A utilização de ferramentas de comunicação padronizadas procura colmatar a falta de estrutura formal e linhas orientadoras, que ajudem o profissional a organizar a informação a ser transmitida (Jorm et al., 2009; Sousa et al., 2019).

Identificada a problemática enumeram-se os resultados que se deseja obter de forma a orientar os meios e as estratégias necessárias para o seu alcance. Segundo Ruivo et al. (2010, p.18) os objetivos traçados podem ser gerais ou específicos, e apontam os resultados que se pretende alcançar.

Com base nestes pressupostos emergiu a questão de investigação que sustenta este estudo: “Como adaptar a ferramenta ISBAR, ao contexto clínico do BO, para otimizar a transição de cuidados do doente da SO para a UCPA/SMI?

Para dar resposta à questão de investigação, formulamos o seguinte objetivo geral: criar e validar um instrumento de transmissão de informação do doente cirúrgico no BO, da SO para a UCPA/SMI, de acordo com a ferramenta ISBAR.

Delineamos como objetivos específicos:

- Pesquisar evidência científica sobre a utilização da ferramenta ISBAR na transmissão de informação do doente cirúrgico da SO para a UCPA/SMI;
- Elaborar um instrumento que sistematize a informação mais pertinente na transição de informação do doente da SO para a UCPA/SMI, de acordo com a ferramenta ISBAR;
- Obter consenso relativamente a um conjunto de itens que sistematize a informação na transição do doente da SO para a UCPA/SMI, seguindo a mnemónica ISBAR.

Pretendemos com este estudo promover a melhoria da transmissão de informação na transição de cuidados do doente crítico em contexto cirúrgico.

3.2. Tipo de estudo

A seleção do desenho do estudo é fundamental, devendo ser coerente com o que pretendemos investigar. Fortin (2009) define desenho de estudo como um plano lógico traçado pelo investigador.

De acordo com os objetivos delineados optou-se por realizar um estudo de natureza qualitativa, de carácter exploratório descritivo, e recorreu-se à técnica de Delphi, para obtenção de uma versão consensualizada do instrumento anteriormente referenciado, através da análise de um painel de peritos.

Considera-se uma pesquisa qualitativa pois permite que os fenómenos humanos sejam investigados através de métodos que procurem a compreensão rigorosa e sistemática da experiência de cada pessoa (Sousa & Ferrito, 2022), possibilitando estudar as pessoas nos

seus locais naturais, recolhendo dados que emergem da sua experiência diária (Ribeiro, 2010). Segundo Fortin (2009) “(...) A conceitualização, o tema ou assunto do estudo, numa investigação qualitativa, começa muitas das vezes pela exploração de um assunto pouco conhecido ou pouco estudado do ponto de vista da significação, da compreensão ou da interpretação” (p. 31).

Trata-se de um estudo exploratório e descritivo, e tal como referem Sampieri, Collado e Lucio (2006), os estudos exploratórios são realizados quando se pretende estudar um tema que ainda é pouco conhecido ou ainda não foi sequer abordado e que os estudos descritivos recolhem dados sobre diversas dimensões da problemática a ser estudada.

O método Delphi é uma técnica de pesquisa utilizada para obter consenso sobre determinado assunto por meio da consulta a um painel de peritos. O processo é realizado em várias rondas, durante as quais os participantes respondem a questionários estruturados e anónimos. O objetivo é alcançar um consenso ou identificar tendências significativas sobre o assunto em questão (Facione, 1990).

O nome "Delphi" faz referência ao Oráculo de Delfos na Grécia Antiga, onde os antigos gregos buscavam orientação para tomar decisões importantes. Da mesma forma, o método Delphi busca capturar a sabedoria coletiva de um grupo de especialistas para orientar a tomada de decisões (Thangaratinam & Redman, 2005).

O método de Delphi foi desenvolvido pelo *Rand Corporation* na Califórnia, durante os anos 60 por Olaf Helmer e Norman Dalkey, e surgiu como uma resposta às limitações das reuniões presenciais, que muitas vezes não conseguiram alcançar o consenso desejado devido à introdução de temas irrelevantes ou desvios do foco central do estudo em questão (Gordon, 1994). Teve como objetivo principal proporcionar uma estrutura mais eficiente e eficaz para reunir opiniões de especialistas, especialmente no contexto da pesquisa de tecnologias militares.

A aplicação da técnica de Delphi na pesquisa em Enfermagem é benéfica, pois facilita a discussão de aspetos cruciais (Scarparo et al., 2012), sendo alcançado por meio da construção de um consenso de peritos em determinadas áreas sobre os temas abordados.

Por outro lado, Linstone e Turoff (2002) observaram que o método Delphi desempenha um papel fundamental na organização do processo de comunicação dentro do grupo, promovendo uma maior eficácia, ao considerar o conjunto de opiniões individuais como um todo, o que é essencial para lidar com problemas complexos de forma abrangente e eficiente.

Skulmoski et al. (2007) descrevem quatro características essenciais do método Delphi que definem e distinguem esta técnica de outras; o anonimato, interatividade, feedback controlado e tratamento estatístico.

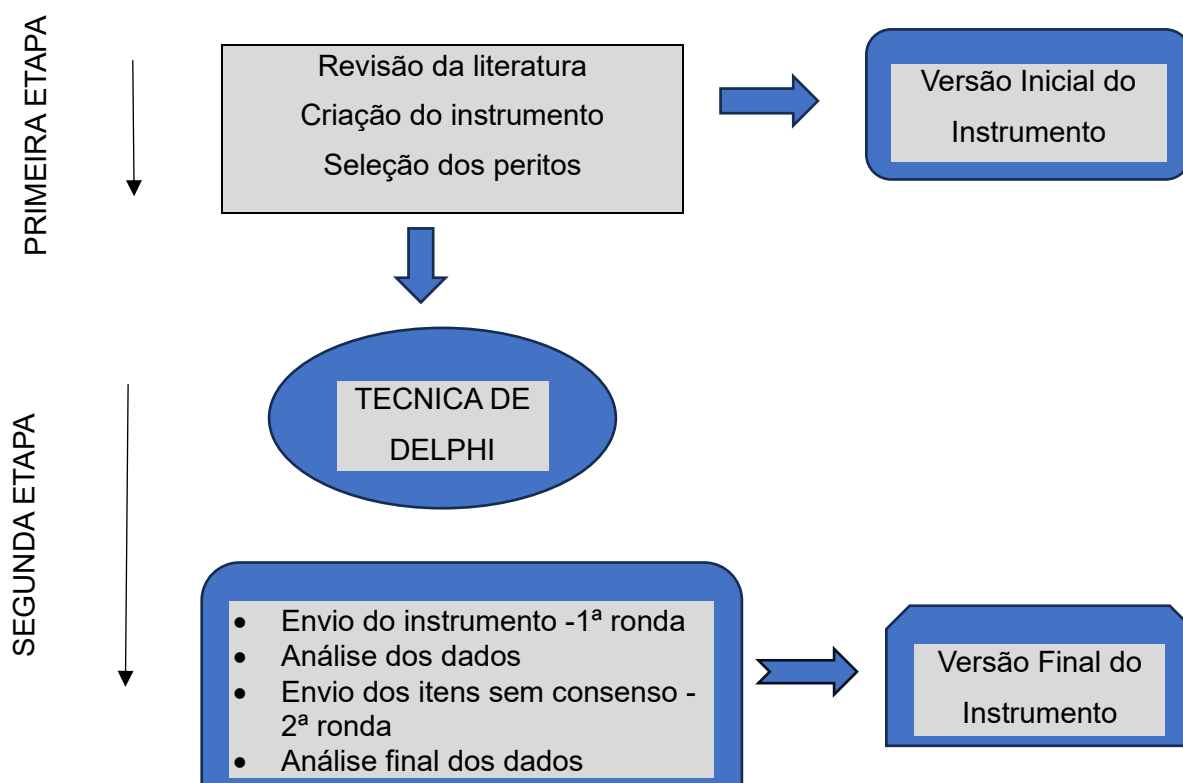
Resultados confiáveis podem ser obtidos por meio do painel de Delphi, composto por um grupo homogêneo de peritos (Paans et al; 2010).

O presente estudo desenvolveu-se em duas etapas. A primeira reporta-se à construção de uma versão inicial do instrumento, constituída por um conjunto de itens que se organizaram em cada domínio (letra) da ferramenta ISBAR, sistematizando a informação a transmitir na transição dos cuidados, da SO para a UCPA/SMI.

A segunda refere-se aos procedimentos efetuados para a obtenção de uma versão de consenso, por meio da análise de um painel de peritos, com recurso à técnica de Delphi, em que se construiu uma proposta validada das informações mais importantes a serem transmitidas durante o *handover* no BO, alocando cada item adequadamente em cada letra da mnemónica ISBAR.

A Figura 1 ilustra, de forma resumida, os procedimentos metodológicos utilizados.

Figura 1 - Etapas do estudo



Em seguida procederemos à descrição dos procedimentos metodológicos relativamente à construção do instrumento durante as diferentes fases.

Etapa I

De forma a identificar os itens mais importantes a serem transmitidos na transição dos cuidados dos doentes cirúrgicos críticos, que possibilitassem a construção de uma ferramenta válida e padronizada, tendo como referência a mnemónica ISBAR, pesquisou-se as evidências científicas e recomendações mais atuais, conforme consta no subcapítulo anterior (Burgess et al 2020; Nagpal et al., 2011; Amorim et al., 2022; DGS, 2017; Chiew et al., 2019; Hou et al., 2019; Leonardsen et al., 2019). Para além do recurso à pesquisa bibliográfica, a construção desta versão teve o suporte das professoras orientadoras. Em reunião conjunta foram discutidos os itens elaborados com base na literatura e experiência do mestrando, procedendo-se à validação aparente do seu conteúdo. Substituiu-se assim, a fase exploratória da técnica de Delphi, que normalmente consiste no envio de um questionário com questões abertas para os participantes responderem livremente (Capelas, 2013).

Deste trabalho resultou uma versão inicial do instrumento com o total de 41 itens, 5 associados à letra I, 5 associados à letra S, 6 associados à letra B, 20 associados à letra A e 5 associados à letra R (Apêndice III). Acrescentou-se uma secção destinada a dados sociodemográficos dos participantes e ainda um campo reservado a sugestões/observações.

Associou-se a cada item uma escala tipo Lickert de cinco opções de resposta: 1-Discordo completamente; 2-Discordo; 3-Não concordo nem discordo; 4-Concordo; 5-Concordo completamente. A escala tipo Likert é a mais comum neste tipo de estudos, principalmente a de cinco pontos (Miranda et al., 2012). Cada participante teria de seleccionar a pontuação que mais se adequasse à sua concordância com cada item apresentado.

Etapa II

Para validação de conteúdo dos itens incluídos na versão inicial e obtenção de consenso de um grupo de peritos, a técnica de Delphi pareceu ser a opção mais adequada.

Sendo constituída por peritos, importa esclarecer o seu conceito, bem como os critérios de inclusão para a sua participação neste estudo.

Consequentemente e atendendo que a constituição do grupo de peritos foi fundamental para a concretização dos objetivos planeados e o que mais pode contribuir para o sucesso dos resultados, foram seleccionados participantes com base na sua experiência e

conhecimentos na área do pré-operatório, doente cirúrgico crítico, de modo a conferir veracidade e credibilidade científica ao mesmo.

A definição de perito é sintetizada por Phill (citado por Justo, 2005) como sendo alguém com conhecimentos relevantes sobre o problema em estudo. Nunes (2010, p.3) definiu perito, como: “alguém cujo saber e educação num dado campo é reconhecida – e, aqui, tanto na perspectiva científica (no sentido mais lato do termo, e convencionalmente adquirida no ensino superior) como na prática (acumulada ao longo da sua experiência profissional”.

Pode-se então descrever um perito, como, alguém que através da formação e da experiência profissional alcançou conhecimentos e habilidades necessárias para trabalhar em determinada área, sendo reconhecido pelos seus pares.

Segundo Benner (2001), no âmbito da prática de cuidados de Enfermagem, refere o termo “perito” para definir o enfermeiro que atingiu o seu desenvolvimento máximo em Enfermagem, sendo definido como alguém com muita experiência e que age de forma intuitiva perante cada situação. Assim, os peritos, de modo geral, são escolhidos pelo seu conhecimento, pela sua prática, pelo seu interesse dedicado ao tema em estudo ou pela investigação desenvolvida.

De acordo com Keeney, Hasson e McKenna (2001), o painel de Delphi é constituído por um grupo de indivíduos informados, especialistas no seu campo, que detém conhecimentos sobre um assunto em particular.

Para a seleção do painel de peritos, definiram-se como critérios: ser enfermeiro com experiência no cuidar do doente crítico, com pelo menos 5 anos de experiência em bloco operatório (como enfermeiro de anestesia e de recobro), ou em UCI, e com o grau académico de mestre em enfermagem e/ou com pós-licenciatura de especialização em enfermagem.

A preferência por peritos de diferentes contextos clínicos foi propositada, no sentido de que cada um tem uma perspectiva diferente sobre assunto a ser discutido, acrescentando diferentes informações. Como salienta Powell (2003), grupos heterogêneos produzem tendencialmente soluções de maior qualidade e aceitação. Deste modo, é essencial que o painel seja equilibrado entre imparcialidade e interesse no assunto e que seja diversificado em termos de experiência, áreas de especialidade e perspectivas em relação ao tema em discussão.

Neste estudo, a seleção do participante foi não aleatória, intencional, constituída por profissionais que correspondessem aos critérios de inclusão (Fortin, 2009), uma vez que a intenção foi selecionar enfermeiros peritos na transferência da informação dos cuidados ao

doente crítico, da SO para a UCPA e/ou SMI, e que trabalhassem em contextos clínicos diferentes.

A construção do grupo de peritos foi realizada com o recurso à amostragem em rede, também conhecida como “bola de neve”, na qual os peritos recrutados inicialmente sugeriram, a pedido do investigador, outros possíveis participantes por possuírem os mesmos critérios de inclusão (Fortin, 2009).

Na literatura pesquisada não existem critérios quanto ao número ideal para formar um painel de peritos, aludindo, no entanto, que não deve ser inferior a 10 elementos, dado que compromete os resultados em termos de consenso efetivo e relevância das informações obtidas. Por seu lado, um grupo elevado gera uma quantidade de dados e torna a análise muito complexa (Miranda et al., 2012). Considera-se que uma amostra entre 10 a 15 participantes é o suficiente para produzir resultados (Skulmoski et al; 2007).

A literatura também revela que, durante o percurso, cerca de metade dos peritos responde ao primeiro contato e alguns desistem no meio do processo, levando o tamanho do painel a diminuir de rodada para rodada. Deste modo, é sensato começar com um grupo de especialistas de tamanho comodamente superior ao mínimo que se quer atingir (Marques & Freitas, 2018), considerando que os níveis de abstenção são cerca de 30 a 50% na 1ª ronda (Wright & Giovinazzo, 2000 citado por Scarparo et al; 2012).

Tendo em consideração estas evidências e recomendações convidou-se a participar no estudo 16 enfermeiros das regiões norte e centro do país, que correspondiam aos critérios de inclusão, devendo os participantes estar comprometidos com todo o processo.

Identificados os participantes, a primeira ronda foi iniciada com o envio do questionário (Apêndice IV) por email, onde foram explicados os objetivos, como estava estruturado o instrumento, como estavam organizados os itens alocados a cada letra da técnica ISBAR, e em que consiste a técnica de Delphi.

No referido e-mail, individual, consta um link eletrónico de acesso ao consentimento informado (Apêndice V), onde o participante teria de selecionar se concordava ou não participar no estudo, sendo que a sua concordância era condição essencial para o acesso ao instrumento inserido no aplicativo *Google Docs*, e possível preenchimento, não sendo requerida qualquer identificação/autenticação eletrónica, garantindo-se o anonimato do perito e a confidencialidade dos dados.

Dado o início ao processo, com o envio do documento, foi estipulado um limite de tempo para os peritos terem a oportunidade de analisar o documento. Lilja, et al. (2011) referem um prazo de vinte e seis dias para a realização das duas fases do método Delphi, sem contar com o tempo da organização e análise final dos resultados. Para este estudo foi

decidido estabelecer para cada ronda um prazo de dez dias, sendo que houve necessidade de enviar aos peritos um novo pedido de preenchimento do questionário devido a uma baixa adesão.

As rondas ocorrem até que se atinja um nível satisfatório de consenso entre os participantes. Segundo Wright e Giovinazzo (2000) o estudo devera ter no mínimo duas rondas e geralmente não ultrapassar as três rondas. Scapolo e Miles (2006) sugerem apenas duas rondas, com a finalidade de limitar tanto quanto possível o cansaço dos participantes e a tendência para um possível conformismo.

Neste estudo, realizaram-se duas rondas de opinião, tendo-se revelado um número suficiente por ter sido possível alcançar o consenso na maioria das questões discutidas.

O nível de consenso, segundo o que é citado na literatura, deverá ser estabelecido pelo pesquisador, não havendo regras definidas para tal (Sacarparo et al., 2012).

Para a determinação do grau de consenso, recorreu-se ao grau de concordância, à mediana, e ao Intervalo Interquartil (IIQ) sugerido por Capelas (2018), (Tabela 1).

O **grau de concordância** refere-se à percentagem de participantes que concordaram (Concordo=4) e concordaram muito (Concordo Completamente=5). A **mediana** refere-se ao valor que situa no meio de uma fila ordenada de valores, desde o mais baixo ao mais alto, indicando que 50% das respostas se encontra abaixo desse valor e os restantes 50% acima desse valor. O **Intervalo Interquartil (IIQ)** é o resultado da diferença entre o 3º quartil (75% da amostra) e o 1º quartil (25% da amostra), indicando onde se situam os 50% dos valores centrais. Quanto menor é o valor do Intervalo Interquartil (IIQ), maior é a concentração de opiniões (Capelas, 2018).

Tabela 1– Critérios para determinar o grau de consenso

Grau de Consenso	Concordância	Mediana	Intervalo Interquartil
Muito elevado	≥80%	5	0
Elevado	≥80%	≥4	1
Moderado	60-79%	≤4	1
Baixo	<60%	4	>1

Adaptado de Capelas (2018)

Este tratamento estatístico foi efetuado a todos os itens presentes na versão do instrumento inicial (Apêndice III), permitindo identificar o grau de consenso dos peritos relativamente a cada um deles e definindo a sua inclusão ou exclusão na versão final.

Determinou-se como critério para aceitação do consenso que este teria de ser Elevado ou Muito elevado e seriam excluídas todas as questões que não obtivessem qualquer um destes graus de consenso na primeira ronda (Capelas, 2013; Van Der Steen et al., 2014).

Evolução e caracterização do painel de peritos

Dos 14 peritos (enfermeiros) que aceitaram participar no estudo, a totalidade respondeu ao questionário enviado na primeira ronda. Na segunda ronda, apenas 10 peritos responderam (71.42%), ocorrendo uma perda de quatro participantes (12.5%) em relação à amostra inicial (Tabela 2).

Tabela 2 – Evolução do painel de peritos por ronda

Painel de peritos	1ª ronda		2ª ronda	
	N	%	N	%
	14	100%	10	71,42%

Relativamente ao género, o painel de peritos inicial foi constituído por 50% enfermeiros do género feminino e 50% do género masculino (Tabela 3).

Tabela 3 – Género dos enfermeiros constituintes do painel de peritos

Género	n	%
Feminino	7	50
Masculino	7	50
Total	14	100

A faixa etária variou entre 38 e 56 anos, com uma média de $43,6 \pm 5,4$ anos. Quanto à experiência profissional oscilou entre 13 e 33 anos, sendo a média $21 \pm 6,1$ anos (Tabela 4).

Tabela 4 – Idade e experiência profissional

	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Idade	43,6	5.4	38	56
Experiência profissional	21	6.1	13	33

Como já referido, o painel de peritos teve proveniência de diversas Instituições e regiões de Portugal (Gráfico 2), sendo a maioria da região do Porto 36% do Hospital Pedro Hispano, 29% do Centro Hospitalar Universitário do Porto e 14% do IPO Porto, do Centro Hospitalar de Leiria 14% e 7% do Hospital do Barreiro Montijo.

Gráfico 2 – Proveniência dos Peritos



Quanto à formação académica e profissional (Quadro 3) 28,6% detinham o grau de mestre em Enfermagem Médico-cirúrgica e 14,2% eram licenciados. Em relação à formação profissional, 35,7% eram especialistas em Enfermagem Médico-Cirúrgica, 7,1% Enfermagem de Saúde Mental e 14,2% em Enfermagem de Reabilitação.

Quadro 3 – Formação académica dos enfermeiros do painel de peritos

Formação Académica		n	(%)
Habilitações académicas	Mestrado – Enfermagem Médico-Cirúrgica	4	28,6
	Licenciatura	2	14,2
Formação Profissional	Especialidade – Enfermagem Saúde Mental	1	7,1
	Especialidade – Enfermagem Médico-Cirúrgica	5	35,7
	Especialidade – Enfermagem de Reabilitação	2	14,2

Os serviços onde exerciam funções (Tabela 5), 57,1% trabalhavam no Bloco Operatório (21,4% exercem anestesia e UCPA, 14,3% em anestesia e 21,4% trabalham na UCPA), os restantes 42,9% exerciam funções no SMI.

Tabela 5 - Serviços onde exercem funções os enfermeiros do painel de peritos

	n	%		n	%
BLOCO OPERATÓRIO	8	57,1	Anestesia, UCPA	3	21,4
			Anestesia	2	14,3
			UCPA	3	21,4
SMI	6	42,9			

3.3. Procedimentos formais e éticos

No contexto da investigação realizada, estiveram sempre presentes as exigências éticas inerentes a investigação que envolve seres humanos.

A palavra ética vem do grego *ethos*, que quer dizer o modo de ser, carácter do indivíduo, conjunto de padrões e valores morais de um indivíduo. O enfermeiro regula o exercício da sua profissão pelo Código Deontológico do Enfermeiro, sendo um conjunto articulado de deveres, em que um todo e cada dever tem enunciado a relação com os direitos do outro, atendendo ao compromisso e mandato social da profissão (OE, 2005).

Na construção deste trabalho de investigação onde foram aplicados questionários de forma a obter dados para a realização do mesmo, foi respeitado o consentimento livre e esclarecido dos participantes, um princípio ético que decorre do direito à autonomia (Fortin, 2009), relacionado com o direito à pessoa decidir voluntariamente, em participar num determinado estudo de investigação, após informação de todos os aspetos inerentes ao mesmo.

No documento enviado individualmente (Apêndice IV), foi previamente fornecida informação relativa aos objetivos do estudo, e dos métodos utilizados, sendo solicitado o seu consentimento para participar no estudo. Os participantes foram informados que poderiam cessar livremente a sua participação em qualquer etapa do estudo, sem qualquer tipo de consequências para o próprio.

A recolha dos dados para a elaboração do estudo teve início dia 28 de março de 2022 e término a 27 de junho de 2022.

Obteve-se o parecer favorável da Comissão de Ética de um Hospital inserido numa ULS do Grande Porto onde foi realizada a investigação (Anexo II).

Foi ainda garantida a confidencialidade e a proteção de dados para fins exclusivamente de investigação científica, segundo legislação em vigor.

3.4. Resultados

Neste subcapítulo são apresentados os resultados obtidos através da aplicação da técnica de Delphi no decurso das duas rondas realizadas, de acordo com a mnemónica ISBAR. Foram utilizadas tabelas onde estão representados os itens alocados a cada letra da mnemónica ISBAR e os graus de consenso obtidos.

Começa-se por apresentar os dados obtidos na primeira ronda e seguidamente os referentes à segunda ronda, de forma a ter uma melhor compreensão da sua análise.

1ª Ronda

Após a realização da primeira ronda, procedeu-se à análise estatística dos dados, com o objetivo de verificar os graus de consenso obtidos, analisar o conteúdo das possíveis sugestões, e reformular o instrumento anterior, para a apresentação em segunda ronda, caso necessária.

Relativamente à letra (I) “**Identificação**” (Tabela 6), o *nome do doente* obteve o grau de consenso (Muito elevado). A *Idade do doente* e a *Identificação do Enfermeiro de Anestesia*

obtiveram o grau de consenso (Elevado), a *Identificação do Enfermeiro da UCPA* obteve o grau de consenso (Moderado); e o *Gênero do doente* obteve o grau de consenso (Baixo).

No campo referente a sugestões ou observações para a *Identificação*, os peritos propuseram as seguintes:

- *Serviço/especialidade responsável pelo doente;*
- *Identificação do médico anestesista e do cirurgião, para contato em caso de instabilidade hemodinâmica do doente;*
- *Identificação dos enfermeiros envolvidos na transição de cuidados, argumentado que esta atitude formaliza e promove comunicação eficaz no momento da transição de cuidados;*
- *O profissional repete o nome do doente;*
- *Inserir a nacionalidade do doente tendo em conta doentes com nacionalidade estrangeira deve ser referida qual a nacionalidade.*

Tabela 6 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “IDENTIFICAÇÃO”

(I) IDENTIFICAÇÃO	Concordância a %	Mediana a	IIQ	Consenso
I_1 Nome (doente)	≥80	5,00	0	Muito Elevado
I_2 Idade (doente)	≥80	5,00	1	Elevado
I_3 Gênero (doente)	60-79	4,50	>1	Baixo
I_4 Identificação do Enfermeiro de Anestesia	≥80	5,00	1	Elevado
I_5 Identificação do Enfermeiro da UCPA	60-79	5,00	1	Moderado

Relativamente à letra (S) “**Situação**” (Tabela 7), o *Diagnóstico do doente* e a *Intervenção Cirúrgica realizada* obtiveram o grau de consenso (Muito elevado). O *Tempo de Cirurgia* e a *Anestesia realizada* obtiveram o grau de consenso (Elevado). Os Meio Complementar de Diagnóstico e Terapêutica (MCDT) *realizados* obtiveram o grau de consenso (Baixo).

No campo referente a sugestões ou observações para a *Situação*, os peritos sugeriram acrescentar:

- *Eventos no intraoperatório;*
- *Admissão/transferência;*
- *Alteração do estado;*

- MCDT realizados em situações que evite posterior realização. Ex: colocação de CVC.

Tabela 7 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “SITUAÇÃO”

(S) SITUAÇÃO	Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
S_1 Diagnostico do doente	≥80	5,00	0	Muito Elevado
S_2 Intervenção Cirúrgica realizada	≥80	5,00	0	Muito Elevado
S_3 Tempo de cirurgia	≥80	4,00	1	Elevado
S_4 Anestesia realizada	≥80	5,00	1	Elevado
S_5 MCDT realizados	60-79	4,00	>1	Baixo

Quanto à letra (B) “**Background** - Antecedentes /Anamnese)” (Tabela 8), os *Antecedentes clínicos*, as *Alergias conhecidas*, a *Presença ou risco de colonização /infecção*, e as *Técnicas invasivas realizadas*, obtiveram o grau de consenso (Muito elevado). Os *Hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas)*, e as *Diretivas antecipadas de vontade* obtiveram o grau de consenso (Elevado).

No campo referente a sugestões ou observações para a B (Antecedentes), houve as seguintes propostas:

- *Antecedentes clínicos e cirúrgicos e terapêutica de ambulatório relevante*
- *O nível de dependência*
- *Acrescentaria itens relacionados com limitações / alterações (cognitivas, físicas) e também item relacionado com alterações da integridade de pele e mucosas*

Tabela 8 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens dos “ANTECEDENTES”

(B) ANTECEDENTES	Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
B_1 Antecedentes clínicos	≥80	5,00	0	Muito Elevado
B_2 Hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas)	≥80	5,00	1	Elevado
B_3 Alergias conhecidas	≥80	5,00	0	Muito Elevado
B_4 Diretivas antecipadas de vontade	≥80	5,00	1	Elevado

B_5	Presença ou risco de colonização /infecção	≥80	5,00	0	Muito Elevado
B_6	Técnicas invasivas realizadas	≥80	5,00	0	Muito Elevado

No que respeita ao (A) “**Avaliação**” (Tabela 9), o *Estado de consciência*, a *Via aérea difícil*, os *Eventos cardiorrespiratórios*, o *Antibiótico administrado*, a *Terapêutica administrada*, os *Produtos sanguíneos administrados*, os *Fluidos administrados*, as *Técnicas invasivas realizadas*, a *Algaliação*, *entubação nasogástrica*, e outros, a *Diurese* e a *Avaliação da dor* obtiveram o grau de consenso (Muito elevado).

A *Necessidade de Oxigenoterapia*, a *Perda de sangue estimada*, o *Cateter Venoso Periférico (CVP)/CVC colocado*, a *Ferida cirúrgica*, *drenos*, *pensos e gessos*, a *Glicemia* obtiveram o grau de consenso (Elevado).

Quanto ao *Tipo de dispositivo utilizado* obteve o grau de consenso (Moderado). O *TOT utilizado*, a *Temperatura periférica/esofágica* e o *Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)* obtiveram o grau de consenso (Baixo).

Como sugestões ou observações para a *Avaliação*, os peritos sugeriram as seguintes:

- No ponto referente à *algaliação e entubação nasogástrica*, sugiro dispositivos médicos colocados;
- No ponto da *temperatura*, sugiro *periférica, timpânica ou esofágica*;
- Na *ferida cirúrgica*, sugiro a *descrição do penso*. Existência de dreno e se está inserido no penso;
- No *gesso*, sugiro *imobilizações: gessos, tala gessada, robert jones*;
- Acrescentaria *tipo de posicionamento cirúrgico*;
- Só se o doente apresentar *hipertermia no pré ou intraoperatória*.

Tabela 9 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “AVALIAÇÃO”

(A) AVALIAÇÃO		Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
A_1	Estado de consciência	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_2	TOT utilizado	<60	4,00	>1	Baixo
A_3	Via aérea difícil	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_4	Que tipo de dispositivo utilizou	60-79	4,50	1	Moderado

A_5	Eventos cardiorrespiratórios	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_6	Necessidade de Oxigenoterapia	≥80	5,00	1	Elevado
A_7	Perda de sangue estimada	≥80	5,00	1	Elevado
A_8	Antibiótico administrado	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_9	Terapêutica administrada	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_10	Produtos sanguíneos administrados	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_11	Fluidos administrados	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_12	CVP/CVC colocado	≥80	5,00	1	Elevado
A_13	Técnicas invasivas realizadas	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_14	Algaliação, entubação nasogástrica, outros	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_15	Diurese	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_16	Temperatura periférica/esofágica	60-79	4,00	>1	Baixo
A_17	Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos	≥80	5,00	1	Elevado
A_18	Avaliação da dor	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_19	Glicemia	≥80	4,50	1	Elevado
A_20	Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)	60-79	4,50	>1	Baixo

Passando à letra (R) “**Recomendações**” (Tabela 10) a *Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA* e o *Serviço de destino* obtiveram o grau de consenso (Muito elevado). Quanto ao *Contato de familiar*, os *MCDT agendados* e a *Atualização do plano de cuidados* obtiveram o grau de consenso (Elevado).

No campo referente a sugestões de itens ou observações para a *Recomendações*, os peritos sugeriram as seguintes:

- *Penso que será importante neste item, as indicações a iniciar na UCPA estarem mais especificadas como por exemplo vigilância drenagens, estado consciência, etc.;*
- *Preocupações;*
- *Contato do familiar deve constar no processo clínico e PatientCare.*

Tabela 10 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens das “RECOMENDAÇÕES”

(R) RECOMENDAÇÕES		Concordância a %	Mediana a	IIQ	Consenso
R_1	Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA	≥80	5,00	0	Muito Elevado
R_2	Serviço de destino	≥80	5,00	0	Muito Elevado
R_3	Contato de familiar	≥80	4,50	1	Elevado
R_4	MCDT agendados	≥80	5,00	1	Elevado
R_5	Atualização do plano de cuidados	≥80	5,00	1	Elevado

Apresentados os resultados da primeira ronda e analisadas as sugestões/ observações dos peritos que insidiam em melhorias para a transição dos cuidados, algumas foram tidas em conta, por validação na literatura consultada e pela experiência do investigador e transitaram para a segunda ronda.

2ª Ronda

Como referido anteriormente, transitaram para esta ronda os itens que obtiveram um grau de consenso moderado ou baixo na primeira ronda, por não reunirem os critérios de consenso para inclusão previamente estabelecidos (Van Der Steen et al., 2014).

Foram também incluídos dois itens sugeridos pelos peritos na primeira ronda, na letra I, “I_6 Nacionalidade, e na letra A, “A_21 Posicionamento cirúrgico.

O instrumento reformulado foi enviado novamente aos 14 peritos, tendo-se obtido resposta de 10, conforme referido anteriormente. Os dados recebidos foram submetidos novamente a análise estatística.

Na segunda ronda (Tabela 11), os itens da “**IDENTIFICAÇÃO**”, I_3, I_5 mantiveram o grau de consenso baixo verificado na 1ª ronda, bem como o item I_6, este último sugerido da ronda anterior.

O item da “**SITUAÇÃO**” S_5 obteve um consenso moderado, na primeira ronda tinha obtido um consenso baixo.

Relativamente à “**AValiação**”, o item A_2 obteve consenso baixo, mantendo o mesmo nível de consenso da primeira ronda, o A_4 manteve o mesmo nível de consenso da primeira ronda, moderado, o item A_20 comparado com a ronda anterior subiu o consenso

de baixo para elevado, o A_21 é um item novo, sugerido pelos peritos, o único item que alcançou um grau de consenso muito elevado foi o A_17, na primeira ronda tinha alcançado consenso elevado.

Tabela 11 - Percentagem da concordância, mediana, IIQ e grau de consenso dos itens da “ISBAR” – 2ª ronda

(I) IDENTIFICAÇÃO		Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
I_3	Género (doente)	60-79	4,00	>1	Baixo
I_5	Identificação do Enfermeiro da UCPA	60-79	5,00	>1	Baixo
I_6	Nacionalidade (doente)	60-79	3,00	>1	Baixo
(S) SITUAÇÃO		Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
S_5	MCDT realizados	60-79	4,50	1	Moderado
(A) AVALIAÇÃO		Concordância %	Mediana	IIQ	Consenso
A_2	TOT utilizado	60-79	3,50	>1	Baixo
A_4	Que tipo de dispositivo utilizou	60-79	4,50	1	Moderado
A_16	Temperatura periférica / esofágica	60-79	4,50	1	Moderado
A_17	Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos	≥80	5,00	0	Muito Elevado
A_20	Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)	≥80	5,00	1	Elevado
A_21	Posicionamento cirúrgico	≥80	5,00	1	Elevado

No campo referente a sugestões/observações não foi apontado qualquer comentário ou sugestão por parte dos peritos participantes nesta ronda.

Sendo que a maioria dos itens mantiverem o grau de consenso da 1ª ronda, aceitou-se como constituindo a versão final ou de consenso, os itens que obtiveram grau de consenso elevado ou muito elevado, conforme critérios previamente estabelecidos.

Como resultado final obteve-se uma ferramenta baseada no acrónimo ISBAR, com os itens associados a cada letra, correspondentes às informações mais importantes a serem

transmitidas na transição dos cuidados ao doente cirúrgico em contexto do BO, da SO para a UCPA/SMI.

Esta versão consensualizada por um painel de peritos ficou constituída por 36 itens, em que 3 estão associados à letra I, 4 à letra S, 6 à letra B, 18 à letra A e 5 à letra R. Da versão inicial excluíram-se seis itens que não obtiveram o consenso estipulado (Apêndice VII).

3.5. Discussão de Resultados

No percurso de construção deste estudo focou-se na importância atribuída à segurança do doente, na etapa da transmissão da informação, e o desenvolvimento de técnicas de comunicação eficazes e estruturadas que sejam concisas e de fácil utilização na sua prática diária.

Pesquisou-se na literatura evidências da informação a ser transmitida durante o *handover*. Estudos consultados apontam a técnica ISBAR como uma ferramenta estruturada para conduzir a transferência e de fácil memorização (Kaltof et al 2022). A DGS na Norma nº 001/2017 (2017) refere-se à mnemónica ISBAR como um auxiliar de memória que permite através de formas simples, memorizar construções complexas, para serem utilizadas na transmissão verbal. Por outro lado, reforça que a comunicação deve ser eficaz entre profissionais de saúde, a transmissão de informação deve ser oportuna, precisa, completa, sem ambiguidade, atempada e compreendida pelo recetor.

O enfermeiro deve saber quando falar, o que dizer e como dizer. A comunicação exige competências que devem ser apreendidas e praticadas, de forma a produzir uma comunicação eficaz. Portanto, a construção de uma ferramenta orientadora das informações a serem transmitidas reduz omissões e aumenta a segurança do doente (DGS, 2017)

Parra (2019), refere que vários estudos foram desenvolvidos junto de pares de forma a definir informações mais importantes e consensuais a ser transmitidas pelos profissionais na transição de cuidados, de modo a uniformizar e evitar perdas de informação relevante para a continuidade dos cuidados. Sublinha que a qualidade da transmissão oral é influenciada pela experiência dos profissionais envolvidos e pelas suas características pessoais, requerendo conhecimento, competência e empatia. Refere, ainda que, a implementação de uma ferramenta estruturada minimiza a especificidade pessoal de cada enfermeiro, auxiliando assim, à padronização na transmissão das informações.

Para uma melhor organização e sistematização da discussão dos resultados, dispusemos a informação pelos domínios da técnica ISBAR.

(I) - IDENTIFICAÇÃO

Na 1ª ronda da técnica de Delphi, ao domínio “**Identificação**” associaram-se 5 itens que estruturam e sistematizam a informação referente a dados de identificação da PSC e de profissionais de saúde, seguindo as orientações da DGS (2017), adaptadas ao contexto do BO.

Segundo a DGS (2017, p. 4), a letra (I) corresponde a “Identificação e localização precisa dos intervenientes na comunicação (emissor e recetor) bem como do doente a que diz respeito a comunicação.” Adaptando à realidade do BO, nesta fase incluiu-se na primeira ronda os seguintes itens: nome, idade e género do doente, Identificação do enfermeiro de Anestesia e do enfermeiro da UCPA. Os itens que não atingiram o grau de consenso exigido transitaram para a segunda ronda, foram eles: género do doente e identificação do enfermeiro da UCPA. Foi incluída também a nacionalidade, item sugerido por um dos peritos e faz parte da norma da DGS (2017). Porém, o grupo de peritos não considerou este item importante, bem como os outros dois, obtendo um grau de consenso baixo, resultados que poderiam levar a excluí-los do documento final.

Nos estudos consultados, o nome e a idade são informações consensuais e consideradas importantes no início da transmissão da informação da equipa da SO para a equipa da UCPA e/ou SMI (Kaltof et al, 2022; Parra, 2019; Júlia, 2017; Nunes, 2023; Kitney et al, 2016; DGS, 2017). A identificação do enfermeiro de anestesia é critério da DGS (2017), estando descrito na Norma nº 001/2017. Também Appelbaum et al. (2022), consideram que a informação/identificação da equipa de anestesia deve ser transmitida. Nunes (2023) e a DGS (2017) consideram que o género também deve ser mencionado.

A identificação do enfermeiro da UCPA, bem como o género e a nacionalidade do doente, itens que os peritos não consideraram relevantes para a inclusão na transmissão da informação, constam na Norma nº 001/2017 da DGS.

Sendo validada na literatura a importância destes itens, apesar do baixo consenso dos peritos sobre estes três itens, optamos por incluí-los no instrumento, dado serem informações pertinentes e recomendadas pela DGS (2017), como boas práticas sustentadas em evidências científicas e em painéis de especialistas internacionais.

No final das duas rondas, os itens que cumpriram os critérios pré-definidos foram: nome e idade do doente e identificação do enfermeiro de anestesia, sendo também incluídos o

género e a nacionalidade do doente e a identificação do enfermeiro da UCPA, perfazendo seis itens no domínio Identificação.

(S) - SITUAÇÃO

O segundo domínio da checklist é “**Situação**” cuja letra mnemónica é “S”. Este domínio refere-se à descrição do motivo atual de necessidade de cuidados de saúde, em que é sugerido ser mencionada a “data e hora de admissão; descrição do motivo atual da necessidade de cuidados de saúde; MCDT realizados ou a realizar” (DGS, 2017, p. 8). Em conformidade com o sugerido pela DGS, outra literatura e experiência dos investigadores, foram incluídos para a primeira ronda os seguintes itens: diagnóstico do doente, intervenção cirúrgica realizada, tempo de cirurgia, anestesia realizada e MCDT realizados. O item da data e hora de admissão, sendo um procedimento informatizado, fica automaticamente registada quando o profissional dá a entrada do doente no respetivo setor. Destes itens mencionados, o item MCDT realizados teve um consenso baixo na primeira ronda e, sendo o único a transitar para a segunda ronda, apesar de ter aumentado o seu consenso para moderado não reuniu os critérios pré-definidos. Todavia, sendo um item recomendado pela DGS (2017), foi incluído pelas razões já explanadas.

A seleção dos itens e os resultados neste domínio são idênticos ao estudo realizado por Kitney et al. (2016) em que são transmitidos o tipo de anestesia e procedimentos cirúrgicos e de Halterman (2019) que incluiu as alergias Já Kaltof et al. (2022) acrescentam a avaliação da via aérea, o estado hemodinâmico, fluidos, temperatura e estado de consciência, que no presente estudo foram alocados noutra domínio. Outros autores desenvolveram checklist estruturadas em que o diagnóstico do doente, intervenção cirúrgica e anestesia realizada eram mencionados (Parra, 2019; Júlia, 2017; Nunes, 2023). O item tempo de cirurgia foi acrescentado pelo investigador, por sugestão dos pares, tendo obtido um consenso elevado dos peritos.

Como resultados, no final da 2ª ronda, foram incluídos neste domínio os cinco itens propostos inicialmente.

(B) - BACKGROUND (Antecedentes/Anamnese)

O terceiro domínio é “**Background (Antecedentes/Anamnese)**” cuja letra mnemónica é “B”. Este domínio refere-se à descrição de antecedentes clínicos e outros relevantes, como, diretivas antecipadas de vontade. Neste domínio, os conteúdos sugeridos pela DGS (2017) a serem transmitidos são “antecedentes clínicos; níveis de dependência; diretivas antecipadas de vontade; alergias conhecidas ou da sua ausência; hábitos relevantes; terapêutica de ambulatório e adesão à mesma; técnicas invasivas realizadas; presença ou

risco de colonização/infeção associada aos cuidados de saúde e medidas a implementar; identificação da situação social e da capacitação do cuidador” (p.8).

O enfermeiro da SO ao realizar o *handover* dos cuidados para o enfermeiro da UCPA, deve estar familiarizado com o doente, conhecer a sua história pregressa como: antecedentes clínicos; hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas), alergias conhecidas, diretivas antecipadas de vontade; presença ou risco de colonização/infeção e técnicas invasivas realizadas (Kaltorf et al, 2022; Parra, 2019; Júlia, 2017; Nunes, 2023; Kitney et al, 2016; DGS, 2017).

Na 1ª ronda da técnica de Delphi foram enviados os seis itens mencionados referente ao Background (antecedentes). Todos os itens atingiram o grau de consenso exigido. É de salientar que os itens antecedentes clínicos; alergias conhecidas, presença ou risco de colonização/infeção e técnicas invasivas realizadas atingiram um consenso muito elevado. Os itens hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas) e diretivas antecipadas de vontade obtiveram consenso elevado, apresentando critérios de inclusão.

Na literatura pesquisada, que utilizou a técnica ISBAR, a informação alocada a cada letra não é consensual. Kaltorf et al. (2022) associaram as alergias à Identificação, e os antecedentes ao Background (antecedentes), considerando estes itens importantes neste domínio. Halterman (2019) utilizando a técnica SBAR, considera importante transmitir se o doente possuía ou não alergias no domínio *Situação*. Autores que utilizaram checklist estruturadas para transmitir informação como Nunes (2023), Parra (2019) e Julia (2017) transmitiram os antecedentes e alergias. Os itens diretivos antecipados de vontade, hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas), técnicas invasivas realizadas e presença ou risco de colonização/infeção, mencionados pela DGS (2017) e, sendo, consensual pelo grupo de peritos.

Os seis itens iniciais foram incluídos na versão final do instrumento.

(A) - AVALIAÇÃO

A letra “A” diz respeito ao quarto domínio da mnemónica ISBAR que é “**Avaliação**”. Este domínio refere-se a informações sobre o estado do doente, terapêutica medicamentosa e não medicamentosa instituída, estratégias de tratamento, alterações de estado de saúde significativas. Neste domínio, os conteúdos sugeridos pela DGS (2017) a serem transmitidos são os” problemas ativos; terapêutica medicamentosa e não-medicamentosa instituída; alterações de estado de saúde significativas e avaliação da eficácia das medidas implementadas; focos de atenção, diagnósticos e intervenções ativas” (p.8).

Na versão inicial foram integrados 21 itens neste domínio, e enviados ao painel na primeira ronda, dando resposta ao recomendado pela DGS (2017) e também resultante da pesquisa

bibliográfica e da experiência do investigador e dos seus pares. Destes 21, 5 não obtiveram consenso para a sua inclusão no documento final, pelo que foram reenviados na segunda ronda para nova análise dos peritos. Foi acrescentado um novo item sugerido pelos peritos, posicionamento cirúrgico. Destes 6 itens sujeitos a apreciação dos peritos três itens: TOT utilizado, que tipo de dispositivo utilizou e temperatura periférica/esofágica não obtiveram critérios de inclusão. Nesta segunda ronda, o item Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos obteve um consenso muito elevado. O item Conforto, na primeira ronda teve um consenso baixo, obtendo na segunda ronda, um consenso elevado, como o item Posicionamento cirúrgico.

Kaltorf et al. (2022) definiram os itens para a ferramenta de comunicação ISBAR, a implementar de forma mais específica para o doente crítico transferido da SO para a UCPA, através da pesquisa bibliográfica e observações realizadas nas transferências, sendo relatada a avaliação cirúrgica e anestésica, não especificando, no entanto, essa avaliação. Appelbaum et al. (2022) desenvolveram uma ferramenta formal da transferência do doente crítico da SO para uma UCI trauma, envolvendo a equipa multidisciplinar na sua construção. A informação a ser transmitida pela equipa de anestesia, sugerida pela equipa multiprofissional foi quanto aos acessos arteriais e venosos, abordagem da via aérea, estabilidade hemodinâmica, estado neurológico, analgesia, fluidos e doses, antibioterapia, hemoderivados, perdas de sangue e diurese.

Noutro estudo, Kitney et al. (2016) construíram uma ferramenta, seguindo as normas do Colégio de Anestesiologistas da Austrália e da Nova Zelândia, para auditoria da transição dos cuidados utilizando o ISBAR, modificada e adaptada às necessidades do contexto onde era realizada. Neste domínio da “Avaliação”, a informação relevante transmitida eram os eventos cirúrgicos, eventos anestésicos, problemas cardiovasculares, terapêutica administrada e analgesia. Enquanto que Júlia (2017), na checklist que elaborou é mais exaustiva nas informações a serem transmitidas, indo ao encontro das nossas sugestões. Os itens a serem transmitidos são: indução, via aérea, acessos vasculares e monitorização, fluidos, hemoderivados, diurese, perdas de sangue, terapêutica, antibiótico, estabilidade hemodinâmica e respiratória. Parra (2019), desenvolveu uma checklist para orientar a transmissão de informação estruturada, dividindo em informações do doente, informações sobre anestesia, informações do procedimento e plano pós-operatório. Algumas das suas informações sobre anestesia e procedimentos anestésicos estão incluídas no nosso instrumento no neste domínio (Avaliação) como, medicação intraoperatória administrada, drenos, cateteres e complicações cirúrgicas. Um estudo observacional realizado por Siddiqui et al. (2012), que tinha como objetivo recolher dados que seriam importantes a transmitir no momento da transferência. Verificamos que estão em concordância com os

itens validados no presente estudo pelo painel de peritos: perda de sangue estimada, entubação difícil, alterações cardíacas, alterações respiratórias, hipotermia, diurese, analgesia administrada, acessos venosos colocados, produtos sanguíneos administrados, fármacos administrados.

Verifica-se que o instrumento ISBAR validado para a transmissão da informação na transição de cuidados da PSC da SO para a UPCA/SMI, no domínio da Avaliação vai ao encontro do que se encontra exposto na literatura e no que se constatou no contato diário com a PSC, sendo ratificados pelos peritos 18 dos 21 itens submetidos à sua análise.

Tal como não foram encontrados na literatura, referências quanto à relevância da informação sobre o *item TOT utilizado, que tipo de dispositivo utilizou e temperatura periférica/esofágica*, o painel de peritos também não atribuiu importância a estes itens.

(R) - RECOMENDAÇÕES

O quinto domínio da ferramenta ISBAR “**Recomendações**”, cuja letra mnemónica é “R” refere-se à descrição de atitudes e plano terapêutico adequados à situação clínica do doente.

Neste domínio foram submetidos à avaliação dos peritos na primeira ronda cinco itens: terapêutica e indicações a iniciar na UCPA, serviço de destino, contato de familiar, MCDT agendados, atualização do plano de cuidados, sendo todos considerados consensuais pelo painel de peritos. Com os devidos ajustes ao contexto em estudo, estes itens vão ao encontro dos conteúdos sugeridos pela DGS (2017) a serem transmitidos que são: indicação do plano de continuidade de cuidados; informação sobre consultas e MCDT agendados; identificação de necessidades do cuidador informal.

Seguindo as indicações/sugestões da DGS (2017) e adaptando à realidade do BO, considerou-se estes itens importantes a serem transmitidos aquando da transição dos cuidados. O enfermeiro da UCPA que acolhe o doente deve estar informado do serviço de destino, como do contato do familiar, caso necessite de recolher ou transmitir alguma informação. Kitney et al. (2016) incluíram o nome do contato a ser comunicado. Kaltof et al. (2022) consideraram neste domínio transmitir a avaliação da dor, prescrições médicas e áreas que necessitam de acompanhamento. Na atualização do plano de cuidados consideramos que a avaliação da dor, como 5º sinal vital, seja relevante ser transmitida. Alguns doentes saem da SO com indicações para a UCPA como pedidos de MCDT e terapêutica a ser administrada, entendemos pertinente estas informações serem transmitidas, havendo também um consenso pelo grupo de peritos.

Em suma, a literatura consultada sobre a ISBAR é unânime, considerando que a informação estruturada é mais fácil de lembrar, minimiza a perda de informações

relevantes, melhora a comunicação entre a equipa da SO e a da UCPA e/ou SMI, melhorando a segurança do doente (Kaltof et al., 2022; Parra, 2019; Nunes, 2023; Appelbaum et al., 2022; Kitney, 2018) e desta forma, a qualidade dos cuidados.

Alguns autores, (Parra 2019, Appelbaum et al., 2022, Halterman 2019) descrevem estratégias a utilizar para garantir um *handover* mais seguro e eficiente, de forma a facilitar a transferência dos cuidados à equipa da UCPA. Dessas estratégias encontradas na literatura selecionamos as mais adequadas ao contexto de péri-operatorio:

- Acomodar o doente na sua unidade, monitorizar, confirmar se as perfusões, drenos e algalias estão permeáveis;
- Todos os membros relevantes da sala operatória e pós-operatório devem estar presentes durante a transferência;
- A informação deve ser transmitida por um profissional de cada vez, evitando confusão, mas clareza na informação, com o mínimo de distrações e interrupções;
- Evitar interrupções, como realizar outras tarefas enquanto se transmite as informações;
- Dedicar o tempo necessário à transferência de informações;
- Usar uma lista de verificação estruturada para orientar a transferência de informações, nomeadamente a mnemónica ISBAR.

O doente crítico no pós-operatório imediato necessita de vigilância dos sinais de complicações relacionadas com o procedimento anestésico e cirúrgico.

Estamos convictos que esta ferramenta de 39 itens associados às 5 letras do acrónimo ISBAR, validada por peritos favorece os cuidados e a segurança no pós-operatório do doente crítico, como é referido na literatura (Apêndice VIII).

3.6. Conclusões do Estudo e Perspetivas Futuras

A preocupação pela segurança do doente tem vindo a ser motivo de interesse e inquietação por parte da comunidade científica. Nos últimos anos, muito se tem discutido sobre esta temática e vários estudos têm vindo a ser publicados, demonstrando-se uma preocupação no desenvolvimento de estratégias de comunicação eficaz, na transmissão de informação relevante na transferência dos cuidados ao doente crítico.

Nos estudos pesquisados apenas três têm semelhança com o instrumento validado no presente estudo (Halterman, 2019; Kitney, 2018; Kaltof et al; 2022). Os itens incluídos são semelhantes entre eles e os validados pelo painel de peritos.

Kaltorf et al. (2022) & Kitney et al. (2018) utilizaram a técnica de comunicação ISBAR tendo alocado a cada domínio a informação relevante a ser transmitida, enquanto Halterman (2019) optou pelo SBAR. Apesar da informação a ser transmitida ser semelhante, a alocação dos itens difere de autor para autor e com a proposta apresentada.

O EEEMC que presta cuidados em contexto de BO ao doente crítico desempenha funções de enfermeiro de anestesia, deverá ser capaz de mobilizar conhecimentos na área da comunicação e transferência de cuidados da SO para a UCPA ou SMI. Utilizando a melhor técnica de comunicação e uma ferramenta estrutura baseada na evidência científica e na segurança do doente crítico, demonstrando competência na sua prestação e agregando valor para a organização de saúde, tendo como foco nos seus cuidados o doente e a família.

A realização deste estudo possibilitou determinar um conjunto de informações relevantes a serem transmitidas pelo enfermeiro de anestesia, ao enfermeiro da UCPA ou SMI, na transição de cuidados. Foi elaborado um conjunto de 43 itens que foram integrados em 5 domínios (Identificação, Situação, Background (Antecedentes/Anamnese), Avaliação e Recomendações), que constituíram a versão inicial, baseada na literatura, recomendações de boas práticas e na experiência do investigador. Esta versão foi posteriormente submetida ao julgamento de um painel de peritos, recorrendo à técnica de Delphi, em duas rondas. Além dos itens que não obtiveram consenso na primeira ronda, e que transitaram para a segunda ronda, foram acrescentados, por sugestão dos peritos, mais dois itens.

Da segunda ronda, foram excluídos 6 itens por não terem reunido os critérios de consenso, obtendo-se uma versão consensualizada de 36 itens. Deste modo, conseguiu-se chegar a uma proposta de informações relevantes e estruturadas a serem transmitidas no handover, que de facto poderá contribuir para facilitar o processo de transição dos cuidados e a segurança do doente.

É desejo do investigador poder implementar esta proposta estruturada da técnica ISBAR no BO, contexto onde exerce a sua atividade profissional, planeando momentos para apresentação e discussão do documento, assim como, identificação de necessidades de formação/orientação para a sua implementação, podendo contribuir para uma melhor segurança do doente crítico.

CONCLUSÃO

O presente relatório é o resultado de uma viagem que, sem dúvida, se revelou gratificante, contribuindo não apenas para o crescimento profissional, mas também para o crescimento pessoal.

Este, foi construído de modo a proporcionar um meio de avaliação das competências comuns e específicas do EEEMC desenvolvidas e adquiridas na área do cuidar à PSC e na descrição do trabalho de investigação desenvolvido. Sendo que os objetivos delineados para este relatório foram atingidos.

Este relatório surge como resultado de uma análise crítica e reflexiva da prática dos cuidados prestados, do progresso individual e das experiências de desenvolvimento durante o ENP. A elaboração deste relatório foi uma oportunidade para aprimorar a capacidade de reflexão ao longo percurso, ajudando a identificar as necessidades de aprendizagem e desafios inerentes. Foi notório reconhecer como os conhecimentos adquiridos na teoria encontram seu pleno desenvolvimento quando são aplicados na prática clínica.

O ENP emerge como uma oportunidade ímpar para o aprimoramento da aprendizagem relacionada à profissão, a consolidação dos conhecimentos adquiridos e a reflexão sobre as práticas, sendo essencial para o desenvolvimento das competências exigidas ao enfermeiro especialista.

O período vivenciado no ENP, foi rico em experiências e muito vantajoso em termos de conhecimentos teórico-práticos. As competências especializadas desenvolvidas permitirão uma intervenção eficaz na prestação de cuidados de enfermagem especializados à PSC, no contexto da abordagem do doente crítico no BO.

Sem dúvida que a investigação realizada desempenhou um papel crucial na melhoria da qualidade dos cuidados e da segurança do doente no contexto do BO. Foram identificadas áreas onde as práticas atuais eram deficientes ou existiam lacunas, permitindo o desenvolvimento de estratégias para a sua abordagem e implementação de novas ferramentas.

Ser EEEMCEPSC num BO é um processo complexo, que requer uma perspetiva que reconhece e identifica oportunamente os focos de instabilidade, ao mesmo tempo que gerência protocolos e interage com a família do doente em situação crítica.

Conclui-se que este processo de aprendizagem foi determinante para a construção da minha identidade profissional, em particular como EEEMCEPSC, e ainda das habilidades necessárias para a obtenção do grau de Mestre.

BIBLIOGRAFIA

Associação Dos Enfermeiros De Sala De Operações Portuguesas. (2006). *Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à Prática de Cuidados*. Lusodidacta. ISBN 972-8930-16-X.

Amorim, E.J., Assis, Y.I.S., Santos, M.C., Silva, T.F.L., Santos, R.N.S.S., Cruz, J.S., Fonseca, L.M. (2022). *Procedure for the handover: Nurses perspective in Intensive Care*. DOI 10.18471/rbe. v36.44492.

<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=9ac63af5-622e-4682-b4fa-7b6232e73f86%40redis>

Andreasen, E. M., Berg, H., Steinsbekk, A., Høigaard, R., & Haraldstad, K. (2023). The effect of using desktop VR to practice preoperative handovers with the ISBAR approach : a randomized controlled trial. *BMC medical education*, 23(1), 983.

<https://doi.org/10.1186/s12909-023-04966-y>

Andreasen, E. M., Høigaard, R., Berg, H., Steinsbekk, A., & Haraldstad, K. (2022). Usability Evaluation of the Preoperative ISBAR (Identification, Situation, Background, Assessment, and Recommendation) Desktop Virtual Reality Application: Qualitative Observational Study. *JMIR human factors*, 9(4), e40400.

<https://doi.org/10.2196/40400>

Almeida, C. (2013). *Rumo à especialização em Enfermagem*. (Relatório apresentado ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa para a obtenção de grau de Mestre com Especialização em Enfermagem Médico-Cirúrgica).

<https://repositoriucp.pre.rcaap.pt/handle/10400.14/13702>

Appelbaum, R. D., McCullough, M. A., Barnett, R. S., Talbott, A. L., Neff, L. P., Hildreth, A. N., Miller, P. R., 3rd, & Nunn, A. M. (2022). Improving the Culture of Safety: A Prospective Handoff Initiative from the Operating Room to the Trauma Intensive Care Unit. *The American surgeon*, 88(7), 1584–1587.

<https://doi.org/10.1177/00031348221091938>

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Quarteto Editora.

Capelas, M.L., Simões, A.S.A.W.F., Teves, C.F.T.M., Durão, S.A.P., Coelho, S.P.F., Silva, S.C.F.S., Silva, A.E. & Afonso, T.S. (2018). Indicadores de qualidade prioritários para os serviços de cuidados paliativos em Portugal.

<file:///C:/Users/eu/Downloads/7245-Artigo-16026-1-10-20200923.pdf>

Clarke, S., Clark-Burg, Karen G. ; and Pavlos, Elaine (2018). Clinical handover of immediate postoperative patients : A literature review. *Journal of Perioperative Nursing*, Vol. 31 : Iss. 2, Article 4. Available at : <https://doi.org/10.26550/2209-1092.1029>
<https://www.journal.acorn.org.au/jpn/vol31/iss2/4>

Regulamento n.º 743/2019 - Regulamento da Norma para Cálculo de Dotações Seguras dos Cuidados de Enfermagem. Diário da República, II Série, n.º 184 de 2019-09-25.
<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2019/09/184000000/0012800155.pdf>

Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril. Diário da República, I Série - A, n.º 93 (1998-04-21), pp. 1739-1757.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/1998/04/093a00/17391757.pdf>

Decreto-Lei n.º 71/2019 de 27 de maio. Diário da República, I Série, n.º 101 (2019-05-27), pp. 2626- 2642.
<https://files.diariodarepublica.pt/1s/2019/05/10100/0262602642.pdf>

DIAS, L. (2019). Sistema de melhoria continua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. *Revista Clínica do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca*. Portugal, ISSN: 2182-8504. Vol 2, nº1 (2019), p.39-40.

Direção Geral de Saúde - Plano Nacional de Saúde: Revisão e Extensão a 2020. Direção Geral da Saúde. Portugal, 2015.
<http://pns.dgs.pt/files/2015/06/Plano-Nacional-de-Saude- Revisao-e-Extensao-a-2020.pdf.pdf>

Direção Geral de Saúde - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015- 2020. Direção Geral da Saúde. Portugal, 2015.
<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes.aspx>

Direção Geral de Saúde – Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. Portugal, 2007.
<https://www.dgs.pt/documentos-epublicacoes/programa-nacional-de-prevencao-e-controlo-da-infeccao-associada-aoscuidados-de-saude-pdf.aspx>.

Direção Geral de Saúde – Medicamentos com nome ortográfica, fonético ou aspeto semelhantes. Portugal, 2015.
<https://normas.dgs.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/10/medicamentos-com-nome-ortografico-fonetico-ou-aspeto-semelhantes.pdf>

Direção Geral de Saúde - Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021- 2026. Direção Geral da Saúde. Portugal, 2015.

<https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

Despacho Normativo nº11/2002. Diário da República I Série-B, n.º 55 de 2002-03-06.

<https://www.grupoportuguestriagem.pt/wp-content/uploads/2021/01/Legislac%C3%A7%C3%A3o-Despacho-11-2002-Missa%C3%83o-do-Servic%C3%A7%C3%A3o-de-Urge%C3%82ncia.pdf>

Dias, L.J. (2014). Sistema de melhoria contínua da qualidade dos cuidados de enfermagem: um modelo construtivo no hospital prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE. <file:///C:/Users/eu/Downloads/73-158-1-SM.pdf>

Engström, A., & Söderberg, S. (2007). Close relatives in intensive care from the perspective of critical care nurses. *Journal of clinical nursing*, 16(9), 1651–1659. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2005.01520.x>

Facione, P. A. (1990). *Critical thinking: a statement of expert consensus for purposes of educational assessment and instruction. Research findings and recommendations (Report)*. American Philosophical Association.

Fortin, M.-F., Côté, J., & Fillion, F. (2009). *Fundamentos e Etapas do processo de investigação*. Lusodidacta.

Gordon, T. (1994). The Delphi Method in futures research methodology, AC/UNC Millennium Project.

https://eumed-agpol.iamm.fr/private/priv_docum/wp5_files/5-delphi.pdf

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

Instituto Nacional de Emergências Médicas (INEM). (2012). *Manual TAS-Emergências Médicas* (1ª ed., Vol. 2.0). INEM.

International Council of Nursing and world health organization. (2009). *Framework of Disaster Nursing Competencies*. Western Pacific Union. ISBN: 978-92-95065-79-6.

Joint Commission International. (2014). *Padrões de Acreditação da Joint Commission International para hospitais*.

https://www.jcinc.com/assets/1/14/EBJCIH14B_Sample_Pages.pdf

Kaltoft, A., Jacobsen, Y. I., Tangsgaard, M., & Jensen, H. I. (2022). ISBAR as a Structured Tool for Patient Handover During Postoperative Recovery. *Journal of perianesthesia*

nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses, 37(1), 34–39.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2021.01.002>

López-Parra, M., Porcar-Andreu, L., Arizu-Puigvert, M., & Pujol-Caballé, G. (2020). Cohort Study on the Implementation of a Surgical Checklist from the Operating Room to the Postanesthesia Care Unit. *Journal of perianesthesia nursing : official journal of the American Society of PeriAnesthesia Nurses*, 35(2), 155–159.
<https://doi.org/10.1016/j.jopan.2019.08.015>

Leonardsen, A.C., Moen, L.K., Karlsøen, G. & Hovland, T. (2019). A Quantitative Study on Personnel's Experiences with Patient Handovers between the Operating Room and the Postoperative Anesthesia Care Unit before and after the Implementation of a Structured Communication Tool. *Nurs. Rep.* **2019**, 9, 8041.
<https://doi.org/10.4081/nursrep.2019.8041>

Linstone, H. A., & Turoff, M. (2002). *The Delphi method: Techniques and applications*. Addison Wesley Newark, NJ: New Jersey Institute of Technology.
https://www.foresight.pl/assets/downloads/publications/Turoff_Linstone.pdf

Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory. Middle-Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice*. New York: 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), pp. 12–28.
<https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006>

Nagpal, K., Vats, A., Lamb, B., Ashrafian, H., Sevdalis, N., Vincent, C., & Moorthy, K. (2010). Information transfer and communication in surgery: a systematic review. *Annals of surgery*, 252(2), 225–239.
<https://doi.org/10.1097/SLA.0b013e3181e495c2>

Nunes, O.J.S., Munhoz, O.L., Cauduro, G.M.R., Freitas, E.O., Andolhe, R. & Magnago, T.S.B.S. (2023). *Construction and validation of checklist for transfer of care at discharge of the post-anesthetic recovery room*. ISSN on-line1984-7513 DOI : 10.4025/ciencuidsaude.v22i0.66042.
<https://web.p.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=e01b767d-f74e-4e23-b5a4-962b301e79a3%40redis>

Ordem dos Enfermeiros – Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE. Lisboa: Tadinense - Artes Gráficas, 2015.

Ordem dos Enfermeiros – Deontologia Profissional de Enfermagem. Lisboa: Norprint Artes Gráficas, S.A., 2015. ISBN 9789898444301.

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa, 2001. Divulgar.

<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8903/divulgar-padroes-de-qualidade-dos-cuidados.pdf>

Ordem dos Enfermeiros – Artigo 83º - Do direito ao cuidado. Portugal, 2010.
https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/documentos/Documents/Parecer248_2010_CJ_site.pdf

Ordem dos Enfermeiros – Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem Médico-Cirúrgica. 2017. Leiria.

https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5681/ponto-2_padroes-qualidade-emc_rev.pdf

Órfão, J.M., Aguiar, J.G., Carrilho, A., Ferreira, A., Leão, A., Mourato, C., Mexêdo, C., Pereira, C., Vaz, F., Lança, F., Paiva, G., Pires, I., Carvalhas, J., Mourão, J., Bonifácio, J., Miranda, L., Guinot, M., Gacio, M., Moinho, ...Moreira, Z. (2016). *Consensos na gestão clínica da via aérea em anesthesiologia*. Revista SPA, Volume 25 nº.1, páginas 9-16.

Orientação n.º 014/2015 - Processo de Gestão da Medicação. Direção Geral da Saúde, 2015-12-17.

<https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/orientacoes-e-circulares-informativas/orientacao-n-0142015-de-17122015-pdf.aspx>

Pina, E., Ferreira, E., Marques, A., & Matos, B. (2010). Infecções associadas aos cuidados de saúde e segurança do doente. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 10, pp. 27 – 39.

<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-portuguesa-saude-publica-323-articulo-infecciones-associadas-aos-cuidados-saude-X0870902510898567>

Regulamento n.º 190/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Diário da República II Série, n.º 79 de 2015-4-23.

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_190_2015_Regulamento_do_Profil_de_Competencias_Enfermeiro_Cuidados_Gerais.pdf

Regulamento n.º 361/2015 - Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II série n.º 123 de 2015-6-26.

<https://files.diariodarepublica.pt/2s/2015/06/123000000/1724017243.pdf>

Regulamento n.º 140/2019 - Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República II Série, n.º 26 de 2019-3-6.
<https://dre.pt/application/conteudo/119236195>

Regulamento n.º 124/2011 - Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem em Pessoa em Situação Crítica. Diário da República II Série, n.º 35 de 2011-02-18.
https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8180/regulamento124_2011_competenciasespecifnfppessoasituacaocritica.pdf

Regulamento n.º 101/2015 - Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor. Diário da República II Série, n.º 48 de 2015-03-10.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/101-2015-66699805>

Regulamento n.º 429/2018 - Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica na Área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crítica, na área de Enfermagem à Pessoa em situação Paliativa, na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Perioperatória e na área de Enfermagem à Pessoa em Situação Crónica. Diário da República II Série, n.º 135 de 2018-07-16.
<https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/regulamento/429-2018-115698617>

Segall, N., Bonifacio, A. S., Schroeder, R. A., Barbeito, A., Rogers, D., Thornlow, D. K., Emery, J., Kellum, S., Wright, M. C., Mark, J. B., & Durham VA Patient Safety Center of Inquiry (2012). Can we make postoperative patient handovers safer? A systematic review of the literature. *Anesthesia and analgesia*, 115(1), 102–115.
<https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318253af4b>

Siddiqui, N., Arzola, C., Iqbal, M., Sritharan, K., Guerina, L., Chung, F., & Friedman, Z. (2012). Deficits in information transfer between anaesthesiologist and postanaesthesia care unit staff : an analysis of patient handover. *European journal of anaesthesiology*, 29(9), 438–445. <https://doi.org/10.1097/EJA.0b013e3283543e43>

Scarpato, A.F, Laus, A.M., Azevedo, A.L.C.S., Freitas, M.R.I., Gabriel, C.S. & Chaves, L.D.P. (2012). Reflections on the use of Delphi technique in research in nursing. *Rev Rene* 13(1):242-251.
https://www.researchgate.net/publication/317455093_Reflections_on_the_use_of_Delphi_technique_in_research_in_nursing

Thangaratnam, S. & Redman, C. (2005). *The Delphi technique*. The Obstetrician & Gynaecologist, 7 (2).

ANEXOS

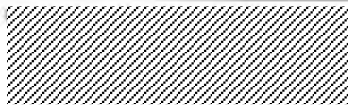
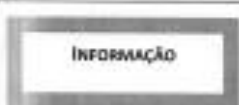
Anexo I - Modelo explicativo da técnica ISBAR

Figura 1 – Modelo explicativo da técnica ISBAR

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.

Fonte: Direcção-Geral da Saúde (2017, p. 8)

Anexo II – Parecer da comissão de ética para a saúde da ULS

		Nº 03/CES/JAS Data: 14-01-2022
---	--	-----------------------------------

Para: Serviço de Gestão do Conhecimento

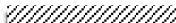
De: Comissão de Ética p: 

Assunto: *Apreciação ao pedido de autorização para realização de estudo intitulado "A Comunicação do Enfermeiro na transferência do utente no Bloco Operatório: Implementação da técnica ISBAR"*

INFORMAÇÃO

Exmos(as) Srs(as),

A Comissão de Ética para a Saúde analisou o pedido de autorização para realização de estudo intitulado "*A Comunicação do Enfermeiro na transferência do utente no Bloco Operatório: Implementação da técnica ISBAR*", cujo investigador é Jorge Moreira, Enfermeiro do Bloco Operatório Central n: 

A Comissão de Ética para a Saúde da  deliberou, por unanimidade, nada opor à realização deste estudo.

Com os melhores cumprimentos




000_04_INF_1550



APÊNDICES

**Apêndice I – Plano de sessão de formação: Comunicação eficaz na
transição de cuidados de saúde**



PLANO DE SESSÃO

Tema	Comunicação		
Módulo		Sessão nº	Data 17-06-2022
Formadores: Selma Gomes			
Local: Bloco Operatório ULS			

Objetivos Específicos	No final da formação os formandos deverão ser capazes de: • Compreender o Processo de Comunicação • Conhecer os diferentes tipos de Comunicação • Identificar as Barreiras à Comunicação Eficaz • Compreender as características de grupo que influenciam a comunicação • Conhecer os diferentes Estilos Comunicacionais • Identificar o seu estilo comunicacional • Compreender o conceito de Assertividade e a importância na Enfermagem • Entender a importância de Dotar os Profissionais de competências comunicacionais
Atividades	Exposição de Conteúdos através de meios audiovisuais Debate final sobre o tema



Momento	Conteúdos	Estratégias / Métodos	Recursos Didáticos	Avaliação	Duração
Introdução	- Comunicação - Processo de comunicação	Expositivo	PowerPoint		45 minutos
Desenvolvimento	- Comunicação verbal - Comunicação não verbal - Barreiras à comunicação - Característica de grupo que influenciam comunicação eficaz - Estilos comunicacionais: Agressivo, passivo, assertivo - Comunicação assertiva - Comunicação assertiva e Enfermagem	Expositivo	PowerPoint		





Conclusão	- Importância de dotar os enfermeiros: competências comunicacionais e comportamentais, inteligência emocional e gestão de conflitos	Expositivo	PowerPoint		
-----------	---	------------	------------	--	--



PLANO DE SESSÃO

Tema:

Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde

- Metodologia ISBAR -

Módulo

Sessão nº

Data 21-5-2022

Formadores: Cármen Passos

Local:

Objetivos
Específicos

No final da formação os formandos deverão ser capazes de:

- Compreender a importância comunicação eficaz na Transição de cuidados de saúde;
- Compreender relação entre Plano de Segurança do Doente e Transição de cuidados de Saúde;
- Compreender a dinâmica da metodologia ISBAR como ferramenta potenciadora de comunicação eficaz na Transição de Cuidados de saúde;

Atividades

Exposição de Conteúdos:

- Planos de Segurança do doente / Qualidade em saúde;
- Comunicação Eficaz na Transição de Cuidados de Saúde;
- Sistematização da informação / Segurança do doente;
- Metodologia ISBAR;
- Debate sobre o tema:



	"A importância da sistematização da informação de Enfermagem no peri-parto" xxxxxxxxxx
--	---

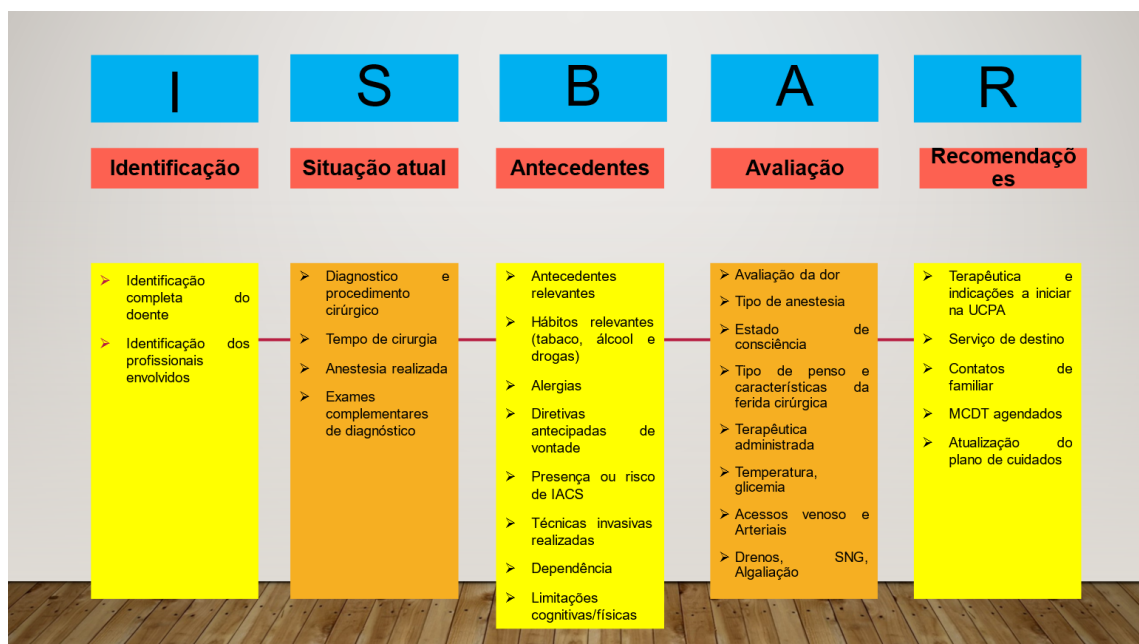
Momento	Conteúdos	Estratégias / Métodos	Recursos Didáticos	Avaliação	Duração
Introdução	Apresentação dos objetivos da formação; Enquadramento da temática	Expositivo/Interativo	Computador Data show		5 min
Desenvolvimento	Fundamentação: Qualidade em Saúde e Segurança do Doente; Fundamentação: Comunicação eficaz na Transição de Cuidados de Saúde; Apresentação Norma "Comunicação Eficaz na Transição de	Expositivo/Interativo	Computador Data show	Discussão da temática	20 min



	Cuidados de Saúde; Apresentação da Metodologia ISBAR na Transição de Cuidados de Saúde; Importância da sistematização de informação no período operatório				
Conclusão	Síntese da formação; Questões e discussão da problemática;	Expositivo/Interativo	Computador Data show	Discussão da temática	5 min



Apêndice II – Cartaz ISBAR



Apêndice III – Versão inicial do instrumento

I - IDENTIFICAÇÃO

- I_1 Nome (doente)
- I_2 Idade (doente)
- I_3 Género (doente)
- I_4 Identificação do Enfermeiro de Anestesia
- I_5 Identificação do Enfermeiro da UCPA

S -SITUAÇÃO

- S_1 Diagnostico do doente
- S_2 Intervenção Cirúrgica realizada
- S_3 Tempo de cirurgia
- S_4 Anestesia realizada
- S_5 MCDT realizados

B - ANTecedENTES CLÍNICOS

- B_1 Antecedentes clínicos
- B_2 Hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas)
- B_3 Alergias conhecidas
- B_4 Diretivas antecipadas de vontade
- B_5 Presença ou risco de colonização /infecção
- B_6 Técnicas invasivas realizadas

A - AVALIAÇÃO

- A_1 Estado de consciência
- A_2 TOT utilizado
- A_3 Via aérea difícil
- A_4 Que tipo de dispositivo utilizou
- A_5 Eventos cardiorrespiratórios
- A_6 Necessidade de Oxigenoterapia
- A_7 Perda de sangue estimada
- A_8 Antibiótico administrado
- A_9 Terapêutica administrada
- A_10 Produtos sanguíneos administrados
- A_11 Fluidos administrados
- A_12 CVP/CVC colocado
- A_13 Técnicas invasivas realizadas

- A_14 Algáliação, entubação nasogástrica, outros
- A_15 Diurese
- A_16 Temperatura periférica/esofágica
- A_17 Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos
- A_18 Avaliação da dor
- A_19 Glicemia
- A_20 Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)

R - RECOMENDAÇÕES (Contato Familiar)

- R_1 Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA
 - R_2 Serviço de destino
 - R_3 Contato de familiar
 - R_4 MCDT agendados
 - R_5 Atualização do plano de cuidados
-

Apêndice IV – Questionário aos peritos

Comunicação do Enfermeiro na Transferência do Doente no Bloco Operatório: Implementação da técnica ISBAR

* Indica uma pergunta obrigatória

O questionário está dividido em 5 partes, cada parte corresponde a uma letra da sigla ISBAR. A cada letra associaram-se itens sugeridos pela literatura (mantendo a definição de cada letra sugerida pela Norma nº 001/2017 da DGS, de 8/02/2017), avaliados por uma escala tipo likert. A sua participação é fundamental para o desenvolvimento do estudo e para a construção de um instrumento que visa melhorar a segurança do doente no contexto do Bloco Operatório. Agradeço a sua colaboração, o anonimato será assegurado e o consentimento informado será validado ao aceitar colaborar no estudo.

A sua participação no presente estudo consiste no preenchimento deste questionário cujo tempo despendido está estimado em cerca de 10 minutos. Os dados obtidos serão utilizados estritamente no âmbito desta investigação e durante a sua divulgação. O anonimato e a confidencialidade dos dados serão sempre mantidos e apenas o investigador principal terá acesso aos mesmos.

É de livre vontade abandonar a sua participação no estudo, em qualquer momento, sem que haja qualquer tipo de prejuízo para si. Para eventuais dúvidas ou esclarecimentos contacte-me por correio eletrónico: jorgemoreira75@gmail.com.

CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICO

1. 1. Idade *

2. 2. Género *

Marcar apenas uma oval.

☐ Feminino

☐ Masculino

3. 3. Em que instituição exerce funções ? *

4. 4. Que cargo desempenha na sua instituição ? *

5. 5. Há quanto tempo exerce funções? (anos) *

6. 6. Habilitações Académicas *

Marcar apenas uma oval.

☐ A) Licenciatura

☐ B) Mestrado

☐ C) Doutoramento

☐ D) Pós-Doutoramento

7. 7. Habilitações Profissionais *

Marcar apenas uma oval.

- ☐ A) Especialista em enfermagem comunitária
- ☐ B) Especialista em enfermagem de reabilitação
- ☐ C) Especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica
- ☐ D) Especialista em enfermagem de saúde materna e obstétrica
- ☐ E) Especialista em enfermagem médico-cirúrgica
- ☐ F) Especialista em enfermagem saúde mental e psiquiátrica
- ☐ G) Docente
- ☐ Outra: _____

8. 8. É enfermeiro?

Marcar apenas uma oval.

- ☐ Sim Avançar para a pergunta 9
- ☐ Não Avançar para a pergunta 10

Avançar para a pergunta 9

9. 9. Que funções desempenha no seu local de trabalho? (Pode assinalar mais do que uma opção) *

Marcar tudo o que for aplicável.

- ☐ A) Enfermeiro de anestesia
- ☐ B) Enfermeiro circulante
- ☐ C) Enfermeiro instrumentista
- ☐ D) Enfermeiro da UCPA
- ☐ E) Gestão
- ☐ F) Enfermeiro dos cuidados intensivos
- ☐ G) Outra

Ferramenta ISBAR

* ISBAR mnemónica que corresponde a: Identify (Identificação), Situation (Situação Atual), Background (Antecedentes), Assessment (Avaliação) e Recommendation (Recomendações).

Ferramenta ISBAR

Segundo a sua experiência como enfermeiro/docente e tendo em consideração a técnica ISBAR que importância atribui a cada um dos seguintes itens. Fará sentido constarem na transmissão (oral e escrita) da informação aquando da transferência dos cuidados da sala operatória para a unidade cuidados pós-anestésicos, aos quais foram associados critérios de concordância distribuídos por 5 pontos:

- 1 - Discordo completamente
- 2 - Discordo
- 3 - Não concordo nem discordo
- 4 - Concordo
- 5 - Concordo completamente

10. I - Identificação

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Nome do doente	☐	☐	☐	☐	☐
Idade do doente	☐	☐	☐	☐	☐
Género	☐	☐	☐	☐	☐
Identificação do Enfermeiro de anestesia	☐	☐	☐	☐	☐
Identificação do Enfermeiro da UCPA	☐	☐	☐	☐	☐

11. Para este conjunto de itens sugere como melhorias:

12. S - Situação

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Diagnostico do doente	☐	☐	☐	☐	☐
Intervenção Cirúrgica realizada	☐	☐	☐	☐	☐
Tempo de cirurgia	☐	☐	☐	☐	☐
Anestesia realizada	☐	☐	☐	☐	☐
MCDT realizados	☐	☐	☐	☐	☐

13. Para este conjunto de itens sugere como melhorias:

14. B - Antecedentes/Anamnese

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Antecedentes clínicos	☐	☐	☐	☐	☐
Hábitos relevantes (tabágicos, alcoólicos, drogas)	☐	☐	☐	☐	☐
Alergias conhecidas	☐	☐	☐	☐	☐
Diretivas antecipadas de vontade	☐	☐	☐	☐	☐
Presença ou risco de colonização /infecção - Medidas a implementar	☐	☐	☐	☐	☐
Técnicas invasivas realizadas	☐	☐	☐	☐	☐

15. Para este conjunto de itens sugere como melhorias:

16. A - Avaliação

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Estado de consciência	☐	☐	☐	☐	☐
TOT utilizado	☐	☐	☐	☐	☐
Via aérea difícil	☐	☐	☐	☐	☐
Que tipo de dispositivo utilizou	☐	☐	☐	☐	☐
Eventos cardiorrespiratórios	☐	☐	☐	☐	☐
Necessidade de Oxigenoterapia	☐	☐	☐	☐	☐
Perda de sangue estimada	☐	☐	☐	☐	☐
Antibiótico administrado	☐	☐	☐	☐	☐
Terapêutica administrada (analgesia, antieméticos, vasopressores, agentes anti-hipertensores, outros...)	☐	☐	☐	☐	☐
Produtos sanguíneos administrados	☐	☐	☐	☐	☐
Fluidos administrados	☐	☐	☐	☐	☐
CVP/CVC colocado	☐	☐	☐	☐	☐
Técnicas invasivas realizadas (CA, Epidural, BSA, Bloqueios periféricos)	☐	☐	☐	☐	☐

Aligação, entubação nasogástrica e outros	☐	☐	☐	☐	☐
Burcas	☐	☐	☐	☐	☐
Temperatura periférica/esofágica	☐	☐	☐	☐	☐
Fenda cirúrgica, drenos, perfusões e gases	☐	☐	☐	☐	☐
Avaliação da dor	☐	☐	☐	☐	☐
Glicemia	☐	☐	☐	☐	☐
Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)	☐	☐	☐	☐	☐

17. Para este conjunto de itens sugere como melhorias:

18. R - Recomendações

Marcar apenas uma oval por linha.

	1	2	3	4	5
Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA	☐	☐	☐	☐	☐
Serviço de destino	☐	☐	☐	☐	☐
Contato de familiar	☐	☐	☐	☐	☐
MCDT agendados	☐	☐	☐	☐	☐
Atualização do plano de cuidados	☐	☐	☐	☐	☐

19. Para este conjunto de itens sugere como melhorias:

Agradeço o seu tempo dispensado. As respostas irão ser analisadas e posteriormente enviado novo questionário de acordo com as sugestões de melhoria.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

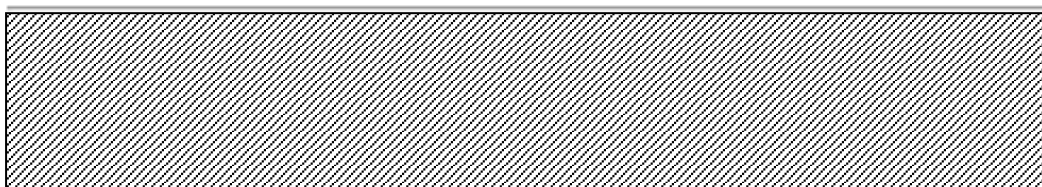
Apêndice V – Email enviado aos peritos



Jorge Moreira <jorgemoreira75@gmail.com>

Ferramenta ISBAR

2 mensagens

**A Comunicação do Enfermeiro na Transferência do Doente no Bloco Operatório: Implementação da técnica ISBAR**

Eu, Jorge Manuel Pereira Moreira, enfermeiro e estudante do curso de Mestrado em Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, encontro-me a desenvolver um estudo de investigação no Bloco Operatório (BO) do [REDACTED], com o título "A comunicação do enfermeiro na transferência do utente no BO: implementação da técnica ISBAR".

No âmbito deste trabalho pretende-se desenvolver um projeto de melhoria contínua na transmissão de informação clínica pelos enfermeiros, no referido serviço, com base na implementação da técnica ISBAR, sob orientação da Professora Doutora Clementina Sousa e da Professora Doutora Isabel Araújo. O objetivo é construir e validar uma ferramenta seguindo a técnica ISBAR.

Os itens sugeridos foram baseados na pesquisa bibliográfica, e é pretendido que sejam validados por um painel de peritos, utilizando o método Delphi.

O questionário foi dividido em 5 partes diferentes, cada parte corresponde a uma letra da sigla ISBAR e em cada letra tem itens sugeridos pela bibliografia consultada, mantendo a definição de cada ponto como se interpreta no anexo enviado (Norma nº 001/2017 da DGS).

A sua participação no presente estudo consiste no preenchimento do questionário no seguinte link: <https://forms.gle/S3VALvRV4RPyeBeA>

Agradeço o tempo dispensado para a validação do instrumento que visa melhorar a segurança do doente no contexto do bloco operatório.

Agradeço a vossa resposta até 4 de Abril.

Atenciosamente
Jorge Moreira

 **Modelo explicativo da técnica ISBAR.docx**
264K



Apêndice VI – Versão do instrumento validada pelos peritos

I - IDENTIFICAÇÃO
I_1 Nome (doente) I_2 Idade (doente) I_4 Identificação do Enfermeiro de Anestesia
S -SITUAÇÃO
S_1 Diagnostico do doente S_2 Intervenção Cirúrgica realizada S_3 Tempo de cirurgia S_4 Anestesia realizada
B - ANTECEDENTES CLÍNICOS
B_1 Antecedentes clínicos B_2 Hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas) B_3 Alergias conhecidas B_4 Diretivas antecipadas de vontade B_5 Presença ou risco de colonização /infecção B_6 Técnicas invasivas realizadas
A - AVALIAÇÃO
A_1 Estado de consciência A_3 Via aérea difícil A_5 Eventos cardiorrespiratórios A_6 Necessidade de Oxigenoterapia A_7 Perda de sangue estimada A_8 Antibiótico administrado A_9 Terapêutica administrada A_10 Produtos sanguíneos administrados A_11 Fluidos administrados A_12 CVP/CVC colocado A_13 Técnicas invasivas realizadas A_14 Algaliação, entubação nasogástrica, outros A_15 Diurese A_17 Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos A_18 Avaliação da dor

A_19	Glicemia
A_20	Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)
A_21	Posicionamento cirúrgico
R - RECOMENDAÇÕES	
R_1	Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA
R_2	Serviço de destino
R_3	Contato de familiar
R_4	MCDT agendados
R_5	Atualização do plano de cuidados

Apêndice VII - Itens que não obtiveram consenso

I - IDENTIFICAÇÃO		Concordância a %	Mediana	IIQ	Consenso
I_3	Género (doente)	60-79	4,00	>1	Baixo
I_5	Identificação do Enfermeiro da UCPA	60-79	5,00	>1	Baixo
I_6	Nacionalidade	60-79	3,00	>1	Baixo
S -SITUAÇÃO		Concordância a %	Mediana	IIQ	Consenso
S_5	MCDT realizados	60-79	4,50	1	Moderado
A - AVALIAÇÃO		Concordância a %	Mediana	IIQ	Consenso
A_2	TOT utilizado	60-79	3,50	>1	Baixo
A_4	Que tipo de dispositivo utilizou	60-79	4,50	1	Moderado
A_1 6	Temperatura periférica / esofágica	60-79	4,50	1	Moderado

**Apêndice VIII – Versão final do instrumento: Comunicação do enfermeiro
na transferência do doente no BO: implementação da técnica ISBAR**

I - IDENTIFICAÇÃO
I_1 Nome (doente) I_2 Idade (doente) I_3 Género (doente) I_4 Identificação do Enfermeiro de Anestesia I_5 Identificação do Enfermeiro da UCPA I_6 Nacionalidade
S -SITUAÇÃO
S_1 Diagnostico do doente S_2 Intervenção Cirúrgica realizada S_3 Tempo de cirurgia S_4 Anestesia realizada S_5 MCDT realizados
B - ANTECEDENTES CLÍNICOS
B_1 Antecedentes clínicos B_2 Hábitos relevantes (tabaco, álcool, drogas) B_3 Alergias conhecidas B_4 Diretivas antecipadas de vontade B_5 Presença ou risco de colonização /infecção B_6 Técnicas invasivas realizadas
A - AVALIAÇÃO
A_1 Estado de consciência A_3 Via aérea difícil A_5 Eventos cardiorrespiratórios A_6 Necessidade de Oxigenoterapia A_7 Perda de sangue estimada A_8 Antibiótico administrado A_9 Terapêutica administrada A_10 Produtos sanguíneos administrados A_11 Fluidos administrados A_12 CVP/CVC colocado

A_13	Técnicas invasivas realizadas
A_14	Algáliação, entubação nasogástrica, outros
A_15	Diurese
A_17	Ferida cirúrgica, drenos, pensos e gessos
A_18	Avaliação da dor
A_19	Glicemia
A_20	Conforto (fluxo de ar quente, lençóis aquecidos)
A_21	Posicionamento cirúrgico
R - RECOMENDAÇÕES	
R_1	Terapêutica e indicações a iniciar na UCPA
R_2	Serviço de destino
R_3	Contato de familiar
R_4	MCDT agendados
R_5	Atualização do plano de cuidados