

revista
#42

AESOP

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES
VOL.XVI / N.º42 / AGOSTO 2017 / € 21,00

EDITORIAL

MADALENA PIRES

Diretora da Revista AESOP

ARTIGO

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO
DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO
DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA
NA ZONA DA GRANDE LISBOA

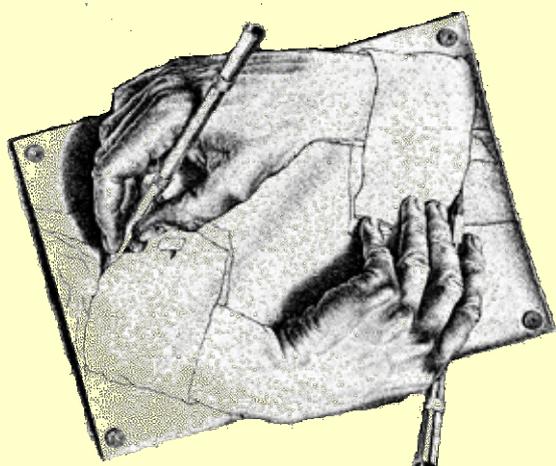


ARTIGO

O MODELO TEÓRICO
DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN
NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CUALISALUD 17

II CONGRESO VIRTUAL XII Reunión Internacional Investigación Cualitativa en Salud



Parainfo Digital
16-17 de noviembre de 2017

Narrativas

Fuente de evidencias
cualitativas

IV ENCUENTRO DE INVESTIGACION DE ESTUDIANTES DE ENFERMERIA Y DISCIPLINAS AFINES

Muéstranos tus Trabajos de fin de Grado, de fin de Máster-Maestría o Posgrado

Prepara tus trabajos y participa en el evento más importante de los investigadores cualitativos en salud (trabajos de investigación, experiencias clínicas, proyectos e innovaciones en formato de comunicación digital, poster o video-relato)

Acreditación CFC por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (solicitada)



Declaración de Interés Científico-Sanitario, Consejería de Salud, Junta de Andalucía (solicitada)



www.index-f.com/ric/inicio.php

LIC Laboratorio de Investigación Cualitativa en Salud

FUNDACION INDEX

Aparado de correos 734 18080 Granada – España
+34 958 293304 secretaria@ciberindex.com - www.index-f.com



ÍNDICE

CAPA

"O tempo passa..."

PÁG.3

Editorial

PÁG.4

4º Fórum Nacional de Bloco Operatório

PÁG.8

Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório

PÁG.10

Carta da Presidente da Eorna à Ordem dos Enfermeiros Portugueses

PÁG.12

Carta resposta da Ordem dos Enfermeiros à Presidente da Eorna

PÁG.14

Artigo - Barreiras à higienização das mãos no Bloco Operatório de uma instituição privada na zona da Grande Lisboa

PÁG.22

Entrevista à Enfermeira Mercedes Bilbao

PÁG.24

Artigo - O Modelo Teórico de Enfermagem de Betty Neuman na Enfermagem Perioperatória

EDI- TORI -AL

Madalena Pires

Diretora da Revista AESOP

Caros Colegas,

Escrevo-vos estas linhas com preocupação, consternação e até dificuldade em encontrar palavras, diferentes, para expressar e renovar o desejo de ver Regulamentada a Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória.

Com efeito, a nossa longa história, cerca de **31 anos de luta** com o objetivo de alcançar o reconhecimento da nossa prática Clínica em Enfermagem Perioperatória, tem tido momentos de grande expectativa e momentos de compasso.

A importância e a necessidade de ver regulamentada a Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória, permitirá aos utentes cirúrgicos um acesso a cuidados de enfermagem perioperatórios mais competentes, mais eficientes e alicerçados em bases de conhecimento científico. A Enfermagem Perioperatória permite-nos, para além de todas as competências técnicas necessárias para o desenvolvimento seguro do procedimento cirúrgico, adequar o cuidar ao cliente cirúrgico. Os resultados finais como a satisfação do cliente cirúrgico, a segurança, a qualidade e a continuidade dos cuidados pretenderão atingir o expoente máximo da qualidade. O conhecimento científico produzido em Enfermagem Perioperatória em Portugal, é partilhado e divulgado nos eventos que realizamos e apoiamos, como aconteceu no 4º Fórum Nacional de Bloco Operatório realizado em Setúbal.

A motivação e empenho em criarmos uma comunidade mais unida, levou-nos a desenvolver durante o corrente ano, uma campanha de adesão de novos sócios "Tornar cada Enfermeiro Perioperatório num sócio". O objetivo, como nos refere a Presidente da AESOP, Enfermeira Mercedes Bilbao numa entrevista que poderão ler na íntegra neste número, é: Agregar mais associados a uma causa comum, que reduza o isolamento e reforce laços profissionais entre os enfermeiros perioperatórios.

Juntem-se a nós, adiram e participem como elementos ativos na comunidade de Enfermeiros Perioperatórios.

Sejamos todos enfermeiros perioperatórios empoderados!



ONDE HÁ FUMO... HÁ BLOCO OPERATÓRIO!

Fernando Pinto; Gonçalo Geraldo; Manuela Garimpo; Pedro Pinto
Bloco Operatório IPO Coimbra



Introdução

A problemática do fumo cirúrgico enquanto risco profissional para todos os membros da equipa peri-operatória, é uma preocupação antiga que está cada vez mais na ordem do dia uma vez que, segundo a OSHA, 95% das cirurgias produzem fumo, tendo sido esta também a temática escolhida para a celebração do dia Europeu do Enfermeiro Peri-operatório 2017.

Objectivos

Alertar os profissionais peri-operatórios para a problemática do risco profissional que representa o fumo cirúrgico;
Identificar a produção, constituição, efeitos nocivos e estratégias que reduzam o fumo cirúrgico;
Influenciar a introdução de práticas de segurança que promovam a redução do fumo cirúrgico;
Participar de forma activa no 4º Fórum Nacional de Bloco Operatório.



Fonte: www.buffalofilter.com

Métodos

Com vista a colmatar uma necessidade sentida pelos profissionais do IPO Coimbra, no processo de melhoria contínua das condições de trabalho bem como dos cuidados prestados, foi identificada como prioridade, o risco profissional associado à exposição ao fumo cirúrgico. Neste sentido elaboramos este poster utilizando como metodologia a pesquisa bibliográfica e o método expositivo ilustrativo.

Resultados

O fumo cirúrgico é designado como o bio-aerossol resultante da utilização de instrumentos cirúrgicos como electrobisturi monopolar e bipolar, laser, dissecação ultrassónica e outros equipamentos (brocas, serras ortopédicas, etc) (Alp et al., 2006). A quantidade e características do fumo cirúrgico dependem do tipo de gerador, potência utilizada, tempo de utilização e tipo de tecido, sendo o fumo resultante composto por cerca de 95 % de vapor de água e 5 % de produtos de combustão (Ulmer, 2008). Os produtos de combustão incluem compostos orgânicos (benzeno, tolueno, formaldeído, cianeto de hidrogénio e outros), compostos inorgânicos (CO, CO₂, NO₂ e SO₂) e microrganismos (bactérias, fungos e vírus) (Gonzalez et al., 2006). Para minimizar os efeitos nocivos, é recomendada a utilização de aspiradores de fumo e máscaras cirúrgicas N95 (AORN, 2010). Os sistemas de aspiração quando colocados a 2-5 cm do local de produção do fumo, devem extrair até 95% do fumo sem interferir com o procedimento cirúrgico, assim como assegurar a remoção dos constituintes nocivos que não são removidos pelo sistema de ventilação convencional do BO ao filtrar partículas até 0.1 µm através de filtros ULPA e absorventes de carvão ativado para gases e vapores. Também é importante proteger os olhos com óculos de protecção e a pele pelo uso de bata e luvas (Benson et al., 2013).

O FUMO CIRÚRGICO PROVOCA:

TOSSE
ASMA
FADIGA
TONTURAS
CEFALEIAS
DERMATITE
CÓLICA INTESTINAL
IRRITAÇÃO OCULAR
IRRITAÇÃO DA FARINGE
MUTAÇÕES GENÉTICAS

...

(Alp et al., 2006)

Conclusão

A exposição ao fumo cirúrgico é um risco profissional inerente à atividade em BO, sendo transversal a toda a equipa multidisciplinar, não existindo forma de medir a exposição individual. O risco está identificado e existem estratégias preventivas recomendadas devendo ser promovida a sua implementação através da elaboração de normas/protocolos baseados nas recomendações específicas para a prevenção dos riscos da exposição crónica ao fumo cirúrgico.

Referências bibliográficas

Alp E, Bijl D, Bleichrodt RP, Hansson B, Voss A. "Surgical smoke and infection control." *Journal of Hospital Infection*. (2006); 62:1-5.
AORN (2010). "Recommended practices for electrosurgery. In: Perioperative Standards and Recommended Practices". Denver, CO, Inc:105-126.
Benson, S.M., Novak, D.A., Ogg, M.J. (2013). "Proper use of surgical N95 respirators and surgical masks in the OR." *ADRN Journal*, 97(4), 458-467.
González Bayón L, González Moreno S, Ortega Pérez G. (2006). "Safety considerations for operating room personnel during hyperthermic intraoperative chemotherapy perfusion." *European Journal Surgical Oncology*. ;32(6):619-24. DOI:10.1016/j.ejso.2006.03.019.
United States Department of Labour, Occupational Safety and Health Administration: "Surgical Plume". <https://www.osha.gov/STC/etools/hospital/surgical/surgical.html> [18-02-2017]
Ulmer, B. (2008). The hazard of surgical smoke. *ADRN Journal* 87(4), 721-734

PRÉMIO DE POSTER: "ONDE HÁ FUMO... HÁ BLOCO OPERATÓRIO!" FERNANDO PINTO

PATROCÍNIO REVISTA

concept *line*

TÍTULO

COMO EU GOSTO QUE A SALA DE OPERAÇÕES ONDE TRABALHO SEJA... UM LOCAL DE PROMOÇÃO DO CONFORTO

PALAVRAS CHAVE: CONFORTO, PERIOPERATÓRIO

INTRODUÇÃO

O conforto faz parte da linguagem comum dos enfermeiros. Constitui também uma das bases do cuidado aos doentes submetidos a procedimentos anestésico-cirúrgicos e um dos principais critérios para a avaliação inicial e contínua dos pacientes na área perioperatória.

No entanto, o conforto é um conceito multidimensional, cuja complexidade tem levado muitos autores a explorarem as suas dimensões, a tornar mais fácil a sua definição e a estudar a sua operacionalização na prática. Atualmente, aspetos do conforto continuam pouco claros e inconsistências podem ser observadas nas classificações internacionais. Estes aspetos tornam incompleta a compreensão do conceito e implicam na implementação das intervenções de enfermagem. Para além disso, o conforto parece assumir especificidades que se relacionam diretamente aos contextos onde é estudado. Ao nível perioperatório, o conhecimento do conforto permanece insuficiente.

OBJETIVOS

Identificar na literatura, os fatores associados ao conforto, no contexto perioperatório.

MÉTODO

Revisão sistemática da literatura, com análise de estudos publicados entre Janeiro de 2000 e Janeiro de 2017.

RESULTADOS

A literatura revela que os níveis de conforto, ao nível do contexto perioperatório, estão associados a 5 fatores: ansiedade, dor, jejum, posicionamento e temperatura.

DISCUSSÃO

Foram encontrados cinco fatores associados ao conforto perioperatório. Poder-se-ia afirmar que quatro deles dizem respeito à dimensão física. De facto, o prejuízo dos mecanismos fisiológicos provocados pelos procedimentos anestésico-cirúrgicos, tornam relevante a dimensão física do conforto. Nesta medida, as intervenções de conforto estão direcionadas, primeiramente, para a recuperação da homeostase, do equilíbrio hidro-eletrolítico, da oxigenação ou da termorregulação. No entanto, o conforto é caracterizado como uma experiência de alívio, tranquilidade e transcendência, vivida em quatro contextos: físico, psico-espiritual, socio-cultural e ambiental. A dor, assume então outra perspetiva, dado ser uma experiência pessoal e subjetiva, associada a fatores que vão para além da dimensão física e que podem relacionar-se com

questões emocionais, sociais, culturais ou espirituais. Também a ansiedade vivida pelos pacientes se prende com múltiplas dimensões tais como medo do desconhecido ou a impossibilidade de controlar eventos e fatores ambientais. Esta abordagem enquadra-se assim, na perspetiva da classificação das intervenções de enfermagem para a promoção do conforto perioperatório em 3 tipos: técnicas, de coaching e psico-espirituais.

CONCLUSÕES

Os resultados deste estudo ilustram a multidimensionalidade do conforto e confirmam a complexidade da sua operacionalização. Mas contribuem também para o conhecimento do conforto perioperatório, através da identificação dos cinco fatores associados e revelam a inquestionável importância de conhecer as diferentes vertentes específicas do conforto perioperatório, uma vez que estas podem contribuir para o maior rigor das intervenções de enfermagem e para a maior eficácia dos seus resultados.

REFERÊNCIAS

- A., A. J. (2009). O conforto nas teorias de enfermagem—Análise do conceito e significados teóricos. . Revista de Enfermagem Referência, II(9), pp. 61–67.
- Ankhtar Z, H. B. (2016). A randomized trial of prewarming on patient satisfaction and thermal comfort in outpatient surgery. *Journal of Clinical Anesthesia*, 33, pp. 376–385.
- Bopp C, H. S. (2011). A liberal preoperative fasting regimen improves patient comfort and satisfaction with anesthesia care in day-stay minor surgery. *Minerva Anestesiologica*, 77(7), pp. 680-686.

Boyle, H. (2005). Patient Advocacy in the Perioperative Setting. *AORN J*82, 82, pp. 250-262.

Brunault P, F. J.-T. (2015). Predictors of changes in physical, psychosocial, sexual quality of life, and comfort with food after obesity surgery: a 12-month follow-up study. *Qual Life Res*, 24, pp. 493-501.

CIPE. (2010). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Ordem Enfermeiros.

Cobb B, C. Y. (2016). Active Warming Utilizing Combined IV Fluid and Forced-Air Warming Decreases Hypothermia and Improves Maternal Comfort During Cesarean Delivery: A Randomized Control Trial. *Anesth-analg*, 122(5), pp. 1490-1497.

Edkins RE, H. C. (2015). Improving Comfort and Throughput for Patients Undergoing Fractionated Laser Ablation of Symptomatic Burn Scars. *annals of Plastic Surgery*, 74(3), pp. 293-299.

Erdurmus M, A. B. (2008). Patient comfort and surgeon satisfaction during cataract surgery using topical anesthesia with or without dexmedetomidine sedation. *European Journal of Ophthalmology*, 18(3), pp. 361-367.

Fallis WM, H. K. (2006). Maternal and Newborn Outcomes Related to Maternal Warming During Cesarean Delivery. *JOGNN*, 35(3), pp. 324-331.

Gilmer BB, B. A. (2012). The Prognosis for Improvement in Comfort and Function After the Ream-and-Run Arthroplasty for Glenohumeral Arthritis. *JBJS*, 94-A(14).

Hennessy W, W. E. (2015). In Lumbar Fusion Patients, How Does Establishing a Comfort Function Goal Preoperatively Impact Postoperative Pain Scores? *Pain Manag Nurs*.

Imbelloni LE, P. I. (2015). Reduced fasting time improves comfort and satisfaction of elderly patients undergoing anesthesia for hip fracture. *Rev Bras Anesthesiol*, 65(2), pp. 117-123.

K, K. (2003). *Comfort Theory and Practice: A vision for holistic health care and research*. p. 264.

Kolcaba K, W. L. (2002). *Comfort Care: A Framework for Perianesthesia Nursing*. *J of PeriAnest Nurs*, 17(2), pp. 102-114.

Krenzischek DA, W. P. (2004). A Survey of Current PeriAnesthesia Nursing Practice for Pain and Comfort Management ASPAN Pain and Comfort. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 19(3), pp. 138-149.

Leeth D, M. M. (2010). Normothermia and Patient Comfort: A Comparative Study in an Outpatient Surgery Setting. *J PeriAnesth Nurs*, 25(3), pp. 146-151.

Morgan MSC, O. A. (2016). An Assessment of Patient Comfort and Morbidity After Robot-Assisted Radical Prostatectomy with Suprapubic Tube Versus Urethral Catheter Drainage. *J of Endon*, 30(3), pp. 300-305.

Pinto S, C. S. (2016). A systematic literature review toward the characterization of comfort. *Holist Nurs Pract*, 30, pp. 14-24.

Roig JV, G.-F. A.-L.-A. (2011). Selective intestinal preparation in a multimodal rehabilitation program. Influence on preoperative comfort and the results after colorectal surgery. *CIR ESP*, 89(3), pp. 167-174.

Sutton LT, B. F. (2012). A Quasi-Experimental Study Examining the Safety Profile and Comfort Provided by Two Different Blanket Temperatures. *J of PeriAnesth Nurs*, 27(3), pp. 181-192.

Taylor KR, M. R. (2015). The Effect of Silicone Hydrogel Bandage Soft Contact Lens Base Curvature on Comfort and Outcomes After Photorefractive Keratectomy. *Eyes and Contact Lenses*, 41(2), pp. 77-83.

Wagner D, B. M. (2006). Effects of Comfort Warming on Preoperative Patients. *AORN J*, 84(3), pp. 427-448.

EVENTOS FUTUROS

XVIII CONGRESSO NACIONAL

AESOP 2018

“Hot points” no Bloco Operatório



LOCAL: Auditório Professor Simões dos Santos
Faculdade Medicina Dentária da Universidade de Lisboa
7 de março (quarta-feira) - Workshops
8 e 9 de março (quinta e sexta-feira) - Congresso

FOCOS: Controlo da infeção; Capacitação para estar preparado; Modelo de colaboração em Anestesia; Especialidade em Enfermagem Perioperatória; Inclusão do cidadão nos cuidados perioperatórios.



Fumo cirúrgico: um risco profissional

CONTROL SURGICAL PLUME: KEEP SAFE



**Dia Europeu
do Enfermeiro
Perioperatório
15 Fevereiro 2017**



Patrocínio:



DisProMedi
DISTRIBUIÇÃO DE PRODUTOS MÉDICOS



FUMO CIRÚRGICO: UM RISCO PROFISSIONAL

Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios 2017



A Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses - AESOP, comemorou pelo décimo segundo ano consecutivo, o Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios. Este dia é celebrado em toda a Europa com o objetivo de dar visibilidade ao trabalho desenvolvido pelos enfermeiros que cuidam em ambiente perioperatório.

Este ano, o tema selecionado pela EORNA foi o FUMO CIRÚRGICO por representar um Risco Profissional.

Para a divulgação da temática a AESOP realizou um Cartaz e um filme com o título "Fumo cirúrgico: um risco profissional", que foi divulgado às equipas multiprofissionais dos blocos operatórios a nível nacional.

Foi aplicado um questionário aos Enfermeiros Perioperatórios (EPO) para avaliar os conhecimentos sobre este tema e conhecer o impacto da visualização do filme nos conhecimentos.

O objetivo deste póster é apresentar parte dos resultados do questionário aplicado.



1. DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

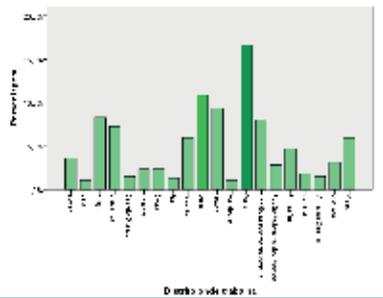
Obtiveram-se 384 respostas ao questionário das quais 293 (76,3%) antes da visualização do filme e 91 (23,7%) depois da visualização. No Gráfico 1 verifica-se que houve a adesão dos EPO de todo o país, com maior participação do Porto n= 64 (16,7%), seguido de Leiria n= 41 (10,9%) e Lisboa n= 36 (9,4%).

A maioria dos enfermeiros n= 303 (78,9%) trabalha em bloco operatório central e 98 (25,5%) em ambulatório. 152 Enfermeiros (39,6%) trabalham em bloco operatório entre 11 a 20 anos e 317 (82,6%) prestam cuidados diretos.

Apesar da maioria n= 322 (83,9%), nunca ter recebido formação/treino sobre os perigos de exposição ao fumo cirúrgico, 381 (99,2%) enfermeiros consideram o fumo cirúrgico um risco laboral e 377 (98,2%) considera os evacuadores/aspiradores de fumo necessários.

Verificou-se que a maioria dos Blocos Operatórios n= 337 (87,8%), têm exaustão/ ventilação central, mas não têm equipamento de aspiração de fumos 327 (85,2%), nem protocolos n= 373 (97,1%).

Gráfico 1 – Distribuição da amostra por Distrito



2. CONHECIMENTOS PARA UMA BOA PRÁTICA

"Atualizações positivas em que considero ter conhecimentos suficientes para uma boa prática"	Antes do filme (n= 293)		Após o filme (n= 91)	
	%	n	%	n
Di que o fumo cirúrgico	69,9	205	91,2	83
Composição do fumo cirúrgico	20,5	60	62,6	57
Efeitos sobre a saúde dos profissionais que o inalam	39,8	116	80,2	73
Medidas de prevenção a tomar para evitar riscos como fumo cirúrgico	38,6	113	76,9	70

Tabela 1 – Distribuição da amostra por conhecimentos para uma boa prática.

A apresentação do filme teve um grande impacto nos conhecimentos dos EPO sobre esta temática como pode ser verificado na Tabela 1. Após a visualização do filme da AESOP os EPO reconheceram saber mais sobre o que é o fumo cirúrgico, a sua composição, os efeitos sobre a saúde dos profissionais e as medidas preventivas a tomar.



4. COMPOSIÇÃO DO FUMO CIRÚRGICO E RISCOS ASSOCIADOS

Como se pode verificar no Gráfico 3, 245 (63,8%) enfermeiros, consideraram não saber quantos produtos químicos pode conter o fumo cirúrgico ("Mais de 150"). Acertaram na resposta certa 76 (19,8%) enfermeiros.

Das respostas referentes à composição do fumo cirúrgico, verifica-se que uma grande parte dos enfermeiros reconheceu alguns compostos do fumo, mas apenas 200 (52,1%) sabia que pode conter bactérias e vírus e 173 (45,1%) material celular vivo e morto.

126 EPO responderam de forma correta às 4 opções certas: "Contém componentes tóxicos gasosos e partículas de carbono; pode conter material celular vivo e morto; pode conter aerossóis com risco biológico; pode conter bactérias e vírus."

A visualização do filme teve um grande impacto nesta questão, 23 % responderam corretamente antes de ver o filme passando para 64 % depois de verem o filme.

De acordo com o Gráfico 4, 171 (44,5%) enfermeiros sabem que "O fumo cirúrgico produzido diariamente no bloco operatório equivale em média a fumar 27-30 cigarros por dia sem filtro". Mas 157 (40,9%) EPO referiram não saber e os restantes erraram na opção escolhida.

A questão sobre a equivalência do fumo provocado por 1 grama de tecido corporal queimado por eletrocirurgia, e o fumo de cigarros fumados, tinha como resposta certa: "provoca fumo cirúrgico equivalente a fumar 6 cigarros sem filtro em 15 min". Teve apenas 23,7% de respostas certas (91 EPO) e 60,7% (233 n) dos EPO responderam não saber responder (Gráfico 5).

No Gráfico 6 verifica-se que os EPO não tinham noção da capacidade de dispersão das partículas transportadas pelo fumo cirúrgico na sala de operações:

"A dispersão de partículas no ar da sala operatória atinge entre 24.000 a 400.00 partículas por cm3 nos 5 min. Após início da destruição tecidual e os valores normais são repostos apenas 20 min. depois de terminada a cirurgia."

Apenas 26,3% (101 EPO) acertaram da resposta correta quanto que 68% (261) referiram não saber responder.

Os EPO reconheceram ter pouca informação sobre os efeitos nefastos da exposição aos fumos cirúrgicos para a saúde: "O fumo cirúrgico pode causar, pela exposição crónica: Mutações genéticas; Sintomatologia clínica brônquica, tosse, irritação da faringe e asma; Fadiga, tonturas e cefaleias; Irritação ocular (potenciada pelo uso de lentes de contacto), dermatite e cólica intestinal."

O Gráfico 7 leva-nos a constatar que 113 (29,4%) enfermeiros consideraram não saber responder. Apenas 84 responderam de forma acertada às 4 opções corretas, destes 12,2% acertaram antes de ver o filme e 52,7% depois da visualização do mesmo.

O fumo cirúrgico pode causar, pela exposição crónica: (Assinale as opções corretas)

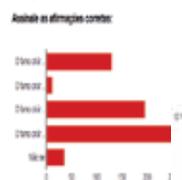


Gráfico 7 – Distribuição da amostra por identificação dos efeitos da exposição crónica ao fumo cirúrgico



3. DEFINIÇÃO DO FUMO CIRÚRGICO

Gráfico 2 – Distribuição da amostra por conhecimento da definição de fumo cirúrgico.



Embora o Gráfico 2 apresente 267 (69,5%) respostas corretas à questão sobre definição do fumo cirúrgico ("O fumo cirúrgico é provocado por equipamentos de eletrocirurgia equipamento ultrasónico, laser..."). Muitos demonstraram pouca segurança na escolha porque consideraram corretas afirmações erradas. Apenas 93 (24,2%) responderam exclusivamente à única resposta certa.

Gráfico 3 – Distribuição da amostra segundo o conhecimento do número de produtos químicos existentes no fumo cirúrgico.

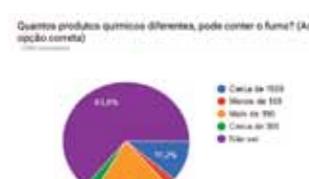


Gráfico 5 – Distribuição da totalidade da amostra por conhecimento da equivalência entre 1 grama de tecido corporal queimado por eletrocirurgia, e o nº de cigarros fumados em 15 min.

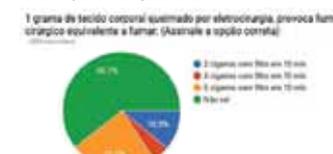


Gráfico 4 – Distribuição da amostra pela comparação entre o fumo cirúrgico produzido diariamente no bloco operatório e o nº de cigarros fumados por dia sem filtro.

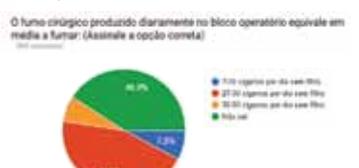


Gráfico 6 – Distribuição da totalidade da amostra dispersão de partículas no ar da sala operatória



5. QUANTO ÀS NECESSIDADES DE PREVENÇÃO

- 123 (32%) Enfermeiros não sabem que a ventilação AVAC com filtração e pressão positiva **NÃO** é suficiente para a evacuação do fumo cirúrgico;
- 318 (82,8%) Enfermeiros sabem que a máscara cirúrgica **NÃO** oferece proteção suficiente contra o fumo cirúrgico;
- 173 (45,1%) não sabe que o evacuador de fumo deve ficar até 2 cm da fonte;
- 198 (51,6%) Enfermeiros não sabem e 6 (1,6%) enfermeiros acreditam que o laser inativa os vírus aerotransportados;
- 322 (83,9%) sabe que a existência de protocolos e recomendações têm profissionais mais protegidos;
- 357 (93%) reconhece que este tema deve fazer parte do plano de formação anual do serviço.



6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com este trabalho conclui-se que a exposição ao fumo cirúrgico é considerada pelos EPO como um risco laboral e que a maioria considerou ter conhecimentos sobre o que é o fumo cirúrgico mas desconhecer a sua composição, os efeitos sobre os profissionais e as medidas preventivas a tomar.

Não existe formação/ treino, protocolos nem evacuadores/ aspiradores de fumo cirúrgico na maioria dos serviços.

A divulgação realizada pela AESOP durante o Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório veio alertar para a problemática e para as medidas de prevenção a tomar. O filme foi um instrumento eficaz na difusão de conhecimentos e sensibilização das equipas.

É essencial continuar a divulgar este tema, promover a formação dos profissionais nos serviços e pressionar para a elaboração de protocolos e recomendações. A utilização correta de evacuadores de fumos durante as cirurgias é essencial para manter um ambiente seguro.

EUROPEAN OPERATING ROOM

■■■ NURSES ASSOCIATION



**CARTA DA
PRESIDENTE
DA EORNA À
ORDEM DOS
ENFERMEIROS
PORTUGUESES**

Madame Ana Rita Cavaco
Bastonária da Ordem dos Enfermeiros from Portugal
Avenida Almirante Gago Coutinho, nº 75
1700-028 Lisboa
Portugal

Paris, 5th February 2017

Dear Madam,

I am addressing you, as President of EORNA, the European Operating Room Nurses Association, which is a non-profit organization representing 28 member associations from WHO region of Europe.

EORNA exists to enhance and develop perioperative patient care across Europe and beyond. It does so by promoting high standard patient care and perioperative nurses education. It aims to be the voice of perioperative nurse in Europe. EORNA is a link and collaborates with relevant other organizations and promotes safety of patients and staff.

It this context we have supported and followed the accomplished of the recognition of the perioperative nurses in your country, mainly through the recognition of perioperative nurse specialist in 2015, a process lead by AESOP during more than 30 years, even before the constitution of EORNA, in 1992.

It was in fact, a happy moment, in May of 2015, when AESOP joint the EORNA Board in Rome and we, celebrated together the result of the General Assembly of Portuguese Regulator Board – Ordem dos Enfermeiros, held in Lisbon the 7th of May of 2015.

Finally the specialist perioperative nurse was recognized in Portugal!

For EORNA, this achievement results of AESOP leadership and gave to the European perioperative nurses community the hope of being able in building a perioperative educational and development program in all Europe and beyond, promoting education and minimum standard across all member countries and meet current requirements for free circulation of perioperative nurses throughout Europe. Portugal was one of the few European countries without this recognition of a specialist perioperative nursing.

www.eorna.eu



To this days, the specialist perioperative nurse is not still a reality in Portugal and it is difficult to EORNA to understand why this educational and professional development is not in place. The risks for the quality of surgical patient care are higher if non proper educational programs and professional competencies are accomplished

EORNA is concerned and states that in the face of a situation that is not beneficial for the perioperative nursing professionals, a set of competences of the nurses to perform clinical practice in the perioperative field is not assured, and therefore does not guarantee a global quality and safety care to surgical patients during perioperative process.

EORNA appeals to the Portuguese Nurses Regulation Body (Ordem dos Enfermeiros) the reactivation of the regulation process from the clinical specialty of perioperative nursing. Also, EORNA, once again, regarding the risks of individuals as patients, is warning the professionals and the society, for whom it is urgent to manage this situation, because any delay of this recognition will put all in danger.

We hope in a very short time, to receive from you the best news, conveying the completion of the process, which is already long.

Respectfully yours

May Karam
EORNA President



Gabinete do Bastonário

**CARTA
RESPOSTA DA
ORDEM DOS
ENFERMEIROS
À PRESIDENTE
DA EORNA**

Mrs. May Karam
President of EORNA
European Operating Room Nurses
Association

Email: jylimke@wanadoo.fr
president@eorna.eu

N. Ref^o
SAI-OE/2017/1684

V. Ref^o

DATA	09-02-2017
ASSUNTO:	Perioperative Nursing

Dear Madam,

We would like to acknowledge the letter you sent us, which was analysed by us.

About this subject we would like to underline that, according to the article 8, number 4 of the Statute of the Ordem dos Enfermeiros, established by Law number 156/2015 of September 16th, the professional title of specialist nurse is given to the person who has the professional title of Nurse, after **analysing the training processes and the competences' certification**, according to the regulation established for the speciality.

This obligation – established by the above mentioned article of the Statute of the Ordem dos Enfermeiros requires that the preparation of any regulation concerning to a recognized and implemented speciality, or concerning to a Speciality to be implemented, must be in conformity with the new model of attribution of the Nursing Speciality. This model will have to be based in matrixes and criteria with assumptions regarding the reflection of the training processes and competences' certification.



Gabinete do Bastonário

At the moment, the elaboration or review of any Speciality Regulation without its convergence with the new legal assumptions could have the potential consequence of creating documents capable of having incongruities.

The regulation of the Speciality in Perioperative Nursing is not being questioned.

However, it's up to the Ordem dos Enfermeiros to define when and how it is going to be a reality. But, we must underline that this won't be delayed forever sine die.

In the same way, we would like to remind that the main guidelines regarding to the definition and establishment of any Nursing Speciality are not dogmatic nor static in time. In its evolution, regarding to this matter, Ordem dos Enfermeiros will always consider the valuable contributions and suggestions that we receive.

Please believe that this Ordem is aware about the motivations and interests of the Nurses and the Nursing.

Yours sincerely,

By the President

Luís Barreira

Vice-President of the Ordem dos Enfermeiros

With delegated powers from the President

Reinício dos trabalhos para a Regulamentação da Especialidade em Enfermagem Perioperatória, em 18 de maio de 2017, com nomeação pela OE de novo Grupo de Trabalho, constituído por: **Ana Maria Leitão Pinto Fonseca** - Presidente do Conselho de Enfermagem da OE (Coordenadora do Grupo de Trabalho); **Catarina Alexandra Rodrigues Faria Lobão** - Presidente da MCEE Médico-Cirúrgica da OE; **Maria Helena de Oliveira Penaforte** - Presidente do Conselho de Enfermagem Regional - Norte da OE; **Nuno Cristovão Alves Ferreira** - Suplente da MCEE Médico-Cirúrgica da OE; **Mercedes Bilbao** - Presidente da AESOP; **Mercedes Ganito** - Vogal da AESOP; **Candida Ferrito** - Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal (ESS/IPS).

ARTIGO

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NA ZONA DA GRANDE LISBOA

AUTOR

Enf. João Manuel Simões

Mestre em Enfermagem
Perioperatória, Escola Superior
de Saúde do Instituto Politécnico
de Setúbal.

Orientação

Professora Doutora Cândida Ferrito

PALAVRAS-CHAVE

Barreiras, Higienização das mãos,
Profissionais Perioperatórios.

KEYWORDS

Barriers, Hand hygiene, Perioperative
Professionals.

RESUMO

A problemática deste estudo centra-se na identificação das barreiras percebidas pelos profissionais de um bloco operatório para a não adesão à higienização das mãos.

Assim, esta pesquisa de natureza quantitativa, correlacional, transversal e por uma amostragem não probabilística por conveniência, teve como objetivo conhecer as Barreiras à Higienização das Mãos, no bloco operatório dum hospital privado da zona da grande Lisboa. Observados os aspectos éticos, iniciou-se o estudo utilizando como instrumento de colheita de dados um questionário sobre a avaliação do tipo de importância das barreiras na adesão à higiene das mãos percebidas pelos profissionais de saúde (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Assistentes Operacionais). O questionário foi constituído por 37 itens de resposta alternativa do tipo Likert (Discordo Completamente, Discordo, Discordo Moderadamente, Concordo Moderadamente, Concordo, Concordo Completamente).

Ao analisar os dados, o resultado indica que os profissionais percebem mais obstáculos na dimensão Avaliação e Feedback ($m=4,6\%$) e menos obstáculos em Formação e Treino ($m=1,76$).

A Avaliação e Feedback com os quais os sujeitos mais concordam e que, portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos foram:

Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos ($m=4,65$); Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição ($m=4,55$); Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar ($m=4,63$); Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos ($m=4,44$).

Após o desenvolvimento deste estudo podemos concluir ser necessário adequar os recursos na importância de promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática, mas principalmente divulgar regularmente a informação de retorno aos profissionais pelo seu desempenho.

ABSTRACT

The aim of this study focuses on identifying the barriers perceived by professionals in an operating room for the non-adherence to hand hygiene.

Thus, this quantitative, correlational, cross-sectional research aims to acknowledge the Barriers to Hand Hygiene (BAHM), in the operating room of a private hospital located in the Greater Lisbon area. With all the ethical aspects considered, we began the study by using a questionnaire as a tool, in order to assess the importance of the type of barriers to hand hygiene perceived by health professionals (Doctors, Nurses, Technicians and Diagnostic and Therapeutic Operational Assistants). The question-

naire consists of 37 items of alternative response of type Likert (Strongly Disagree, Disagree, Disagree Moderately, Moderately Agree, Agree and Strongly Agree.)

When analyzing the data, the result indicates that professionals identify more obstacles in the aspect Evaluation and Feedback (m = 4.6%) and fewer obstacles in Education and Training (m = 1.76).

The Evaluation and Feedback with which the subjects agree more and, therefore, constitute the main barriers to hand hygiene were:

I do not have easy access to the data from the evaluation of results of hand hygiene (m = 4.65); Information not

transmitted on the rate of nosocomial infection of services and the institution (m = 4.55); The results are not discussed in the service and there is no evaluation of what is good and what can be improved (m = 4.63); The results of the evaluation are not transmitted in training nor displayed in posters (m = 4.44).

After the development of this study, we have concluded that it is necessary to adjust the resources on the importance of promoting monitoring, access of professionals to this practice but, most importantly, provide regular feedback to professionals of their performance.

INTRODUÇÃO

“No passado, as infecções nosocomiais eram vistas como uma fatalidade necessária, o resultado do tratamento, fruto do azar. Atualmente as infecções deste tipo são consideradas um erro, se não tiverem sido respeitadas as boas práticas que existem hoje para as impedirem e, no extremo, são mesmo considerados como um evento sentinela, que deveria determinar uma investigação dirigida”. (FRAGATA, 2011 p.119)

Em pleno Século XXI, tantos anos após o levantamento das hipóteses de Semmelweis, ainda há resistência à técnica e ao hábito da lavagem das mãos. A experiência de Semmelweis deu-nos a certeza da importância da higienização das mãos para a prevenção das infecções, porém as dificuldades foram imensas até conseguir provar e chegar a essa conclusão.

“Muitas décadas se passaram e diversos cientistas e filósofos comprovaram e defenderam causa da assepsia. Mesmo com a constatação do valor e da importância da higienização das mãos na transmissão das Infecções associados aos cuidados de saúde

independentemente da importância ou da posição que ocupam, continuamos a ignorar um gesto tão simples e não compreendem os mecanismos básicos da dinâmica de transmissão das doenças infecciosas”. (SANTOS, 2012 p.2)

As “IACS, não sendo um problema novo, assumem cada vez maior importância em Portugal e no mundo. À medida que a esperança de vida aumenta e que dispomos de tecnologias cada vez mais avançadas e invasivas, e de maior número de doentes em terapêutica imunossupressora, aumenta também o risco de infecção. Estudos internacionais revelam que cerca de um terço das infecções adquiridas no decurso da prestação de cuidados são seguramente evitáveis”. (PNCI-DGS, 2007 p.4)

A taxa de prevalência de infecção hospitalar em Portugal tem aumentado: passou de 8,4% no inquérito realizado em 2003, para 9,8% em 2009, atingindo em 2012 os 10,6% (p. Electrónica da DGS, 2013).

Tem sido objectivo do Hospital, desde 2009, participar na campanha Nacional de Higiene da Mãos, promovendo e

includo a importância deste procedimento em todos os colaboradores, como uma das medidas para reduzir as infecções associadas aos cuidados de saúde.

A realização *in loco* das observações à prática da higiene das mãos permitiu-nos perceber que, apesar da disponibilidade dos equipamentos/ produtos, a existência de cartazes mostrando todas as etapas do processo de higiene das mãos e a uma equipa multidisciplinar do bloco operatório com formação técnica e consciente da importância da higiene das mãos para interrupção da cadeia de transmissão de microrganismos, esta prática não é sempre realizada adequadamente. A taxa de adesão à prática da higiene das mãos segundo a metodologia preconizada pela OMS/DGS, em 2012 foi de 64,6%.

Sendo assim, há necessidade de procurar as principais barreiras institucionais e físicas para a higienização das mãos, no sentido de obter dados que proporcionem as condições para estimular estes profissionais à adesão a este procedimento. Este estudo, que se insere num outro, de cariz

mais alargado, com vista a aumentar a taxa de adesão à higienização das mãos dos profissionais de saúde do bloco operatório para 90% em 2014, tem como objetivo identificar as barreiras à adesão à higienização das mãos percebidas pela equipa multidisciplinar do bloco operatório, bem como:

- Implementar as melhores estratégias para alcançar uma maior adesão à higienização das mãos por parte dos profissionais de saúde;
- Elaborar/implementar um projecto de intervenção, na área de prevenção e do controlo da infeção de acordo com as barreiras percebidas pelos profissionais de saúde.

METODOLOGIA

No presente estudo a população é constituída por todos os profissionais (Médicos, Enfermeiros, Técnicos de Diagnóstico e Terapêutica e Assistentes Operacionais) a exercer a actividade na prestação directa de cuidados no bloco operatório do Hospital Privado, cuja população é de cerca de 134 profissionais. Destes 134 profissionais, aproximadamente 50 são Médicos, 48 Enfermeiros, 28 Assistentes Operacionais e 8 Técnicos de radiologia. Do total de 100 questionários entregues obtivemos, entre 1 e 30 Novembro 2013, 80 questionários respondidos, o que corresponde a uma taxa de adesão de 80%. Deste modo, a nossa amostra é constituída por 80 profissionais de saúde.

O questionário é dividido em duas partes: a primeira parte foi destinada a caracterização sociodemográfica da amostra (idade, Género, Categoria Profissional, tempo de serviço). A segunda parte é constituída pela escala

denominada Barreiras à Adesão à Higiene das Mãos (BAHM), previamente elaborada e validada para a população portuguesa (PISOEIRO, 2012). O questionário é constituído por 37 itens de respostas alternativas do tipo Likert (Discordo completamente, Discordo; Discordo moderadamente; Concordo moderadamente, Concordo e Concordo completamente). O estudo foi previamente autorizado pela direcção da instituição e foram respeitadas as premissas inerentes à Declaração de Helsínquia. A análise estatística foi efetuada SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), versão 20.0 para Windows, que foi fundamental na organização e análise da informação, bem como na apresentação, interpretação e discussão dos resultados. As fontes foram omissas, uma vez que toda a informação diz respeito aos dados colhidos através do instrumento de colheita de dados.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS DADOS

ARTIGO

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NA ZONA DA GRANDE LISBOA

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

Colaboraram na investigação 80 inquiridos. Um pouco mais de metade são do género feminino (64,0%, $n = 51$), enquanto o género masculino se encontra representado pelos restantes 36,0% ($n = 29$), conforme se pode comprovar pela observação do **gráfico nº 1**.

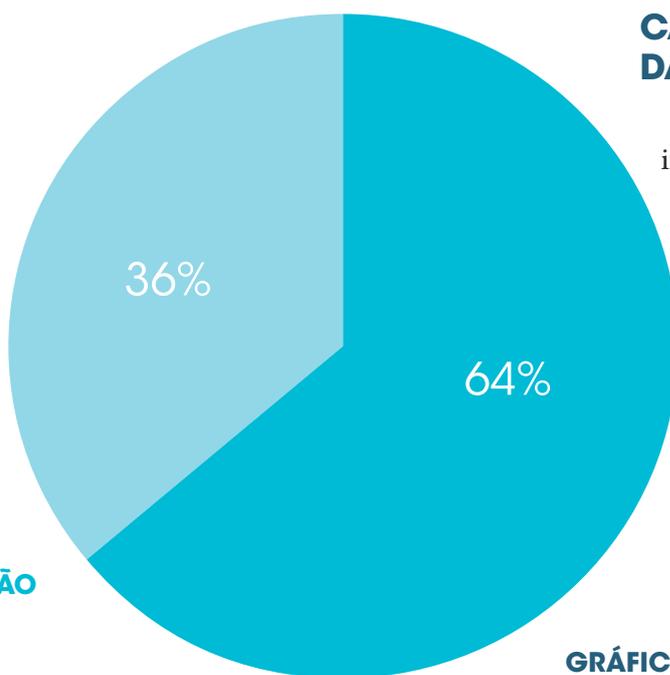
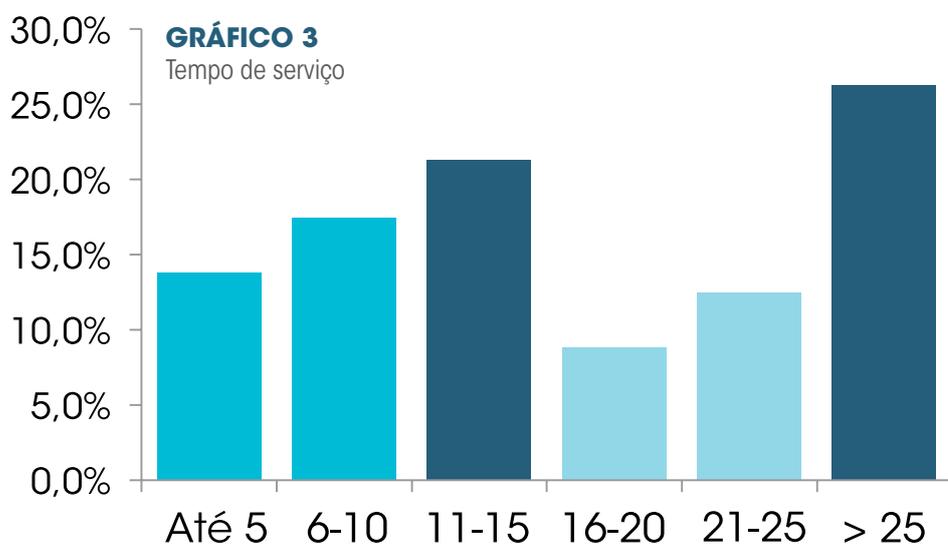
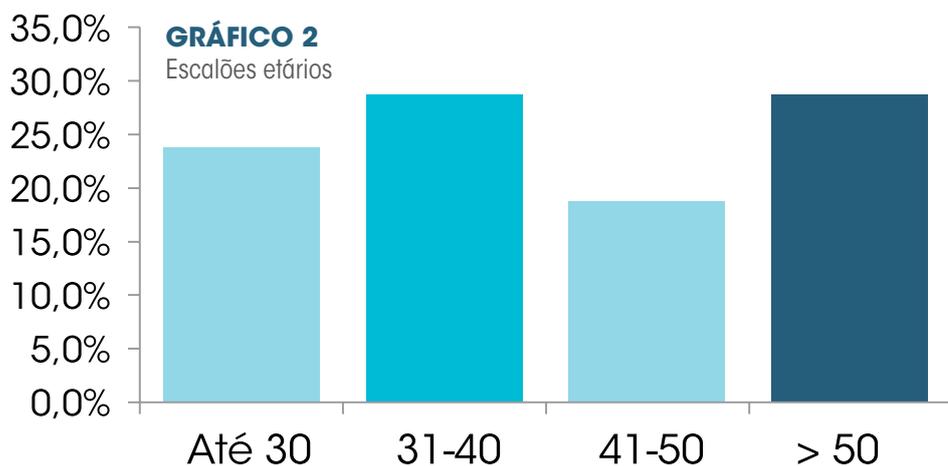


GRÁFICO 1
Género





A média de idades é de 41,4 anos (dp=13,2 anos). O inquirido mais novo tem 21 anos e o mais velho 73 anos. Os escalões etários mais representados são os escalões 31-40 e > 50 anos, ambos com a mesma proporção de inquiridos (28,7%).

No **gráfico nº 3** podemos apreciar a distribuição dos sujeitos por tempo de serviço. A maioria tem mais de 25 anos de tempo de serviço (26,3%).

Conforme se mostra na **Tabela nº 1**, relativa à categoria profissional, metade da amostra são Enfermeiros (50,0%), seguem-se depois os Médicos (26,3%), os Assistentes Operacionais (13,8%) e os Técnicos de Diagnóstico Terapêutico (10,0%).

RESULTADOS

Na **Tabela nº 2** apresentamos a estatística descritiva dos valores obtidos em cada dimensão e no total da escala BAHM. Nela indicamos os respetivos valores mínimos, máximos, médias e desvios padrão.

Os sujeitos percecionam mais obstáculos à higienização das mãos na dimensão Avaliação e Feedback (média=4,06) e menores obstáculos na dimensão Formação e Treino (m=1,76).

Tabela 1 - Categoria Profissional

	Frequência	Porcentagem
Enfermeiro	40	50,0 %
Médico	21	26,3 %
Técnico diagnóstico terapêutico	8	10,0 %
Assistente Operacional	11	13,8 %
Total	80	100,0 %

Tabela 2 - Estatísticas descritivas (fatores)

	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Avaliação e Feedback	80	1,00	6,00	4,06	1,04
Clima organizacional	80	1,00	5,80	2,38	1,26
Formação e Treino	80	1,00	3,00	1,76	,51
Liderança e Alertas Formais	80	1,00	4,86	3,29	,85
Materiais e Equipamentos	80	1,00	4,80	2,56	,90
Total BAHM	80	1,22	4,05	2,83	,59

Tabela 3 – Estatísticas descritivas das barreiras à higienização das mãos

		Média	Dp
Avaliação e feedback			
13	Não existem auditorias/observações periódicas.	2,94	1,54
14	Não existe um profissional no serviço/instituição que avalie de forma informal no dia-a-dia, a prática de higiene das mãos.	4,26	1,52
15	Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação, quer em cartazes expostos.	4,44	1,47
16	Não é transmitida informação sobre a taxa de infecção nosocomial dos serviços e da instituição.	4,55	1,40
17	Não são discutidos os resultados no serviço, para avaliação do que está bem e do que se poderá melhorar.	4,53	1,42
18	Não tenho acesso fácil aos dados da avaliação de resultados da higiene das mãos.	4,65	1,26
29	Não existe um profissional da Comissão de Controlo da Infecção (Elo de Ligação) acessível, no serviço, para informação/formação.	3,80	1,70
30	Não existe empenhamento/disponibilidade dos profissionais da Comissão de Controlo da Infecção, no incentivo para a higiene das mãos.	3,34	1,66
Clima organizacional			
32	Estou desmotivado no meu local de trabalho.	2,35	1,36
33	Estou muito ocupado com outros cuidados.	2,49	1,47
34	Tenho muitas outras coisas para fazer.	2,56	1,54
35	Não tenho tempo disponível.	2,26	1,35
36	Existem sempre outras prioridades.	2,24	1,41
Formação e treino			
7	Não conheço na instituição recomendações sobre a higiene das mãos.	1,89	1,09
8	Não existe na instituição formação sobre a higiene das mãos.	2,84	1,62
10	Sinto que o uso de luvas elimina a necessidade de higienizar as mãos.	1,50	0,93
11	O tempo que se investe na higiene das mãos é inútil.	1,18	0,38
19	Não existem cartazes técnicos (com a técnica e os cinco momentos essenciais) nos pontos de higiene das mãos.	2,10	1,11
37	Não quero higienizar as mãos.	1,09	0,28
Liderança e alertas formais			
20	Não existem cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição.	2,25	1,28
22	Não está distribuído material de divulgação da campanha de higiene das mãos (panfletos, canetas, crachás, calendário, marcadores de livro, etc.).	3,15	1,49
24	As recomendações sobre a higiene das mãos não estão disponíveis/acessíveis no serviço.	2,29	1,12
25	O órgão de gestão não participa activamente na promoção da higiene das mãos.	3,23	1,49
26	As chefias intermédias não participam activamente na promoção da higiene das mãos.	3,40	1,42
27	Não existem incentivos para os profissionais que cumprem a higiene das mãos.	4,20	1,54
28	Não existem sanções para os profissionais que não cumprem a higiene das mãos.	4,54	1,33
Materiais e equipamentos			
1	A disponibilidade de lavatórios/sabão é em número insuficiente.	2,44	1,52
2	A localização de lavatórios/sabão é inadequada (longe do local onde eu preciso de lavar as mãos).	2,18	1,21
3	Não existem toalhetes de papel em quantidade suficiente.	1,89	0,94
4	Não existe creme hidratante em quantidade suficiente para aplicar nas mãos.	3,99	1,82
5	Não existe solução antisséptica de base alcoólica (SABA) com dispensador automático.	2,34	1,45

Na **tabela 3** – são apresentadas as barreiras à higienização das mãos, utilizando a escala BAHAM, (Piso-eiro, 2012), que atribuiu a designação Fator 1 - Avaliação e Feedback os, itens (13, 14, 15, 16, 17, 18, 29 e 30), referindo-se à transmissão em tempo útil, da informação aos profissionais através de formação informal/formal, utilizando diversas estratégias como reuniões de serviço, de passagem de turno, cartazes afixados em locais de passagem, via correio electrónico, sistema interno de televisão ou jornal institucional.

Ao fator 2 - Clima Organizacional estão associados os itens (32, 33, 34, 35, e 36) refletindo-se principalmente ao nível de sobrecarga de trabalho e, por conseguinte, na desmotivação e na resistência à mudança dos profissionais.

O fator 3 - Formação e Treino com os itens (7, 8, 10, 11, 19 e 37) itens estes relacionados com a existência de formação sobre a técnica adequada (porquê, quando e como se deve higienizar as mãos) e com o conhecimento por parte dos profissionais de saúde da existência no serviço/instituição de recomendações sobre a higiene das mãos.

Ao fator 4 - Liderança e Alertas Formais correspondem os itens (20, 22, 24, 25, 26, 27, 28) que estão relacionados, com a existência de cartazes não técnicos/lembretes afixados no serviço/instituição, com a distribuição de matéria de divulgação da campanha de higiene das mãos e recomendações distribuídos ou disponibilizados. E também com a percepção por parte dos profissionais da participação do órgão de gestão e das chefias intermédias a existências de incentivos e sanções para os profissionais.

E ao fator 5 - Materiais e Equipamentos com os itens (1, 2, 3, 4 e 5) estão relacionados com a localização e disponibilização conveniente dos lavatórios com água e sabão, toalhetes de papel, SABA e creme hidratante.

Observando a estatística descritiva dos fatores com os quais os sujeitos mais concordam e, que, portanto, se constituem como os principais obstáculos à higienização das mãos foram: “Não tenho acesso fácil aos dados de resultado da higiene das mãos (média=4,65), Não é transmitida informação sobre a taxa de infeção nosocomial dos serviços e da instituição” (média=4,55) “Não são discutidos os resultados no serviço para a avaliação do que está bem e do que pode melhorar” (4,63) e Não são transmitidos os resultados da avaliação da adesão à higiene das mãos quer em formação quer em cartazes expostos” (média=4,44).

CONCLUSÃO

ARTIGO

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NA ZONA DA GRANDE LISBOA

Este projecto contribuiu significativamente por ir de encontro aos nossos objectivos, na deteção e intervenção do problema identificado, de modo a reunir dados que permitam implementar as melhores estratégias, para alcançar uma maior adesão por parte dos profissionais de saúde, visando a prevenção e a redução das infeções, bem como a segurança de pacientes e profissionais.

Os resultados indicam ser necessário gerar mudanças de comportamentos, quer das chefias quer do Grupo de

Coordenação Local do PPCIRA (Programa de Prevenção e controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos). É necessário adequar os recursos para promover a monitorização da adesão dos profissionais a esta prática, mas principalmente divulgar regularmente a informação de retorno do seu desempenho aos profissionais.

Devemos entender a prevenção e o controlo da infeção hospitalar como uma responsabilidade individual e colectiva, pois sem a compreensão e a implementação correcta do procedimento executada por todos aqueles que prestam cuidados ao cliente, esta temática continua a ser um obstáculo na qualidade da prestação dos serviços de saúde.

Entende-se como procedimento de higiene das mãos os seguintes momentos: Lavagem das mãos com água e sabão (comum ou com antimicrobiano), que deverá demorar cerca

de 60 segundos; fricção anti-séptica, que consiste na aplicação de um anti-séptico de base alcoólico para fricção das mãos. O procedimento demora entre 15-30 segundos;

Preparação Pré Cirúrgica das mãos, que consiste na preparação das mãos da equipa cirúrgica no bloco operatório. Os anti-sépticos a utilizar devem ter uma actividade antimicrobiana com acção residual. O procedimento demora entre 2 a 3 minutos.

Higienizar as mãos não é uma opção. É uma obrigação na diminuição das infeções associadas aos cuidados de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARTIGO

BARREIRAS À HIGIENIZAÇÃO DAS MÃOS NO BLOCO OPERATÓRIO DE UMA INSTITUIÇÃO PRIVADA NA ZONA DA GRANDE LISBOA

- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES - AESOP. 2006. Enfermagem Perioperatória - Da Filosofia à Prática dos Cuidados. 1ª. Loures : Lusodidacta, 2006. ISBN: 972-8930-16-X.[MP1]
- DGS (2007ª) - Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infecção Associada aos Cuidados de Saúde. DGS. Retirado a 27 de Outubro de 2013 de <http://www.dgs.pt/ms/3/pagina.aspx?codigoms=1&codigono=002AAAAAAAAAAAAAAAAAAAAA>
- DGS (2010ª) - Circular Normativa nº13/DQSD/DSD de 14/06/2010: Orientação de Boa Prática para a Higiene das Mãos nas Unidades de Saúde. Retirado a 3 de Novembro de 2013 de <http://www.mcci.minsaude.pt/siteCollectionDocuments/i013069.pdf>
- DIRECÇÃO GERAL DA SAÚDE. Programa Nacional de Prevenção e controlo de infecção associada aos cuidados de saúde. 2007. Disponível em www.dgs.pt (acesso em 2013 Setembro)
- FRAGATA, José (2011) Segurança dos doentes-uma abordagem pratica, lidel edições técnica, Lda. ISBN 978-972-757-729-2 Novembro de 2011
- HESBEEN, Walter. 2000. Cuidar no Hospital. Loures: s.n., 2000. ISBN: 972-88383.
- Hill, Manuela Magalhães e Hill, Andrew (2005), Investigação por questionário, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa
- PISOEIRO, Zélia Maria Pereira da Costa-BARREIRA À ADESÃO À HIGIENE DAS MÃOS. A percepção dos profissionais de saúde. Dissertação apresentada ao Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, para obtenção do grau de Mestre em Infecção em cuidados de saúde. Lisboa, Outubro de 2012. Disponível no endereço: repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/10513/1/tese.pdf
- Programa nacional de prevenção e controlo da infecção associada aos cuidados de saúde – Manual de Operacionalização. DGS- Ministério da Saúde, 2007 Disponível em www.ulsm.minsaude.pt/ResourcesUser/Documentos/CCI/Programa_Nacional_Controlo_Infeccao.pdf
- SANTOS, Adélia Aparecida Marçal dos- Higienização das mãos no controle das infecções em serviços de saúde. acedido da internet no endereço www.anvisa.gov.br/servicossaude/contrle/higienizacao_mao.pdf
- WHO, World Alliance for Patient Safety-Summary of the evidence for patient safety-WHO, edition 2008
- World Health Organization, World Alliance for Safer Health Care, WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care. First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, Geneva: WHO press; 2009



Visite-nos ainda hoje em www.aesop-enfermeiros.org ou através do **Facebook**, deixe um gosto na nossa página e acompanhe as novidades que partilhamos!

Siga-nos também através do Instagram e Twitter!

 @aesop_enf

 @Aesop_enf

Entrevista realizada à Presidente da AESOP, Enfermeira Mercedes Bilbao, publicada na edição do suplemento Perspetivas n.º 13 em abril deste ano, no Jornal Público. Ao longo da entrevista é nos dado a conhecer na primeira pessoa a estória, as atividades e o grande desafio que tem sido a regulamentação da Especialidade Clínica em Enfermagem Perioperatória.

16 **Saúde** Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

Formação e reconhecimento da Enfermagem Perioperatória enquanto especialidade clínica

Fundada em 1986, a Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses (AESOP) é uma organização que tem como objetivo promover a melhoria dos cuidados de saúde no âmbito do bloco operatório (BO), ao mesmo tempo que organiza e promove formação profissional nessa área de cuidados. A Associação é responsável, para além da organização de fóruns, congressos e workshops onde se discutem temáticas relativas à atualidade, pela edição de uma revista e pela publicação de Práticas Recomendadas para o bloco operatório. De salientar, a responsabilidade pelo processo de reconhecimento da especialidade clínica em Enfermagem Perioperatória pela Ordem dos Enfermeiros, desde a sua fundação, mas que continua por regulamentar desde 2015.



Em conversa com Mercedes Bilbao, presidente da AESOP e Anabela Madaleno, vogal da direção nacional, começámos por abordar os motivos que culminaram com a criação da AESOP, em 1986: a falta de formação específica à data, aliada a “uma enfermagem pouco autónoma” estiveram na génese de uma organização que, no decorrer dos 31 anos de atividade, tem contribuído para o desenvolvimento e valorização da enfermagem perioperatória e para a qualidade e segurança dos cuidados prestados ao doente em contexto perioperatório.

Neste contexto, o papel das Associações congéneres, de vários países da Europa, revelou-se um veículo impulsionador para que em Portugal se consti-

tuisse uma organização nesta vertente. A determinação em prol de um objetivo comum (potencializar a enfermagem especializada no perioperatório, inexistente em Portugal) foi essencial. “Era urgente formar profissionais que, à data, estavam pouco preparados para o ambiente perioperatório. Ao longo dos seus percursos profissionais necessitavam que a formação e competências fossem desenvolvidas”, indica Mercedes Bilbao. Posto isto, as enfermeiras Luísa Canto e Castro e Joana Araújo Simões (provenientes, na altura, do Hospital de St. Maria) e Maria José Dias Pinheiro (em funções no Hospital Dr. José de Almeida), entre outras, fundam a AESOP.

A consciencialização em “operar como um grupo” tornou-se perceptível e, fazendo uma alusão ao primeiro Congresso realizado, as nossas interlocutoras referem como a AESOP perceciona, naquele momento, “a dimensão do número de enfermeiros e os problemas comuns”, sendo que “juntos poderíamos ultrapassar as adversidades essenciais, relativas à formação e ao reconhecimento das competências únicas enquanto especialidade clínica em enfermagem”, consideram.

As Práticas Recomendadas para o Bloco Operatório são também uma questão sob o domínio da AESOP: “Começaram a ser construídas e publicadas, fruto do trabalho de equipa liderada pe-

la AESOP, que integrava também outros profissionais de saúde. Desta forma determinamos as recomendações e o nível de qualidade e segurança a ter em conta em todos os blocos operatórios”, contextualiza a presidente. Consequentemente, face a esta metodologia estabeleceu-se um padrão de qualidade em todo o país que garantia um nível seguro de resposta às necessidades em cuidados de enfermagem perioperatórios à população.

Paralelamente, no decorrer da sua atividade, a AESOP emite pareceres e assume tomadas de posição acerca de múltiplas áreas que considera serem importantes e problemáticas no exercício de cidadania ativa enquanto profissionais de saúde. Com o intuito de exemplificar o posicionamento face a estes conteúdos, são-nos dados dois exemplos significativos. Uma das tomadas de posição diz respeito à “gestão da despesa e redução de desperdícios no Bloco Operatório”, nos primórdios da crise em 2011. Neste âmbito, o objetivo primordial prende-se com a implementação de medidas, tendo em conta a manutenção ou melhoria do valor dos cuidados prestados “através da relação entre a qualidade dos serviços prestados e os recursos investidos”, informam. No segundo exemplo, toma posição sobre as “Dotações Seguras em ambiente perioperatório”, tendo como premissa garantir a qualidade dos cuidados, adequando o número e a qualificação de enfermeiros às necessidades da pessoa enquanto doente cirúrgico, “pois permitia aos enfermeiros gestores e respetivas instituições de saúde calcular e fundamentar, com segurança, o número de enfermeiros necessários para prestar cuidados de qualidade à população”, revelam.

A excelente performance da AESOP reflete-se também no número de parcerias estabelecidas. A nível nacional destacam-se, entre várias, a mais recente parceria com SPMS (Serviços Partilha-

dos do Ministério da Saúde) para a “informatização de registos clínicos no bloco operatório e de cirurgia de ambulatório” e com o IPQ (Instituto Português da Qualidade) na elaboração de normas para o reprocessamento de dispositivos médicos. Ainda em 2015, integra o Grupo de Trabalho do Ministério da Saúde que publica o Relatório de Avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios com os objetivos de: proceder à avaliação da situação nacional dos Blocos Operatórios em Portugal continental, caracterizar os blocos operatórios quanto à sua capacidade física, recursos humanos, produção e qualidade; analisar comparativamente as diferenças de optimização do BO; identificar os principais desajustamentos, bem como, propor medidas com vista à melhoria global do funcionamento.

Em termos internacionais, o destaque recai sobre a EORNA (European Operating Room Nurses Association) associação de enfermeiros perioperatórios dos diferentes países da Europa. Desde a sua fundação, a AESOP integra esta organização para definir competências e padrões de qualidade europeus. Com a intenção de promover debates relativos a assuntos atuais, a EORNA estabelece desde há 12 anos, temas anuais a serem debatidos no Dia Europeu dos Enfermeiros Perioperatórios (EPND) que se comemora no dia 15 de fevereiro. Este ano, o foco incidiu sobre “a exposição ao fumo cirúrgico como risco profissional”. Será publicada pela AESOP a prática recomendada alusiva a este problema, “sendo já reconhecido como um risco profissional que tem de ser prevenido e tratado”, afirmam. Para esta comemoração a AESOP realizou um filme científico, enviado para todos os blocos operatórios, com o qual se desenvolveu uma ação formativa e alerta para a problemática a nível nacional, envolvendo 55 hospitais em 20 distritos.



“Otimizar sem descuidar...”

Nos dias 24 e 25 de março de 2017, realizou-se, em parceria com o Centro Hospitalar de Setúbal, o 4.º Fórum Nacional de Bloco Operatório com o tema “Otimizar sem descuidar”. Estes encontros bianuais, são eventos multidisciplinares que procuram debater temas da atualidade. Este ano o Fórum contou com cerca de 300 participantes e desenvolveu-se a partir de três enunciados: Lista de verificação de segurança cirúrgica; Eficiência no BO – Filosofia Lean da Indústria para a Saúde; Liderança e Motivação na Gestão das Equipas.

A Lista de verificação de segurança cirúrgica, implementada no mundo e em Portugal desde 2009, aqui com grande impulso inicial e sustentado ao longo dos anos pela AESOP, transporta consigo inúmeros benefícios na área da segurança do doente cirúrgico, nomeadamente na “prevenção de eventos adversos”, como nos refere Mercedes Bilbao. Em Portugal decidiu-se que, para haver obrigatoriedade, a lista teria de ter um apoio informatizado. Além da informatização, a DGS (Direção Geral de Saúde) percebeu que, daqui, retiraria alguns indicadores de saúde inexistentes ou deficitária noutras áreas. Em suma, a presidente da AESOP alerta, além de validar as verificações de segurança e de prevenção de complicações relacionadas com o procedimento cirúrgico, para o “potencial de recolha de informação associada a esta lista, algo importante para definir

benchmarking e melhoria dos critérios de segurança cirúrgica”, acrescenta.

A metodologia Lean como uma filosofia de gestão inspirada na indústria automóvel no Japão, no pós-guerra, foi na saúde aplicada, com a finalidade: fazer a coisa certa, no tempo certo, da forma certa, à pessoa certa! (Agency for Healthcare Research and Quality).

Nas últimas décadas, as organizações de todos os setores têm utilizado este conceito para desenvolver resultados positivos e melhorar o potencial dos intervenientes. Em síntese, a finalidade é a de eliminar os desperdícios e aumentar a qualidade do produto final. Em Portugal, ainda não existem muitos Hospitais com projetos baseados nesta filosofia de trabalho, contudo, mesmo no nosso país há organizações hospitalares, como o Centro Hospitalar do Porto, que são um caso de sucesso. “Este exemplo demonstramos a necessidade em motivar as equipas a interiorizar esta filosofia e praticar a metodologia, como forma de criar valor, retirando desperdício e, por isso, sem aumento de custos. Passa por conseguir olhar para os processos em conjunto e no terreno, verificar onde se está a desperdiçar “energia” e recursos, redesenhar processos e fluxos, para que tudo passe a funcionar com mais eficiência”, revela.

A motivação, a otimização dos processos e a satisfação dos utentes tem de estar sempre presente. Para as instituições que adotem esta filosofia, o serviço

prestado ao utente é o culminar de toda a ação. Deste modo, quando as pessoas se deslocam ao Hospital é fulcral que o mesmo esteja organizado para satisfazer as necessidades dos doentes. “O impacto é notório em todas as organizações de saúde onde o Lean está implementado, porque entendemos todo o processo cirúrgico do doente, sem erros, desperdícios ou paragens. O resultado final baseia-se na eficácia e garantia de qualidade”, acreditam. Ainda sobre esta temática, dá-se o exemplo da Dinamarca, em que a administração pública adotou esta metodologia, como meio preferencial para a redução do desperdício e a melhoria da performance do sistema de saúde.

No tema da Liderança e Motivação na Gestão de Equipas, o objetivo central diz respeito ao incentivo, ânimo e estímulo das equipas que desenvolvem a prática clínica. Cláudia Telles de Freitas e Pedro Melo, através de um discurso motivacional e com o exemplo metafórico de uma organização com moldes “idênticos” aos do Bloco Operatório foram demonstrando o modo como as abelhas de uma colmeia operam em redor de um objetivo. No domínio hospitalar, o objetivo “ou centro das atenções” é o doente: elemento no qual a equipa se saúde se organiza para a prestação de serviços e cuidados de excelência.

Por último, o Fórum teve ainda espaço para cinco workshops e uma tertúlia relativa à Enfermagem em Cirurgia de Ambulatório. Estiveram presentes profissionais de dez unidades de cirurgia de ambulatório e, por intermédio de uma análise SWOT, fizeram uma demonstração da organização da unidade e partilharam o seu modo de funcionamento.

Problemas na regulamentação de Especialidade Clínica de Enfermagem Perioperatória

O assunto mais caro à AESOP, a especialidade clínica de Enfermagem Perioperatória, mantém-se presente ao longo de várias décadas. Foi reconhecida pela Ordem dos Enfermeiros, no ano de 2015, após 29 anos de luta e trabalhos incessantes desta associação, mas continua hoje por regulamentar. Os esforços realizados em torno da operacionalização deste proces-

so (reconhecimento dos primeiros Enfermeiros Especialistas em Enfermagem Perioperatória) continuam a ser uma prioridade para a AESOP. “Sem a regulamentação, não há enfermeiros especialistas e continuamos com a mesma dificuldade em garantir a qualidade dos cuidados de enfermagem, 24h por dia, em todos os Blocos Operatórios, que pretendemos que sejam de excelência e sem riscos para o doente”, enfatizam. “Sem regulamentação, quem pode garantir de forma sistemática, que os profissionais de enfermagem a desempenhar funções no âmbito do Bloco Operatório, tem a competência necessária, de forma a prestar cuidados com o nível de qualidade dos cuidados de saúde que a população espera de nós?”.

Neste âmbito e como forma de dar resposta, uma vez mais às dificuldades existentes no desempenho dos Enfermeiros em contexto perioperatórios, a AESOP resolveu iniciar uma campanha de angariação de sócios sob o lema: “Criar uma comunidade de Enfermeiros Perioperatórios - Tornar cada Enfermeiro Perioperatório (EPO) num sócio”. O objetivo é agregar mais associados a uma causa comum, que reduza o isolamento e reforce laços profissionais entre os enfermeiros perioperatórios. “Acreditamos que só unidos e trabalhando juntos, teremos a força necessária para garantir uma prática profissional segura e de excelência. O desenvolvimento da nossa especialidade clínica começa com o empenho de cada um, participando nos projetos catalisados pela AESOP e trazendo outros enfermeiros para esta comunidade”, concluem.



ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES

www.aesop-enfermeiros.org

ARTIGO

O MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

AUTOR

Diana Modas

Enfermeira, Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos, Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo

Mestre em Enfermagem Perioperatória, Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Setúbal.

*Docente Responsável
Professora Doutora Lucília Nunes*

PALAVRAS-CHAVE

Enfermagem Perioperatória, Modelo de Sistemas de Betty Neuman, Stresse.

KEYWORDS

Neuman Theoretic Model, Perioperative Nursing, Stress.

RESUMO

A intervenção cirúrgica constitui uma experiência stressante para a grande maioria das pessoas. É fundamental ajudar o indivíduo a reagir aos stressores presentes nesta de forma positiva, através de uma prestação de cuidados de enfermagem humanizada e holística. Este artigo pretende demonstrar a aplicabilidade do modelo dos sistemas de Betty Neuman no contexto de enfermagem perioperatória. Este modelo centra-se no ser humano, na sua constante interação com o ambiente e na forma como a pessoa responde aos vários stressores existentes. O profissional de enfermagem intervém no campo da prevenção primária, secundária e terciária, ajudando o cliente a atingir e manter o equilíbrio e bem estar. O cliente do foro cirúrgico vivencia variadas situações de crise: Desde a patologia que o levou a ser submetido a uma intervenção cirúrgica até à recuperação pós-operatória, passando por sentimentos que o próprio internamento provoca, à agressão do organismo pela cirurgia e à rotura na relação com os familiares. O enfermeiro perioperatório, numa prestação de cuidados holística, vai intervir nesta pessoa em crise desenvolvendo intervenções intencionadas que ajudem o cliente a adquirir e desenvolver respostas o mais adaptadas possíveis àquele conjunto de situações de forma a atingir o equilíbrio e nível máximo de bem estar.

ABSTRACT

The surgical intervention is a stressful experience for the vast majority of people. It is essential to help the client react to these stressing elements in a positive way, developing a holistic nursing care. This article intends to demonstrate the applicability of the systemic model of Betty Neuman in the context of Perioperative Nursing. This model focuses on the constant interaction of the human being with the environment and how it responds to various stress situations. The nurse operates in the field of primary, secondary and tertiary prevention, in helping the client achieve and maintain balance and wellness. The surgical client experiences varied crisis situations. From the condition that caused him to undergo a surgical intervention, including situations such as the feelings provoked by the hospitalization, the surgical aggression to the body and the rupture in the relationship with the family up to postoperative recovery, the perioperative nurse, in a holistic care, will intervene in a persons' crisis. Intervening in a way intended to help the client acquire and develop adaptive responses as adequate as possible to that set of situations in order to achieve the maximum level of balance and well-being.

INTRODUÇÃO

A cirurgia e o Bloco Operatório (BO) suscitam medo ao ser humano. Da perspectiva da sociedade o BO é um local desconhecido, fechado, onde se desenvolve uma prática baseada na técnica, um trabalho tecnicista, e onde o profissional se esconde por trás da máscara. É pouco o tempo que o profissional se relaciona com o cliente e na maioria das vezes o indivíduo encontra-se inconsciente a ser submetido a procedimentos cirúrgicos, não se apercebendo da dinâmica de trabalho que se desenvolve à sua volta. Como tal, é importante divulgar o trabalho e dinâmica de um BO. Assim, é fundamental compreender o papel do enfermeiro no contexto perioperatório e a sua importância no processo cirúrgico do cliente e sua família.

Para uma prestação de cuidados de qualidade é importante o profissional de enfermagem apoiar e fundamentar a sua prática em teorias e modelos de enfermagem. Uma teoria engloba um conjunto de conceitos que descrevem um padrão da realidade, proporcionando uma forma de testar conhecimentos por meio de pesquisas,

expandindo o leque de conhecimentos dentro da área, de forma a satisfazer as necessidades de cuidados de saúde do cliente, da sociedade¹. A teoria de enfermagem permite descrever e explicar os cuidados de enfermagem. Esta serve como guia para a identificação de problemas e para a escolha das intervenções de enfermagem, permitindo demonstrar a importância do papel do enfermeiro na saúde².

Este artigo tem como finalidade apresentar um modelo teórico de enfermagem que se enquadre no âmbito da enfermagem perioperatória, de forma a orientar o profissional de enfermagem na sua prestação de cuidados diária. O modelo teórico seleccionado para o presente artigo foi o de Betty Neuman – Teoria dos Sistemas.

No que diz respeito à enfermagem perioperatória esta desenvolve-se em três momentos: O período pré-operatório (desde a tomada de decisão de efetuar a intervenção cirúrgica até ao momento da entrada no BO, incluindo a visita pré-operatória), o período intra-operatório (no decorrer da cirurgia) e o período pós-operatório,

desde o internamento na Unidade de Cuidados Pós Anestésicos (UCPA), ao momento da visita pós-operatória. Nestes três momentos o enfermeiro aplica conhecimentos teóricos e práticos no reconhecimento das necessidades do cliente, demonstrando segurança e destreza nas suas ações, avaliando posteriormente os resultados obtidos³.

A prática da enfermagem perioperatória desenvolve-se em torno da pessoa que vai ser submetida a uma intervenção cirúrgica. Centra-se nas suas necessidades físicas, psicológicas e sociológicas, no seu todo e desenvolve o processo de enfermagem a fim de restabelecer ou manter a saúde da pessoa. A prática de enfermagem centra-se no cliente, em ordem a garantir a sua segurança física e emocional, através de um atendimento individualizado e personalizado³.

É importante que o enfermeiro de perioperatório fundamente a sua prestação de cuidados num modelo teórico de enfermagem que considere adequado à sua prática e aos seus objetivos profissionais.

MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN

A teoria de enfermagem influencia a prática de diversas formas. Tendo em conta toda a dinâmica do trabalho desenvolvido pelo enfermeiro perioperatório este artigo versa sobre o modelo de enfermagem de Betty Neuman – Modelo dos Sistemas. Segundo Neuman este modelo é um modelo de sistemas abertos, que trocam energia livremente com o ambiente. Um modelo abrangente e dinâmico com uma visão multidimensional da pessoa em constante interação com os elementos stressantes ambientais. Para satisfazer as suas necessidades e, conseqüentemente, atingir o equilíbrio

e estabilidade do cliente, o organismo procura adaptar-se ao ambiente. Trata-se de um processo de adaptação dinâmico e contínuo. Perante uma situação de desequilíbrio prolongado o organismo não consegue satisfazer as suas necessidades, podendo surgir uma situação de doença².

A elaboração deste modelo foi influenciada por várias teorias de distintos autores e correntes: Teoria de stress de Hans Selye, que define que o stress é a resposta não específica do organismo a um pedido que lhe é feito, implicando uma adaptação ao problema; Teoria Gestalt, segundo a qual o comportamento da pessoa é reflexo da relação desta com o campo ambiental, mantendo o organismo o

equilíbrio pela homeostase; teoria dos sistemas, para o qual a pessoa é vista como um conjunto de sistemas dinamicamente organizados; filosofia Marxista e de Chardin, onde os padrões do todo influenciam a consciência da parte; e os níveis de prevenção do modelo conceptual de Caplan⁴. Foca-se então na pessoa, no ambiente, no agente stressor e na reação da pessoa a este, envolvendo os quatro conceitos do metaparadigma de enfermagem: A pessoa, a saúde, o ambiente e os cuidados de enfermagem.

PESSOA

O ambiente e a pessoa são considerados os fenômenos básicos do modelo, sendo a sua relação recíproca. Com uma abordagem holística da pessoa, esta é um sistema aberto, um ser social único, composto por variáveis fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais. A pessoa pode referir-se a um indivíduo, família, grupo ou comunidade. A singularidade desta define-se pelas escolhas que faz⁵.

AMBIENTE

O ambiente engloba todos os fatores que afetam e são afetados pelo sistema, os fatores internos e externos que rodeiam o sistema do cliente².

Neuman identificou ainda o ambiente criado, que resulta da troca de energia do sistema aberto com os ambientes interno e externo, procurando desta forma proporcionar um estímulo positivo direcionado à saúde da pessoa. Numa interação constante com o ambiente, ambos sofrem modificações e adaptações. O sistema pode ajustar-se ao ambiente ou ajustar o ambiente a si próprio. Os resultados podem ser positivos, com mudanças benéficas para a pessoa, ou negativos, provocando o desequilíbrio do sistema².

A pessoa em constante interação com o ambiente recorre às variáveis já referidas e às suas características essenciais para alcançar o equilíbrio e bem estar, de acordo com as suas crenças e valores, vivenciando cada um de nós um projeto de saúde individual e diferente⁶.

SAÚDE

Segundo o modelo de Neuman, a saúde enquanto estabilidade do sistema varia consoante a resposta e a adaptação do sistema da pessoa aos fatores de stresse do ambiente, ou seja, o bem estar depende do efeito do stressor sobre os níveis de energia disponíveis do sistema².

Perante uma situação de saúde todas as partes do sistema se encontram satisfeitas, em harmonia e equilíbrio. Numa situação de doença, o sistema precisa de mais energia do que a disponível. Durante a prática de cuidados é importante o enfermeiro focar a sua intervenção na complexa interdependência pessoa/ambiente e nas reações ou potenciais reações do sistema aos stressores².

ENFERMAGEM

Tal como Neuman defende, a enfermagem é uma profissão única. Diz respeito à totalidade da pessoa, preocupa-se com todas as variáveis do ser humano – físicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais – que determinam a reação do indivíduo ao elemento stressor. Assim, a preocupação central da enfermagem é a pessoa, o sistema total. Através de intervenções intencionais, o profissional ajuda a pessoa a reforçar mecanismos de adaptação e a diminuir os fatores de stresse que afetam o seu equilíbrio, de forma a alcançar ou manter a estabilidade, atingindo um nível máximo de bem estar e de saúde. De acordo com o que o enfermeiro conseguir perceber do cliente, vai influenciar todo o processo de enfermagem e consequentemente, o resultado final, se foi ao encontro das necessidades do indivíduo e da sua família. O enfermeiro tem assim, um papel ativo com o cliente na promoção do seu bem estar².

O modelo de Neuman baseia-se, então na teoria geral dos sistemas. Uma perspetiva de sistemas apoia o reconhecimento do todo enquanto valoriza as interações das partes com o ambiente. A saúde corresponde ao melhor estado de bem estar possível, ou seja, uma estabilidade excelente do sistema.

LINHAS DE DEFESA E LINHAS DE RESISTÊNCIA

Neste modelo são definidas linhas de defesa e linhas de resistência. Perante uma invasão por parte de um agente de stresse na linha normal de defesa, os fatores de resistência interna que protegem a estrutura básica são ativados.

A linha de resistência, ou mecanismo homeostático compreende fatores de sobrevivência básica que permitem a estabilidade. A linha normal de defesa, composta por habilidades fisiológicas, psicológicas, socioculturais, de desenvolvimento e espirituais utilizadas no processo de adaptação ao stressor para o equilíbrio, são os padrões normais de *coping* da pessoa, o estilo de vida. A linha flexível de defesa protege a linha normal de defesa, impossibilitando a entrada dos stressores no sistema. Esta linha é fortalecida com a aprendizagem de novos comportamentos protetores^{5,7}. Quando esta última linha é transposta, a linha normal de defesa é afetada, o sistema fica vulnerável, reage e surge uma situação de desequilíbrio².

FATORES DE STRESSE

Os principais componentes do modelo de Sistemas de Neuman são o stresse e a reação do cliente ao stresse.

Os stressores, fatores que atingem a estrutura básica podendo provocar o desequilíbrio do sistema, podem ser extrapessoais (forças exteriores ao sistema), interpessoais (forças que ocorrem entre indivíduos) e intrapessoais (forças interiores que ocorrem dentro dos limites do sistema)^{4,7}. Existem inúmeros elementos de stresse ambientais, afetando cada um de forma diferente a linha normal de defesa da pessoa, a estabilidade e equilíbrio desta. Perante uma situação de doença são vários os stressores envolvidos: Sentimentos pessoais de medo, revolta, angústia e sofrimento, respostas fisiológicas do próprio organismo à doença, entre outros.

PREVENÇÃO COMO INTERVENÇÃO

A aplicação deste modelo na enfermagem permite ao enfermeiro intervir aos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária), com o objetivo de atingir e/ou manter o equilíbrio do sistema. Estas intervenções são ações intencionais do profissional. Podem ser aplicadas perante stressores, potenciais ou reais, que reagem negativamente no sistema².

Na prevenção primária identificam-se os fatores de risco relacionados com os stressores, atuando-se no sentido de prevenir possíveis reações. Os objetivos a alcançar com este tipo de prevenção são evitar que esses elementos stressantes trespassem a linha normal de defesa, assim como aumentar o seu reforço através da educação e promoção da saúde⁵.

A prevenção secundária ocorre após a reação do sistema ao stressor. Neste tipo de prevenção intervém-se com ações corretivas no sentido de tratar a sintomatologia despoletada pela reação ao stressor, diminuindo as suas consequências. Deste modo, fortalecem-se as linhas internas de resistência, de forma a diminuir a intensidade da reação. A finalidade é adquirir novamente a estabilidade do sistema, conservando energia⁴.

Por fim, na prevenção terciária desenvolvem-se ações de reabilitação com processos de ajustamento, restaurando-se novamente o equilíbrio do sistema. Fortalecem-se as linhas de resistência mantendo-se a fase de adaptação e bem estar. Conserva-se energia, caminhando-se no sentido da prevenção primária. Atingido o estado de adaptação aos stressores, a pessoa encontra-se na fase de reconstituição. As intervenções de enfermagem, neste caso, têm como objetivo diminuir os fatores de stresse e as condições adversas potenciais e reais, de forma a atingir ou manter a estabilidade do sistema. Deste modo, o enfermeiro

está também, a proporcionar o vínculo entre o sistema da pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem⁴.

Para atingir os objetivos nestes três níveis de prevenção o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem. Enquanto metodologia científica de trabalho, o processo de enfermagem engloba três momentos: Elaboração dos diagnósticos de enfermagem de acordo com os stressores percebidos pelo cliente e pelo enfermeiro e os fatores intrapessoais, interpessoais e extrapessoais; metas de enfermagem, que consistem no planeamento e definição em conjunto com o cliente de estratégias de intervenção para atingir e/ou manter a estabilidade do sistema; e os resultados de enfermagem, que consistem na implementação, análise e avaliação dos resultados e dos modos de prevenção como intervenção desenvolvidos para obter os resultados desejados, reformulando-se novas metas, caso necessário. O cliente tem assim, um papel ativo em todas as fases do processo⁴.

Em conclusão, o modelo de sistemas de Neuman baseia-se na teoria geral dos sistemas, sendo o organismo vivo um sistema aberto. Este modelo defende que o enfermeiro desenvolve intervenções intencionais, com uma abordagem holística da pessoa, no sentido de fortalecer as linhas de defesa e resistência do indivíduo, promovendo a saúde.

MODELO TEÓRICO DE ENFERMAGEM DE BETTY NEUMAN NA ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Perante uma situação de doença há invasão de stressores nas linhas de defesa e de resistência até ao núcleo central, resultando num conjunto de sintomas e consequente desequilíbrio. Para reverter esta situação, no que diz respeito a doenças do foro cirúrgico,

o tratamento consiste muitas vezes na intervenção cirúrgica. Este processo é portanto, um momento determinante na vida do cliente e da sua família, dependendo de fatores psicossociais e fisiológicos subjacentes.

A cirurgia afeta todos os sistemas orgânicos. Constitui uma ameaça, pois produz reações de stresse fisiológico, com respostas neuroendócrinas; psicológico, causando medo e insegurança; e social, com adaptações a alterações temporárias ou mesmo permanentes⁸. Assim sendo, toda a componente cirúrgica envolvida é potenciadora de stresse, afetando diversas variáveis da pessoa.

Fatores intrapessoais como a doença, fatores interpessoais, como o afastamento da família e fatores extrapessoais como a alteração do quotidiano, a ausência no emprego, consentir ser submetido a uma intervenção cirúrgica e a um ato anestésico num ambiente cirúrgico estranho, com equipamentos complexos, todos estes aspetos implicam a saída do cliente da sua zona de conforto, obrigando-o a enfrentar um conjunto de situações que lhe são desconhecidas e conseqüentemente, stressantes.

Estudos realizados por ERCI, SEZGIN, KACMAZ (2008) e PICCOLI et. al. (2005) concluíram que os principais diagnósticos emocionais e sociais presentes no período pré-operatório, no cliente que vai ser submetido a uma intervenção cirúrgica são a interação social prejudicada, o défice de conhecimento, o medo e a ansiedade^{9,10}.

A ansiedade é um sentimento de apreensão que serve como sinal de alerta para uma situação de perigo. É uma reação normal ao stresse e uma ameaça geral à vida no caso de doença¹¹. A ansiedade no cliente cirúrgico está relacionada com o seu estado de saúde, com o procedimento anestésico-cirúrgico, com o resultado da cirurgia, com a dor pós-operatória, com o tempo de espera para a cirurgia, entre outros^{9,10}.

O nível de ansiedade vivido pode afetar a resposta da pessoa à anestesia, à analgesia e à recuperação pós cirúrgica. Torna-se então, importante avaliar o nível de ansiedade do cliente, determinando quais as estratégias a desenvolver com aquela pessoa, assegurando que esta se encontra psicológica e fisicamente preparada para a intervenção cirúrgica^{12,13}.

Colocar a vida nas mãos de pessoas desconhecidas, independentemente do seu nível de profissionalismo, pode provocar insegurança e medo. A doença, a hospitalização, a solidão que vivenciam, assim como o medo de auto-controlo e da morte consciencializam o indivíduo para o seu estado de vulnerabilidade¹¹. Todos estes fatores alteram o equilíbrio e bem estar da pessoa. Surge um conjunto de stressores que afetam a harmonia da pessoa. O cliente vai ficar numa posição vulnerável, sob anestesia, obrigado a confiar no outro. O profissional de enfermagem fica responsável pelo bem estar e segurança daquela pessoa.

É da relação com o outro, um outro que se encontra vulnerável e com necessidade de cuidados que surge a relação de cuidados baseada na confiança¹⁴. Estes aspetos vão ao encontro do artigo 5º do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros, onde os cuidados de enfermagem são caracterizados por uma interação entre o profissional e o cliente, estabelecendo-se uma relação de ajuda, intervindo o enfermeiro de acordo com o grau de dependência do indivíduo¹⁵.

No período intra-operatório, o cliente encontra-se muitas vezes inconsciente, sob o efeito da anestesia, sendo função do enfermeiro garantir a sua segurança, assim como substituir a sua competência funcional durante este período de incapacitação da pessoa - Artigo 5º 4) do Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros¹⁵. Esta situação de vulnerabilidade reforça o dever do enfermeiro de proteção¹⁶. Surge assim, o compromisso do profissional para com o cliente

de garantir a sua segurança e dignidade, responsabilizando-se pelos interesses daquela pessoa, salvaguardando-os e protegendo-os, assumindo o profissional o papel de advogado do cliente¹⁷. Estes aspetos de proteção e responsabilidade vão ao encontro do Artigo 78º 1 e 3b) do Código Deontológico (CD) do enfermeiro relativo aos Princípios Gerais, na preocupação pela defesa da dignidade da pessoa e respeito pelos direitos humanos na relação com os clientes; e Artigo 79º do CD que diz respeito aos deveres deontológicos do enfermeiro^{18,19}.

Tendo em conta toda esta envolvente stressante pode considerar-se a aplicação do modelo de Betty Neuman nos três períodos da enfermagem perioperatória. O cliente deve ser visto como um todo cujas partes encontram-se em interação dinâmica. A doença que condicionou o cliente ao internamento vai desenvolver um conjunto de reações e sentimentos face ao internamento, à intervenção cirúrgica e a todos os componentes que a englobam, afetando todas as variáveis do ser humano. O fato deste modelo abordar todas estas variáveis permite ao enfermeiro uma abordagem holística do cliente, promovendo um cuidado culturalmente sensível.

Tendo em conta a diversidade cultural atual na nossa sociedade, é importante os enfermeiros desenvolverem práticas eficazes e apropriadas face a cada pessoa, desenvolvendo uma conduta de respeito pela integridade bio-psicossocial, cultural e espiritual da pessoa, sem qualquer tipo de discriminação, aspetos referidos nos Artigos 80º - Do dever para com a comunidade, 81º - Dos valores humanos e 82º - Dos direitos à vida e à qualidade de vida do CD^{18,19}. É fundamental que o enfermeiro englobe todas as variáveis do cliente na sua prestação de cuidados, de forma a satisfazer todas as necessidades da pessoa, constituindo este aspeto um direito do cliente, conforme referido no ponto 2 da Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes²⁰.

PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO

A visita pré-operatória constitui o primeiro elo da cadeia do processo dos cuidados perioperatórios³. É uma atividade de enfermagem que procura apoiar e preparar a pessoa e sua família para a experiência cirúrgica que se aproxima. Num momento inicial, na visita pré-operatória, o enfermeiro estabelece contacto com o cliente e a sua família e realiza a sua primeira avaliação. Identifica quais os problemas do cliente que já constituem stressores, quais os elementos stressantes que constituem um risco para o cliente, eliminando outros à partida. Isto é possível visto que no momento da visita, através da comunicação, o profissional estabelece uma relação de ajuda com o cliente e sua família, manifestando estes as suas preocupações e medos.

Quando uma pessoa vai ser submetida a um ato cirúrgico, surgem sempre dúvidas e receios, alguns dos quais podem e devem ser desmistificados e atenuados no momento pré-operatório e outros resolvidos no intra e pós-operatório, de forma a que o cliente se encontre em harmonia com o ambiente.

A ansiedade sentida pelo cliente e sua família é uma das reações mais comuns à doença, à hospitalização e à experiência cirúrgica. A relação com esta última deve-se à possível associação com a anestesia, a dor pós-operatória, a alteração da auto-imagem e o prognóstico desconhecido. Outro aspeto que preocupa muitas vezes o indivíduo é a intimidade, a exposição corporal a que vai ser submetido, enaltecendo sentimentos de pudor. Perante estes fatos, uma das principais funções do enfermeiro consiste em prestar apoio emocional, tendo em consideração os sentimentos vivenciados pelo cliente e pela sua família²¹, assegurando o respeito e salvaguarda pela sua privacidade e intimidade no seu exercício²², conforme mencionado no Artigo 86º do CD - Do respeito pela intimidade^{18,19}.

É importante que o enfermeiro ofereça o máximo de liberdade ao cliente, de forma a que este se sinta à vontade para expressar os seus sentimentos, os seus problemas, assegurando-lhe a privacidade²² e partilha de informação somente com os profissionais que estão implicados no plano terapêutico, cumprindo assim o seu dever de sigilo conforme mencionado no Artigo 85º do CD - Dever do sigilo^{18,19}. Deste modo, o enfermeiro consegue perceber de que maneira as circunstâncias daquele momento diferem do padrão normal de vida daquela pessoa, o que preocupa e interfere com o bem estar e equilíbrio do cliente, assim como o que a pessoa pretende com a experiência e quais as perspetivas de futuro, tendo em conta a situação atual. Ao ajudar o cliente a verbalizar as suas preocupações, o profissional está a proporcionar um momento de crescimento, autoconhecimento e auto-realização²³.

O enfermeiro deve ajudar o cliente a tomar consciência do que se está a passar com ele. Ao identificar as situações que provocam stresse e ansiedade à pessoa, o profissional procura perceber o valor atribuído por esta a cada fator de stresse, assim como avaliar as capacidades de resolução do cliente e sua família para cada problema. Em conjunto definem as intervenções a desenvolver no sentido de eliminar ou limitar a reação com os stressores e o seu efeito no bem estar, fortalecendo as linhas de defesa da pessoa e a capacidade do organismo para reagir aos elementos stressantes². Juntos desenvolvem estratégias de *coping* que permitem ao cliente e sua família adaptarem-se melhor aos stressores, tendo em conta a rede de apoio de que dispõem.

É importante o profissional de enfermagem ter em consideração que a resposta de cada pessoa a determinado stressor é única e individual. Aquilo que é prejudicial para uma pessoa pode não o ser para outra. É então,

importante identificar o tipo e natureza do stressor, avaliar a sua intensidade para aquele cliente em particular, a duração daquela interação e o seu significado para a pessoa⁴. Por exemplo, o tempo de espera para a cirurgia pode ser indiferente para algumas pessoas, não constituindo um agente de stresse para elas, mas pode causar muita ansiedade noutras. Nestes casos pode-se recorrer à musicoterapia como método de relaxamento ou a outro método de distração, como ver televisão.

Perante determinado stressor e de acordo com as especificidades e particularidades daquela pessoa, o enfermeiro tem de orientar a sua prática no sentido de responder às necessidades de cada cliente, segundo a importância que cada pessoa atribui àquele fator.

É na visita pré-operatória que o enfermeiro realiza educação em saúde. O profissional explica o que vai acontecer no dia da cirurgia, como está planeado aquele momento crítico para o cliente, procurando diminuir o nível de ansiedade na pessoa e na sua família. Estudos realizados por SOUZA et. al. (2005) nesta área indicam que os clientes precisam de um maior esclarecimento e informação no período pré-operatório⁸. Deste modo, é importante explicar as rotinas pré-operatórias, intra-operatória e pós-operatórias, de forma a promover sentimentos de confiança e segurança²⁴. Ao informar o cliente e sua família sobre os cuidados de enfermagem que irão ser prestados, o enfermeiro está a contribuir para a tomada de decisão da pessoa e para o processo de adaptação, respeitando, defendendo e promovendo o direito da pessoa ao consentimento informado, conforme mencionado no Artigo 84º do CD - Dever de informar^{18,19}.

Outro aspeto importante é a influência da ansiedade no nível de atenção do cliente. Pessoas muito ansiosas só retêm entre 50% a 60% da informação

verbal fornecida, sendo importante diminuir o nível de ansiedade da pessoa, de forma a que esta obtenha informação que a ajude a ultrapassar a experiência²¹. Porém, é importante determinar a quantidade de informação que cada pessoa deseja receber, pois nem todas as pessoas lidam bem com todo o tipo de informação, preferindo algumas não ter conhecimento sobre determinados procedimentos, nomeadamente no que respeita aos mais invasivos. Daí ser importante avaliar o nível de ansiedade de cada pessoa, assim como a sua necessidade de informação, recorrendo-se para tal ao uso de escalas de avaliação¹².

Em conjunto com o cliente e a sua família, o enfermeiro define os recursos internos e externos disponíveis para atingir o equilíbrio, quais as ações a desenvolver que ajudem a pessoa a ultrapassar esta situação e quais as ações a manter que a ajudem a lidar com os elementos stressantes. Deste modo, diminui a intensidade do stressor e consequentemente, o seu impacto no equilíbrio do indivíduo.

A separação familiar decorrente do internamento pode aumentar o risco de solidão e a dificuldade em lidar com a situação de saúde e a experiência cirúrgica. Como tal, a presença e apoio das pessoas significativas nesta fase é fundamental para uma experiência cirúrgica o mais saudável possível^{11,12}. Uma simples autorização para a permanência do familiar ou outra pessoa significativa junto do cliente até à hora da cirurgia pode contribuir significativamente para a diminuição da ansiedade sentida por ambos, assim como para o seu bem estar.

Torna-se então, evidente a importância da visita pré-operatória na prevenção primária, no sentido de identificar e avaliar os stressores que constituem uma ameaça para a estabilidade do sistema do cliente cirúrgico, fortalecendo a sua linha flexível de defesa,

intervindo antes da reação ao fator de stresse, identificando potenciais fatores de risco e atuando no sentido de prevenir, tanto naquele momento, como no dia da cirurgia no BO. Na prevenção primária o enfermeiro deve então, focar-se nas condições que alteram a vulnerabilidade e resistências do indivíduo. Esta orientação constitui assim, um meio de esclarecimento de dúvidas e mitos que a intervenção cirúrgica provoca no cliente.

A visita pré-operatória é também, importante ao nível da prevenção secundária no tratamento dos sintomas após a reação aos stressores que, neste caso, o contexto de internamento provoca por si só. A ansiedade, a revolta e a destabilização do estado emocional da pessoa têm impacto na sua condição fisiológica, nomeadamente a nível hemodinâmico, isto é, no aumento da pressão arterial, frequência respiratória e cardíaca⁹. Fornecer as informações necessárias à pessoa e à sua família ajuda a diminuir a ansiedade e dúvida sentidas por estes, contribuindo para um momento intra e pós-operatório mais tranquilo e favorável, nomeadamente no que diz respeito à dor^{8,11,13,21,24}.

A visita pré-operatória é fundamental para o decurso do restante processo de enfermagem. Esta permite a individualização e humanização dos cuidados ao cliente do foro cirúrgico³, aspeto em concordância com o Artigo 89º do CD - Da humanização dos cuidados^{18,19}. A postura do enfermeiro deve ser esclarecedora e empática, visto que toda aquela dinâmica é estranha ao cliente e sua família. A pessoa vê-se envolvida num ambiente que lhe é completamente desconhecido, sendo fundamental encontrar uma pessoa de referência que a acompanhe nesta etapa da sua vida²³.

PERÍODO INTRA-OPERATÓRIO

No dia da cirurgia, o momento intra-operatório tende a ser breve, iniciando-se com o acolhimento do cliente à entrada do BO. Se o enfermeiro que realizou a visita pré-operatória receber o cliente no BO esta proximidade torna o ambiente envolvente mais tranquilizador. A pessoa encontra-se fragilizada, vulnerável e com medo, pelo que é fundamental que a equipa desenvolva intervenções no sentido de manter o sentimento de calma e segurança no cliente²⁴.

De acordo com os problemas reais e potenciais identificados no momento da visita pré-operatória, o enfermeiro já tem conhecimento dos stressores reais e potenciais, pelo que, definidos os objetivos de enfermagem, inicia imediatamente a sua intervenção no sentido da prevenção primária e secundária.

No contexto de BO, durante a intervenção cirúrgica o cliente encontra-se exposto a vários riscos, sendo fundamental uma vigilância e monitorização destes, de forma a evitar e tratar situações de stresse para a pessoa. O enfermeiro perioperatório tem um papel importante na resposta do cliente à experiência cirúrgica. Atua portanto, no sentido de prevenir, minimizar e tratar todas as situações que possam provocar desequilíbrios na estabilidade da pessoa. Age no interesse da pessoa, prevenindo possíveis complicações, promovendo deste modo, a advocacia em enfermagem.

Em conjunto com toda a equipa multidisciplinar, o enfermeiro trabalha em articulação e complementaridade, conforme refere o Artigo 91º b) do CD - Dos deveres para com outras profissões^{18,19}, procurando reduzir o efeito dos stressores na pessoa, como é o caso da finalidade da intervenção cirúrgica, da resolução do problema de saúde que conduziu à necessidade de submeter a pessoa a uma cirurgia e todas as complicações que daí advêm.

A própria intervenção cirúrgica em si é uma agressão à integridade individual, correspondendo a uma situação de crise. Neste tipo de prevenção o enfermeiro perioperatório recorre aos recursos internos e externos do cliente para aumentar a resistência das linhas e do sistema ao stressor, com o objetivo de estabilizar o sistema. Neste sentido, todas as funções do enfermeiro anestesista, circulante e instrumentista têm em vista o bem estar do cliente, o sucesso cirúrgico e anestésico, assim como uma desejável recuperação pós-operatória.

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO

No período pós-operatório o enfermeiro atua nos três níveis de prevenção (primária, secundária e terciária). Sendo este momento igualmente crítico, corresponde a uma fase na qual o cliente conjuga vários riscos associados, tanto ao ato anestésico, como ao ato cirúrgico. Estudos revelam que 50% das complicações anestésicas ocorrem durante a primeira hora de pós-operatório, o que reforça a importância do trabalho desenvolvido na UCPA³.

Deste modo, o enfermeiro identifica os riscos potenciais para a ocorrência de reações a stressores, trata e procura reduzir os efeitos negativos no cliente perante os stressores reais percebidos e reconstitui o bem estar do sistema após o tratamento realizado. Exemplos da intervenção do profissional são o tratamento e alívio da dor pós-cirúrgica e da ansiedade sentidas. Para além da monitorização e vigilância da estabilidade hemodinâmica do cliente, a avaliação, tratamento e alívio da dor são fundamentais nesta fase³. Perante a agressão a que o organismo foi sujeito, provocada pelo ato cirúrgico, surge muitas vezes dor. Com o objetivo de prevenir o aparecimento – prevenção primária – e/ou agravamento desta – prevenção secundária

– inicia-se a administração de terapêutica analgésica, de forma a evoluir para a prevenção terciária.

Nesta fase é fundamental que o enfermeiro perioperatório, para além do tratamento sintomático, ofereça apoio emocional e psicológico¹³, concentrando as suas ações no sentido de fortalecer a resistência do sistema aos stressores, enaltecendo a importância da educação e orientação para a fase que se segue, prevenindo uma nova reação ou a regressão.

É comum os clientes e suas famílias sentirem ansiedade nesta fase perante receios e dúvidas relacionadas com os cuidados no pós-operatório, nomeadamente no domicílio. É importante que o enfermeiro aconselhe e ensine, promovendo a adoção de comportamentos saudáveis, motivando a pessoa e família, diminuindo o nível de ansiedade e aumentando o nível de segurança e bem estar. Assim, este modelo engloba os familiares da pessoa internada.

Um estudo aplicou o modelo de Neuman aos familiares cuidadores de idosos dependentes que foram internados de urgência. Como muitas vezes acontece com os clientes do foro cirúrgico, que são submetidos a cirurgias de urgência, nas famílias geram-se níveis elevados de stresse. Estas sentem mais dificuldades em lidar com a situação, do que perante situações programadas, onde existe tempo para uma organização mais eficaz entre os vários elementos da família. Perante um stressor intrapessoal, como o medo e a ansiedade gerados pela espera da família enquanto está a decorrer a cirurgia, a espiritualidade parece ser muitas vezes uma estratégia eficaz para enfrentar a situação stressante²⁵.

Um estudo realizado por SKALSKI, DiGEROLAMO, GIGLIOTTI (2006) diz respeito aos stressores percebidos pelos pais de crianças que são submetidas a cirurgia. Segundo os

resultados desse estudo os principais stressores identificados pelos familiares foram a perda de controlo, a ansiedade causada pela separação e o medo do desconhecido e dos riscos associados à cirurgia²⁶. É importante que o enfermeiro, juntamente com a equipa multidisciplinar, tenha a preocupação de informar a família sobre o seu familiar, assim como de lhes transmitir segurança, respeitando as suas crenças e costumes, para que estes consigam lidar da melhor forma possível com aquele momento. No caso particular dos pais, a sua ansiedade e medo são muitas vezes percebidos pela criança, refletindo-se num comportamento mais agitado, ansioso e receoso por parte do descendente relativamente ao internamento e à cirurgia. É importante promover uma separação pacífica, explicando aos pais que a criança vai ser tratada por uma equipa profissional e competente, que após o término da cirurgia e assim que possível poderão voltar para junto dela, diminuindo deste modo a intensidade destes fatores de stresse.

Este modelo pode também, aplicar-se na prática do enfermeiro de anestesia. A teoria de enfermagem influencia a prática da profissão de inúmeras formas. Tendo em conta o campo de atuação do enfermeiro de anestesia nos três períodos operatórios, o profissional procura manter a linha de defesa do cliente, eliminando e prevenindo possíveis stressores de afetarem a pessoa. A maioria das intervenções do enfermeiro de anestesia tem por objetivo diminuir o nível de stresse físico e emocional, desde o acolhimento no pré-operatório, durante o ato anestésico, até ao momento da visita pós-operatória. A prática deste enfermeiro requer uma vigilância constante de forma a promover a homeostase²⁷.

Por último, as limitações na aplicação deste modelo na enfermagem perioperatória surgem na prestação

de cuidados a clientes inconscientes, conectados a prótese ventilatória, comatosos, que não colaboram na avaliação inicial. Nestes casos é mais difícil para o enfermeiro identificar os stressores reais e potenciais. No período intra e pós-operatório, uma forma de ajudar o profissional a perceber esses stressores é através da resposta hemodinâmica do cliente, pois perante uma situação de stresse verifica-se alteração nos parâmetros vitais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neuman apoia a sua teoria na sua filosofia pessoal de ajudar o outro a viver. O enfermeiro atua junto do cliente que se encontra inserido num sistema, seja ele a família, a comunidade ou a própria instituição hospitalar onde o seu processo saúde-doença se encontra em constante interação com o meio ambiente, provocando alguns desequilíbrios perante determinados fatores de stresse.

Na vertente perioperatória, através de uma intervenção individualizada e diferenciada, o enfermeiro ajuda o cliente e a sua família a viverem a experiência cirúrgica, a desenvolverem mecanismos de adaptação a esta nova situação, que lhes é desconhecida e muitas vezes assustadora. O profissional ajuda a pessoa a adaptar-se à mudança e a responder de forma eficaz aos vários stressores que vão surgindo durante o período perioperatório, assim como antecipando ações preventivas, no sentido de evitar o aparecimento de outros fatores de stresse que possam influenciar o bem estar e equilíbrio do indivíduo e sua família. É função do enfermeiro prestar cuidados perioperatórios de qualidade, de acordo com as necessidades do cliente e sua família, sempre com o objetivo de almejar um padrão de excelência.

- CAMPANHA PROMOCIONAL 2017

Cota 25,00€

Oferta da joia

Desconto 5,00€ por cada enfermeiro inscrito em casais/ agregado familiar de 1º grau

- CONDIÇÕES PARA SER SÓCIO

Ser enfermeiro Perioperatório

Preencher ficha de inscrição on line

Pagar cota annual

- BENEFÍCIOS

Descontos na Formação

Possibilidade de Realizar/ rever as práticas recomendadas

Fazer auditorias às práticas

Participação no Dia Europeu do Enfermeiro Perioperatório



TORNAR CADA ENFERMEIRO PERIOPERATÓRIO NUM SÓCIO DURANTE 2017

www.aesop-enfermeiros.org
Av do Brasil, nº1, piso4, 1749-008 Lisboa

Parcerias:



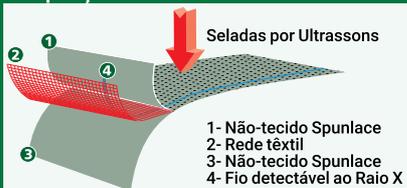
Texart é essencialmente uma compressa de não-tecido reforçada, que combina as tecnologias de tecido e não-tecido num único produto.

Consiste em duas camadas de não-tecido spunlace, amplamente utilizado no mercado dos dispositivos médicos, e uma rede têxtil entre elas. As três camadas são seladas por ultrassons.

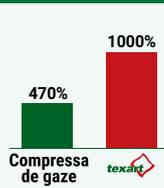
- ✓ *Altamente absorventes.*
- ✓ *Rápida absorção.*
- ✓ *Linting muito baixo - não liberta quantidades significativas de fibras nem partículas durante a utilização.*
- ✓ *Ausência de fios soltos.*
- ✓ *Ausência de substâncias tóxicas.*
- ✓ *Resistência funcional no estado seco e a molhado.*
- ✓ *Elevada resistência no estado molhado, sem danos pelos movimentos de torção.*
- ✓ *Suaves e maleáveis tanto no estado a seco e a molhado.*
- ✓ *Detectáveis ao Raio-X.*
- ✓ *Fáceis de dobrar e desdobrar.*
- ✓ *Esterilizáveis por vapor e óxido de etileno.*

BV
Bastos Viegas

Composição

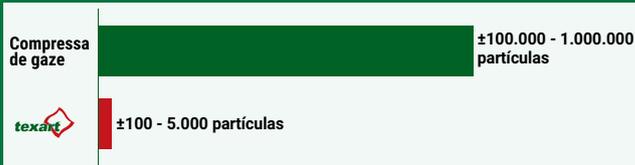


Capacidade de absorção
Referente a Texart S
De acordo com EN1644-1



Libertação de partículas - em seco

Referente a Texart S
De acordo com EN1644-1 e ISO9073-10



+info bastosviegas.com



NOVA PRÁTICA RECOMENDADA

edição AESOP

Protocolo de
monitorização
pré-operatória

Protocolo de
monitorização
intraoperatória

Protocolo de
monitorização
pós-operatória

Documentação
de cuidados de
enfermagem

Utilização
de dispositivos
de aquecimento

Aquecimento
de fluidos

Rigor na avaliação
da temperatura

Formação

Protocolos
institucionais

Algoritmos
de Atuação

Escala de
avaliação de
conforto térmico

